



LE RELAZIONI PERICOLOSE

**INDAGINE SULLO STATO
DEL MALTRATTAMENTO
E DELL'ABUSO INTRAFAMILIARE**



Save the Children

Testo redatto da:

Valeria Confalonieri
Francesca Romana Marta

Si ringraziano per la collaborazione:

ACP, Associazione Culturale Pediatri
Ambulatorio BAMBI, Torino
CRDBM, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Padova
CISMAI, Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'infanzia
CNOAS, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, Roma
Codice Rosa, Grosseto
Cooperativa Paradigma, Torino
Focchi in Ospedale, con le operatrici di:
APS Mitades, Milano; Pianoterra, Napoli; Il Melograno Centro informazione maternità e nascita, Bari; Archè, Roma.
GIADA, Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati, Bari
ISS, Istituto Superiore di Sanità
RIMMI, Rete Interaziendale Milano Materno Infantile, Milano
SVDeD, Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Milano

Si ringraziano per il contributo al focus group di esperti e per la testimonianza:

Giusy Barbara, Carla Berardi, Sara Ceccarelli, Federica Collini, Elena Coppo, Paola Di Blasio, Vittoria Doretti,
Paola Facchin, Sabrina Farci, Maria Grazia Foschino Barbaro, Alessandra Kustermann, Claudio Pagliara,
Melissa Rosa Rizzotto, Santo Rullo, Giovanni Visci, Gian Vincenzo Zuccotti

Per Save the Children grazie a:

Laura Anzideo, Giusy Dalconzo, Antonella Inverno, Fosca Nomis, Silvia Taviani

Foto di copertina:

Elizabeth Dalziel per Save the Children

Progetto grafico:

G. Santoro
Odd Ep Studio Collective

Pubblicato da:

Save the Children Italia Onlus
Marzo 2017

Stampato da:

Marzo 2017

LE RELAZIONI PERICOLOSE

**QUANDO LA FAMIGLIA DIVENTA UN AMBIENTE OSTILE
ALLO SVILUPPO LIBERO E POSITIVO DI BAMBINI E BAMBINE**

Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso intrafamiliare

INDICE

- p.4 **INTRODUZIONE E RINGRAZIAMENTI**
a cura Di Raffaella Milano, Direttore programmi Italia Europa di Save the Children
- p.5 **LAVORARE SUL MALTRATTAMENTO IN ITALIA**
a cura di Gloria Soavi, Presidente CISMAI
- p.6 **I PEDIATRI DI FAMIGLIA: RESPONSABILITÀ E DIFFICOLTÀ**
a cura di Federica Zanetto, Presidente ACP
- p.7 **NOTA SUL METODO DI LAVORO**
- p.8 **Capitolo 1**
DEFINIZIONE E ANALISI DEL FENOMENO
- p.9 **1.1 Fenomenologia e fisionomia del maltrattamento**
- p.9 **1.2 I limiti e gli indicatori per l'identificazione precoce**
- p.10 **1.3 Donne incinte e bambini sotto i tre anni**
- p.14 **Capitolo 2**
PANORAMICA SU DATI E INIZIATIVE
- p.15 **2.1 Oltre la metà dei bambini nel mondo subisce qualche forma di violenza**
- p.15 **2.2 USA: i più colpiti sono i piccolissimi**
- p.16 **2.3 Troppi bambini e bambine maltrattati in Europa rispetto alle possibilità di risposta dei servizi**
- p.18 **2.4 In Italia: molte iniziative e molto sommerso**
La prima porta di accesso: il pronto soccorso e le strutture sanitarie
Un passo importante: imparare a riconoscere
Quasi 100mila le piccole vittime di maltrattamento. Un tema di salute pubblica
Il lavoro di campo. Tre storie italiane
Pediatri che sospettano
Quando a essere colpite sono le mamme
- p.32 **Capitolo 3**
CON LE MANI IN PASTA. CONVERSAZIONI CON ALCUNI PROFESSIONISTI SU REGOLE, PRASSI, NODI DOLENTI
- p.33 **3.1 La babele dei protocolli e delle linee guida**
Donne colpite e bambini testimoni
Bambine e bambini: tracce di maltrattamento che rischiano di perdersi
- p.37 **3.2 Osservare, ascoltare, verificare. La centralità della diagnosi**
Riconoscere i segni
Consapevolezza e collaborazione per diagnosi e presa in carico
- p.38 **3.3 Che succede dopo?**
Le fasi di intervento
I nodi della presa in carico terapeutica
- p.40 **3.4 Se i servizi non parlano tra loro**

p.44	Capitolo 4 SCHEDE DI LAVORO DA TORINO, MILANO, SPOLETO, FOLIGNO, ORVIETO E BARI
p.45	4.1 Un ambulatorio per loro <i>a cura di Elena Coppo, pediatra, Ambulatorio BAMBI - Torino</i>
p.46	4.2 Il maltrattamento dei più piccoli al centro dell'azione della Rete interaziendale milanese <i>a cura di Gian Vincenzo Zuccotti, pediatra, Ospedale dei bambini, V. Buzzi - Milano</i>
p.46	4.3 Ospedali in rete. Le cose semplici possono essere le migliori <i>a cura di Sara Ceccarelli, pediatra, Ospedale di Terni</i>
p.48	4.4 Fare emergere il sommerso. L'esperienza di GIADA in Puglia <i>a cura di Maria Grazia Foschino Barbaro, psicologa-psicoterapeuta responsabile del Servizio di Psicologia – GIADA, Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” - Bari</i>
p.52	Capitolo 5 SCIogliere QUALCHE NODO. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI
p.56	Appendice MATERIALI PER L'INFORMAZIONE E IL LAVORO COMUNE Gli abusi sulle donne in gravidanza e sui minori nella legislazione penale Organizzazioni regionali: l'esperienza dei pediatri Notizie biografiche e informazioni sui Centri consultati
p.71	Glossario degli acronimi

INTRODUZIONE E RINGRAZIAMENTI

Le relazioni familiari rappresentano una componente molto rilevante nel determinare la qualità della crescita di un bambino o di una bambina nei primissimi anni di vita. Nella complessità che contraddistingue le azioni umane all'interno di una piccola comunità di affetti si possono identificare comportamenti che hanno un contenuto potenzialmente dannoso, non solo per l'integrità fisica e psicologica immediata di una persona, ma anche per le condizioni di sviluppo e di crescita futura.

Alcuni comportamenti maltrattanti nell'ambito familiare hanno effetti traumatici e irreversibili sullo sviluppo di bambini e bambine e la maggior parte dei danni indotti da questi comportamenti può avvenire nei primissimi anni di vita.

Le relazioni pericolose da questo punto di vista sono spesso quelle più intime: quelle tra partner e quelle tra genitori e figli. Nell'ambito della strategia 2016-2018 di Save the Children il fenomeno della violenza ai danni dei bambini e delle bambine nelle sue diverse forme e manifestazioni ha assunto un peso centrale.

L'attenzione pubblica in questi anni si è molto e giustamente concentrata sulle forme di sfruttamento e violenza che hanno per vittime bambini e ragazzi durante i percorsi migratori, negli ambienti educativi, in rete, nei rapporti tra pari. Più complesse e opache sono la dinamica e la diagnosi di comportamenti a rischio che maturano all'interno delle mura domestiche, specie quando le vittime sono persone che non sono in grado di rappresentare verbalmente il proprio disagio anche perché ancora non inserite in un circuito di servizi educativi e sociali che ne possa monitorare il benessere e l'equilibrio.

Il termine stesso di violenza può risultare riduttivo e non evocare condizioni che di fatto, magari in modo più sottile e ambiguo, sono violente a tutti gli effetti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ nel termine **maltrattamento infantile** include tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, trascuratezza (neglect) e sfruttamento: qualsiasi comportamento che implichi un **danno immediato o potenziale alla salute, alle possibilità di sviluppo e alla dignità** del bambino. In questo quadro la ricerca condotta da Save the Children si propone tre principali obiettivi:

- **capire e conoscere** meglio il fenomeno, giovandosi del lavoro di analisi e di ricerca che molti attori a diversi livelli hanno prodotto sia in Italia sia in Europa;
- **rafforzare la potenza della luce già accesa su questo fenomeno** ancora in larga parte sommerso: la diffusione del maltrattamento è da quantificare nella sua reale estensione, facendo emergere situazioni grigie, migliorando e affinando gli strumenti di analisi, coordinando le competenze, collaborando con gli attori chiave;
- **identificare linee di azione pertinenti alla sua natura e alla sua mission istituzionale**, anche con lo scopo di accrescere le competenze di analisi e di intervento dei suoi operatori sul campo.

Per questa ragione il testo si rivolge a un pubblico vasto, composto da persone che lavorano a fianco dei bambini e delle bambine, a istituzioni e servizi, a professionisti e ricercatori che sanno bene quanto questa materia sia al tempo stesso cruciale e sfuggente. L'intento è quello di contribuire a migliorare il coordinamento tra i professionisti e gli operatori del settore, accrescere la sensibilità e potenziare gli strumenti di sostegno mirato e personalizzato alle famiglie in difficoltà.

Un ringraziamento a tutte le persone che a vario titolo e nei diversi centri o nell'ambito delle loro attività hanno dedicato il loro tempo e condiviso con noi la loro esperienza, attraverso incontri diretti, contatti telefonici o via mail, uniti dal desiderio comune di lavorare affinché più nessun bambino e bambina, e adulto, sia costretto a subire maltrattamento o abuso in una qualunque delle forme possibili.

Un particolare ringraziamento all'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e al Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), che hanno offerto a questo lavoro più di un semplice contributo, impegnandosi a definire un profilo di collaborazione pratica e produttiva.

Non è stato possibile raggiungere e prendere contatto con tutti coloro – e sono davvero numerosi – che in questi anni hanno lavorato sull'argomento in Italia raccogliendo dati o attivando procedure e progetti. Ce ne scusiamo e proprio per la natura dinamica e flessibile di questo lavoro di ricerca, procederemo ad aggiornamenti e integrazioni delle informazioni in nostro possesso, nella speranza di un continuo e progressivo approfondimento, allargamento della rete e della collaborazione e ottenimento, insieme, di obiettivi comuni e risultati concreti.

Raffaella Milano

Direttore Programmi Italia Europa, Save the Children

Note

¹ http://www.who.int/topics/child_abuse/en/

LAVORARE SUL MALTRATTAMENTO IN ITALIA

Il maltrattamento sui bambini e le bambine è un problema di salute pubblica (OMS, 2012) che colpisce in Italia quasi 100.000 fra bambini e ragazzi. Si consuma nella maggior parte dei casi in famiglia, quindi in un contesto di relazioni intime e affettive, che dovrebbero costituire le basi della sicurezza e dell'attaccamento di ogni essere umano; proprio per questo le conseguenze sono più gravi sulle personalità in evoluzione perché compromettono la possibilità di sviluppare fiducia in sé stessi e nel mondo degli adulti.

Le conseguenze traumatiche della violenza sono inversamente proporzionali all'età: più un bambino è piccolo, più gravi sono i danni sullo sviluppo psico-fisico ed emotivo. Lo sappiamo dalle ricerche internazionali e nazionali, dai dati, anche se spesso non confrontabili nel nostro Paese, dalle varie fonti e dall'esperienza diretta degli operatori dei servizi socio-sanitari. Questo aspetto pone l'attenzione sull'assoluta necessità di intercettare precocemente le situazioni di violenza e di valutare attentamente il rischio per poter intervenire adeguatamente sul contesto familiare. I dati dell'ultima ricerca Cismai-Terres des Homme (2015) rilevano purtroppo che i bambini e ragazzi in carico ai servizi sociali perché a rischio o vittime di maltrattamento arrivano all'attenzione dei servizi in età adolescenziale (11-17 anni: 54,2 %), mentre la fascia di età più delicata 0-3 anni è quella che arriva in percentuale più bassa: solo il 29%. Questo significa che i bambini piccoli, vittime di maltrattamento o in gravi situazioni di rischio, non vengono intercettati precocemente e si consumano quindi già danni significativi in questa fascia di età particolarmente delicata e importante per lo sviluppo evolutivo.

Il Cismai da più di 20 anni cerca di mantenere viva l'attenzione sul fenomeno della violenza ai danni dei bambini e dei ragazzi promuovendo cultura, formazione e stimolando la politica su questi temi.

Lavorare sul maltrattamento significa prima di tutto investire sulla cultura del contrasto alla violenza, che si concretizza nel mettere in atto interventi di prevenzione. In questa direzione la capacità di intercettare i segnali di rischio deve essere sempre più attenta e competente: è indispensabile una formazione più adeguata sulla violenza a tutte quelle professioni che sono in prima linea – medici, insegnanti, educatori, già all'interno dei programmi universitari e delle scuole di specializzazione.

Il Cismai sottolinea la **ineludibilità della prevenzione** e della protezione dei bambini attraverso la promozione di una proposta di una legge, presentata al VII Congresso, come passo concreto per portare il nostro Paese in linea con gli stati che hanno previsto da tempo una politica organica su questo tema. Una legge che sistematizzi in maniera strutturale a livello nazionale le misure su questa materia, le azioni e gli interventi da mettere in atto per contrastare efficacemente il **maltrattamento**. L'attivazione di un sistema nazionale di sorveglianza non è più procrastinabile, come è stato sottolineato da tempo dal Cismai e da altri soggetti, per la costruzione di servizi orientati alla prevenzione e l'applicazione degli strumenti di sostegno alla genitorialità fragile, come l'Home Visiting, su cui una Commissione Cismai ha lavorato, identificando i requisiti di qualità necessari per questi interventi e stilando delle apposite linee guida.

L'altro cardine su cui investire è la formazione **mirata e specialistica che garantisca la cura dei bambini che hanno vissuto esperienze traumatiche**. Una grande risorsa è rappresentata infatti dalla competenza degli operatori, e in questo il Cismai continuerà il suo impegno promuovendo formazione, linee guida per gli operatori, confronto scientifico sulle tecniche più aggiornate di protezione e cura dei bambini maltrattati, collaborazioni con altri soggetti che perseguono le stesse finalità nel contrasto del maltrattamento all'infanzia in tutte le sue forme. Bisogna investire sulla qualità dei percorsi protettivi e riparativi; questo significa anche contrastare il rischio del maltrattamento istituzionale: evitare percorsi di tutela farraginosi, mancanza di progettazione, interventi tardivi, permanenze senza fine in comunità. Per questo deve continuare ed essere garantita la formazione degli operatori che si occupano di maltrattamento e abuso, in particolare nel diffondere la cultura dell'approccio al trauma, per favorirne il riconoscimento e scegliere i trattamenti più adeguati.

I nostri 100 centri, pubblici e privati, molti dei quali hanno partecipato attivamente a questo lavoro, rappresentano una realtà attenta e competente, in grado, non solo di riconoscere precocemente nei bambini più piccoli segnali di disagio e di danno che esperienze familiari inadeguate possono provocare, ma anche di attivare percorsi di sostegno e cura mirati per loro e per le loro famiglie.

Gloria Soavi
Presidente Cismai

I PEDIATRI DI FAMIGLIA: RESPONSABILITÀ E DIFFICOLTÀ

Noi pediatri siamo presenti in questa ricognizione di dati, storie e prassi di prevenzione, riconoscimento e cura.

Ci siamo perché abbiamo collaborato a mettere insieme informazioni, anche se in alcuni casi solo parziali, per cercare di avere un quadro di modalità di lavoro e possibilità concrete di azione contro il maltrattamento infantile nell'ambito della nostra attività ambulatoriale e nelle diverse realtà regionali.

Ma ci siamo anche con tutte le nostre responsabilità e tutte le nostre difficoltà rispetto alla capacità di promuovere interventi tempestivi, di organizzare una prevenzione primaria e secondaria intelligente, di passare dalla cultura del sospetto a quella della solidarietà, di sostenere e amplificare responsabilità parentali e genitoriali.

Sappiamo quali siano gli effetti dell'abuso e del maltrattamento con cui fare i conti quando l'adulto di riferimento viola confini mentali e corporei del bambino. Ci hanno spiegato più volte l'esperienza di umiliazione, di mortificazione, di morte psichica vissuta anche in casi non estremi. Ci hanno detto che l'umiliazione è in grado di sconfiggere rabbia e dolore, forze vive con le quali si può riorganizzare una speranza di crescita. Abbiamo capito che la vergogna ammutolisce, distrugge, toglie la parola.

Sappiamo bene anche che dobbiamo essere parte di una rete che deve essere strutturata, intelligente, preparata, motivata, dove lo spazio di ascolto deve affinarsi ed essere capace di intuire, di mettere insieme indizi. Ma anche di immaginare il dolore, oltre la violenza o il sopruso.

Siamo consapevoli di luoghi comuni che fanno fatica a sradicarsi nei servizi, nella società, nei media, sempre più spesso coinvolti in questo ambito, sempre più disattenti alla profondità dei problemi, sempre alla ricerca di scoop e situazioni plateali. Spesso anche noi ci nascondiamo per non vedere o perché diventa troppo complesso vedere.

L'indagine ci interpella fortemente come singoli, ma anche in quanto appartenenti a gruppi di lavoro o a società scientifiche. È una sollecitazione ulteriore a una professionalità che deve comprendere non solo l'approfondita conoscenza di fenomeni e problemi, ma anche il confronto diretto, continuo, costante, ravvicinato, attento, profondo con tutto quello che c'è sul territorio e che può essere di aiuto in situazioni sempre difficili, complesse, dolorose.

Ci rammenta anche che i bambini hanno il diritto di trovare professionisti in ogni momento consapevoli dei loro bisogni: "il bisogno di sviluppare costanti relazioni di accudimento; il bisogno di protezione fisica e sicurezza, e relativa normativa; il bisogno di esperienze modellate sulle differenze individuali; il bisogno di esperienze appropriate al grado di sviluppo; il bisogno di definire dei limiti, di fornire una struttura e delle aspettative; il bisogno di comunità stabili e di supporto, e di continuità culturale; il bisogno di un futuro" (B. Brazelton, *Medico e Bambino*, 2004;7:458).

Federica Zanetto

Presidente Associazione Culturale Pediatri

NOTA SUL METODO DI LAVORO

Save the Children ha approfondito, attraverso una **ricognizione di tipo qualitativo e documentario**, la conoscenza della fenomenologia riguardante il maltrattamento ai danni di donne in gravidanza e di bambini e bambine nei primi tre anni di vita.

Obiettivi della ricognizione:

- **rafforzare la conoscenza** del fenomeno;
- **ampliare l'area e la qualità della sensibilizzazione** sociale nei confronti del maltrattamento nel contesto familiare;
- **identificare aree di intervento** programmatico, di advocacy e di ulteriore approfondimento.

In questo quadro, il lavoro si è concentrato su 4 azioni:

- **raccogliere materiale** e acquisire una base di documentazione riguardante dati (anche di livello territoriale), analisi, progetti, ricerche e iniziative;
- **definire un quadro degli attori** che lavorano sul maltrattamento in Italia quanto più possibile articolato e completo;
- **identificare le prassi** e approfondire singoli aspetti ed esperienze di lavoro, con il contributo di personalità e istituzioni che abbiano sviluppato un patrimonio rilevante di conoscenze e interventi sull'argomento;
- **approfondire il periodo 0-3 anni** focalizzando l'attenzione verso i maltrattamenti commessi nella fase precedente all'ingresso nella scuola dell'infanzia, nella quale possono prodursi danni per la salute e lo sviluppo fisico, psicologico ed emotivo e l'identificazione può essere ancora più difficile.

Il documento, che nasce con l'idea di una continua possibilità di aggiornamento, è il frutto dell'integrazione di più fasi di lavoro.

- **Consultazioni preliminari:** sono stati organizzati incontri e confronti con figure di rilievo in questo ambito sul piano nazionale ed è stata organizzata una consultazione permanente con un gruppo di lavoro². Al lavoro di questo gruppo di consultazione si è integrato il lavoro della costituenda Rete Fiochi in Ospedale che, tra gli altri obiettivi, ha quello di coordinare risorse professionali e prassi positive per la tutela dei diritti dei più piccoli, a cominciare dalla prevenzione di ogni forma di abuso e maltrattamento³.
- **Raccolta dati e consultazione di professionisti e organizzazioni:** è stata avviata una raccolta di dati sui casi di maltrattamento in gravidanza e nei primi tre anni di vita, con particolare riferimento al territorio italiano. La raccolta ha incluso sia una ricerca di dati disponibili online e pubblicazioni scientifiche sia il contatto diretto con organizzazioni e professionisti del settore⁴.
- **Elaborazione di profili tematici su:** maltrattamento in gravidanza, maltrattamento tra 0 e 3 anni, diagnostica del maltrattamento, gestione del trauma del bambino, depressione post-partum e maltrattamento.
- **Inventario di prassi:** nell'assenza di un sistema applicato di protocolli nazionali, è sembrato utile focalizzare l'attenzione su alcune prassi di lavoro messe in atto da realtà ospedaliere e servizi di diagnosi e recupero post-traumatico.

Note

² Dora Artiaco, CISMAL, Napoli; Nunzia Bartolomei, CNOAS, Roma; Carla Berardi, ACP, Perugia; Maurizio Bonati, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano; Simonetta Cavalli, assistente sociale, ex direttivo CNOAS; Peppe Cirillo, ACP, Napoli; Roberta Luberti, medico e psicoterapeuta, Firenze; Marilisa Martelli, Presidente AISMI, Bologna; Grazia Tiziana Vitale, psicologa, GIADA, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari.

³ L'adesione alla Rete si fonda sulla condivisione di 5 priorità: intervento precoce, offerta attiva, sostegno dei genitori, tutela del diritto a uno sviluppo sano e sereno, conoscenza scientifica e ricerca.

⁴ Ambulatorio BAMBI, Torino; Associazione Culturale Pediatri (ACP); Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI); Associazione Italiana Salute Mentale Infantile; Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato Unità di Crisi di Bambini e Famiglia, Azienda Ospedaliera di Padova; CISMAL; Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS); Cooperativa Paradigma, Torino; Fondazione Pangea Onlus, Roma; GAIA, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze; GIADA, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari; ISTAT; Istituto Superiore della Sanità (ISS)-Progetto Revamp; Progetto Intovian (maltrattamento 0-3 anni); Progetto Rebecca (depressione post-partum); Progetto "Switch off" (orfani di femminicidio); Rete Codice Rosa, Toscana; Rete Ospedali Umbria (Spoleto, Foligno, Orvieto); Soccorso Violenza Sessuale e Domestica SVSeD, Milano; Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico; Terre des Hommes; Unione Nazionale Camere Minorili (UNCM); Dipartimento di psicologia, Università Cattolica di Milano.



Foto: Clare Hewitt per Save the Children

CAPITOLO 1

1. DEFINIZIONE E ANALISI DEL FENOMENO

1.1 FENOMENOLOGIA E FISIONOMIA DEL MALTRATTAMENTO

Il termine “maltrattamento”, nell’impostazione di questa ricognizione, racchiude in sé diversi aspetti e si riferisce ad azioni indirizzate sia alle donne incinte sia alle bambine e ai bambini di età da 0 a 3 anni.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità “l’abuso infantile o il maltrattamento comprendono tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale od altro, con conseguente danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere”⁵.

Come indicato nell’aggiornamento più recente della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10), si possono così individuare le principali forme di maltrattamento:

- **la trascuratezza grave e l’abbandono**, in cui non si segue lo sviluppo del bambino nei diversi aspetti (salute, educazione e formazione, sviluppo psico-emozionale, nutrimento, protezione, ambiente di vita sicuro);
- **il maltrattamento fisico**, con un danno fisico attuale o potenziale causato da azioni o mancanza delle stesse, e può esprimersi attraverso l’aggressione fisica, anche accompagnata dall’uso di armi e oggetti contundenti, l’utilizzo di punizioni corporali. Fra le forme di maltrattamento fisico rientra il **trauma cranico abusivo**, che comprende la **sindrome del bambino scosso** (*Shaken Baby Syndrome*) tra le sotto-forme e può essere causa di danni anche molto gravi, a volte mortali;
- **l’abuso sessuale**;
- **l’abuso psico-emozionale**, che include il non provvedere a un ambiente d’appoggio e adatto allo sviluppo del minore, in modo che il bambino possa sviluppare le competenze sociali e psico-emozionali;
- **le altre forme di maltrattamento**, fra cui:
 - **la Sindrome di Munchausen per Procura**, in cui l’adulto simula sintomi o produce una malattia (con la somministrazione di farmaci o altro) nel bambino comportando indagini ed esami;
 - **la violenza assistita**, a cui possono associarsi il trauma della perdita o della grave infermità del genitore, oltre che effetti derivanti dalla scarsa attitudine all’esercizio delle cure parentali riscontrato nelle mamme soggette a continui accessi di violenza da parte del proprio compagno/marito⁶;
 - **lo sfruttamento**, commerciale o di altro genere;
 - **il chemical abuse** (abuso di sostanze) riferito all’assunzione da parte dei bambini di sostanze tossiche (come farmaci, droghe, alcol).

1.2 I LIMITI E GLI INDICATORI PER L’IDENTIFICAZIONE PRECOCE

Il termine maltrattamento evoca un pensiero diverso dal termine violenza, più facilmente associato a quadri di aggressione fisica o abuso grave, e allarga lo sguardo a comportamenti che forse un tempo non venivano considerati come maltrattanti. Quando un comportamento può configurarsi come maltrattamento? Ci sono indicatori di effetto, intensità, ripetitività, durata? Il tema del limite assume importanza nel riconoscimento del confine tra un comportamento maltrattante e un comportamento non a rischio, e nel far uscire da un quadro di “normalità” atteggiamenti e azioni che normali non sono e possono produrre effetti dannosi, anche irreversibili. Lo stesso concetto di limite rappresenta un tema cruciale in chiave di consapevolezza della persona maltrattante circa la natura e le conseguenze, anche gravi, delle sue azioni.

I confini stabiliti dal codice penale e dalla giurisprudenza in tema di maltrattamento fanno riferimento a uno “**stato di sofferenza e mortificazione inflitto alla persona offesa in regime di continuità temporale (abitualità)**”⁷. Tuttavia, trattandosi di una condizione non sempre riscontrabile in termini di parametri obiettivi, qualora il maltrattamento si produca senza lesioni fisiche diagnosticabili *prima facie* e indiscutibilmente in sede clinica, è molto importante un lavoro di definizione quanto più possibile chiaro e condiviso di che cosa si intenda per comportamenti maltrattanti e abusanti, quali siano le conseguenze di tali comportamenti e come si possano prevenire, riconoscere e gestire.

1.3 DONNE INCINTE E BAMBINI SOTTO I TRE ANNI

I maltrattamenti interni alla vita familiare si configurano come un sistema coordinato di azioni di attacco e difesa che non si esauriscono nei singoli gesti o comportamenti, ma tendono a permeare la quotidianità della vita, influenzando le interazioni, indebolendo la concentrazione sui compiti di cura, ingenerando spirali ritorsive e producendo conseguenze irreversibili sullo sviluppo dei bambini e delle bambine.

Donne incinte e bambini fino a 3 anni risultano essere un target particolarmente esposto quando si parla di maltrattamento.

Quello della gravidanza è un periodo che si è rivelato cruciale per il manifestarsi di forme di insofferenza e aggressività intra-familiare, proprio in ragione di una condizione di maggiore vulnerabilità della donna, con una riduzione della sua autonomia tanto emotiva che finanziaria, che può essere vissuta dal partner come un'opportunità per affermare più agevolmente potere e controllo sulla compagna. Si stima che oltre il 20% dei maltrattamenti intra-familiari ai danni delle donne abbia inizio proprio in gravidanza specie nel secondo e terzo trimestre, ed essi, se iniziati prima, continuano nel 70% e si verificano episodi più frequenti e gravi di quelli già in precedenza avvenuti nel 17% dei casi⁸.

Relazioni pericolose con il proprio compagno #storiadaiservizi*

Veronica è una giovane donna che da poco è diventata mamma di due gemelli: già dagli ultimi mesi della gravidanza si rivolgeva alle operatrici di Fiochi in Ospedale, inviata dalla ginecologa dell'ospedale, perché si sentiva soffocata dal marito che controllava ogni suo spostamento e le impediva di uscire per fare la spesa, chiamare le amiche e muoversi in autonomia. La vita di coppia si era complicata da quando lei era rimasta incinta e lei stessa si era stupita di come premure e attenzioni del compagno si fossero, nel giro di poche settimane, trasformate in divieti e soprusi, dando vita a una situazione di ansia e preoccupazione che raggiungeva per la ragazza momenti davvero critici. Con Veronica sono state promosse fin da subito attività di incontro e supporto psicologico e il suo caso è stato portato all'attenzione dei servizi anti violenza, ma un parto leggermente pre-termine non ha permesso l'incontro faccia a faccia tra la donna e l'operatrice del centro anti violenza. Quando Giovanni e Mirko sono venuti al mondo, Veronica è entrata in difficoltà nella gestione dei bambini: agli incontri fissati in ospedale per monitorare la crescita adeguata dei gemelli da parte dell'équipe medica, la donna si è presentata trasandata e i bambini, a loro volta, apparivano poco curati nell'aspetto e nell'igiene personale. Così è stata inserita in un percorso di incontri di supporto psicologico. Ma quella stessa notte Veronica è arrivata in pronto soccorso in ambulanza perché uno dei gemelli era diventato cianotico: il neonato aveva ingerito un rigurgito e, nonostante il padre fosse intervenuto in maniera corretta disostruendo le vie respiratorie, Mirko aveva bisogno di rimanere in osservazione per escludere l'insorgenza di danni cerebrali. A un mese dall'accaduto, Veronica è rientrata in un programma di assistenza domiciliare fornito dal Comune di residenza della famiglia, in cui operatrici perinatali si recano a casa per aiutarla nella gestione dei neonati. Veronica ha incontrato l'operatrice del centro anti violenza della sua città e ha iniziato un percorso di sostegno, condiviso con i servizi sociali. Mirko, fortunatamente, non ha subito alcun danno dall'episodio.

* Tutti i nomi riportati nelle storie sono di fantasia.

Altrettanto significativo e critico è il periodo delle prime fasi di sviluppo del bambino, nel corso del quale il maltrattamento può causare danni allo sviluppo del cervello⁹, con effetti negativi sulla crescita dal punto di vista fisico, cognitivo, emotivo e sociale¹⁰.

Il maltrattamento può avere un impatto diverso a seconda del momento della vita e di sviluppo del bambino: vi possono essere rischi e danni durante la gravidanza e la nascita, da una crescita ridotta ed effetti sullo sviluppo del cervello, a un basso peso alla nascita fino alla morte; nei primi anni di vita vi possono essere sia danni indiretti conseguenti ad atti violenti contro la madre, sia maltrattamenti intenzionali, con danni sullo sviluppo del cervello, rischi di ritardo nello sviluppo e altri possibili problemi di salute collegati allo stress che si possono presentare in epoche successive della vita¹¹.

Il maltrattamento in questo periodo rischia di rimanere ancora più nascosto, perché agito contro persone con una fragilità maggiore o un margine di autonomia molto basso. Inoltre, i comportamenti violenti nei confronti della donna possono iniziare o peggiorare durante la gravidanza¹².

Vi sono dunque diversi elementi di rischio e conseguenze dei maltrattamenti subiti sia per la mamma sia per il bambino/a in questo particolare arco temporale, che vanno identificati tempestivamente per la messa in opera di interventi pertinenti di prevenzione e presa in carico.

DAL PUNTO DI VISTA DELLA MAMMA, CON RIPERCUSSIONI SUL BAMBINO/A:

- azioni violente, abusi e maltrattamenti che si compiono nel contesto familiare ai danni della **futura o neomamma** possono compromettere l'integrità fisica (di mamma e bambino/a), la salute fetale e le possibilità di sviluppo del nascituro, la capacità della mamma di vivere in modo sereno e positivo la gravidanza, il parto e le fasi successive alla nascita del bambino, nonché la sua capacità di esercitare la sua funzione di protezione e cura, e avere danni indiretti sul bambino che si trova ad assistere e/o a essere coinvolto;
- azioni rivolte contro la donna durante il **periodo della gravidanza**, con episodi che possono essere acuiti dal presentarsi della gravidanza o insorgere per la prima volta in questo periodo;
- “omicidi di genere” o femmicidi ai danni di donne madri, ovvero violenze sulle donne con esito fatale, che nel caso di donne madri comporta la delicata e drammatica conseguenza dei cosiddetti “**orfani di femmicidio**”, doppiamente vittime, sia di possibile violenza assistita sia in quanto resi orfani di mamma, e con un padre che potrebbe esserne il responsabile;
- fenomeno della **depressione post-partum**, che può essere un fattore di rischio di maltrattamento da parte della mamma nei confronti del figlio (incapacità genitoriale; difficoltà di gestione dello stress e delle richieste del bambino/a; trascuratezza collegata a mancanza di cure anche rispetto a se stesse).

DAL PUNTO DI VISTA DEL BAMBINO E DELLA BAMBINA:

- il maltrattamento fino ai tre anni di vita nelle sue diverse forme si verifica in un **periodo considerato cruciale per lo sviluppo** psicofisico e di tutte le potenzialità¹³; a questo si aggiunge la possibile maggiore difficoltà nell'individuazione di maltrattamenti in questa fascia di età in cui la relazione del bambino con il mondo esterno è ancora molto limitata, dal punto di vista della verbalizzazione e comunicazione, e in cui i contatti con soggetti esterni alla famiglia sono più ristretti (si consideri che il tasso medio di copertura della domanda per quanto riguarda gli asili nido e le altre strutture integrative non arriva al 13%, con punte al di sotto del 3% come in Calabria¹⁴), e si limitano, quando contattati, ai pediatri e/o ai pronto soccorso e agli ospedali in caso di ricoveri;
- le **conseguenze a medio e lungo termine del trauma** sulla salute, come prima riportato, ma anche l'influenza sul comportamento successivo dei bambini vittima di maltrattamento, con rischio maggiore sia di comportamenti maltrattanti sia di esserne vittime¹⁵.

CATENE DI POSSIBILI CORRELAZIONI





Foto: Lucia Zoro per Save the Children

Note

- ⁵ World Health Organization, 1999, *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva, 29-31 March 1999, WHO/HSC/PVI/99.1
- ⁶ Cismai, *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, 2005.
- ⁷ Art. 572 c.p. e L. 172/2012.
- ⁸ Chiara Patruno, *La violenza in gravidanza*, 2014.
- ⁹ <http://resourcecentre.savethechildren.se/library/how-violence-and-neglect-leave-their-mark-childrens-brain>; http://static1.square-space.com/static/54982e51e4b0e6ee18599b2f/t/57207cd2356fb0ae213dba5a/1461746903358/Brain%2BInfographic_WEB-1.pdf
- ¹⁰ World Health Organization, ISPCAN, *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 2006.
- ¹¹ United Nations Children's Fund, *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*, UNICEF, New York, 2014.
- ¹² ISTAT, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*, 5 giugno 2015.
- ¹³ Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report*, Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2007. Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2013-2014. Garantire il diritto di tutti i bambini alle opportunità di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale nei primi anni di vita*.
- ¹⁴ ISTAT, *Asili nidi e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia: il censimento delle unità di offerta e la spesa dei Comuni*, 4 novembre 2016.
- ¹⁵ World Health Organization, Regional office for Europe. *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*, Regional Committee for Europe, 64th session, settembre 2014.



Foto: Louis Leeson per Save the Children

CAPITOLO 2

2. PANORAMICA SU DATI E INIZIATIVE

2.1 OLTRE LA METÀ DEI BAMBINI NEL MONDO SUBISCE QUALCHE FORMA DI VIOLENZA

Complessivamente viene stimato che **ogni anno, nel mondo, i bambini sottoposti a una qualche forma di violenza siano fra 500 milioni e 1,5 miliardi**¹⁶. Se si considera che i bambini e gli adolescenti nel mondo ammontano a circa 2 miliardi e 200 milioni¹⁷, si può capire l'enormità di questa cifra.

Ogni 5 minuti, secondo altre stime, un bimbo muore a causa di un evento violento, 120 milioni di ragazze e 73 milioni di ragazzi sono vittime di violenza sessuale e circa 1 miliardo di bambini subisce con regolarità punizioni fisiche¹⁸.

La cifra di oltre 1 miliardo di bambini ritorna anche in un lavoro pubblicato nel 2016, che ha preso in esame 112 studi con dati provenienti da quasi la metà dei Paesi nel mondo (96) e ha indicato una stima di **oltre 1 miliardo di bambini da 2 a 17 anni che ha sperimentato situazioni di violenza nell'anno 2014**. Da notare che non è stato possibile formulare stime nei piccoli da 0 a 1 anno per il numero troppo ridotto di studi che riportavano questo gruppo di età¹⁹.

2.2 USA: I PIÙ COLPITI SONO I PICCOLISSIMI

Una pubblicazione statunitense²⁰ sul maltrattamento infantile negli USA riferita al 2015 dice che sono state 680.000 le vittime di abuso e trascuratezza tra i bambini. I più piccoli sembrano essere i più vulnerabili (più di un quarto, 27,7%, con meno di 3 anni), e i tassi maggiori sono nella fascia di età sotto l'anno (24,2 per 1.000 bambini nella popolazione della stessa età); le forme di maltrattamento più comuni sono la trascuratezza (75,3%) e l'abuso fisico (17,2%); gli abusi sessuali rappresentano l'8,4%. Aumentano i casi mortali rispetto all'anno precedente, con una stima nazionale di 1.670 morti per abuso e trascuratezza (in quattro casi su cinque era coinvolto un genitore, 77,7%), nella maggior parte dei casi in bambini con meno di 3 anni (74,8%, una percentuale leggermente superiore al 2014).

La ricerca mostra una crescita del fenomeno negli ultimi 5 anni.

Maltrattamento dei bambini e delle bambine negli USA - anni 2011 e 2015 ²¹

Fenomeno	2011	2015	variazione %
Bimbi/e considerati dai servizi	3.081.000	3.358.000	+9
Bimbi/e vittime di maltrattamento	658.000	683.000	+3,8

Tipologia di maltrattamento bambini e bambine USA - anno 2015

Fenomeno	%
Trascuratezza	75,3
Abusi fisici di tipo non sessuale (lesioni, fratture, ustioni, intossicazioni)	17,2
Abusi sessuali	8,4

2.3 TROPPI BAMBINI E BAMBINE MALTRATTATI IN EUROPA RISPETTO ALLE POSSIBILITÀ DI RISPOSTA DEI SERVIZI

Spostando l'attenzione al panorama europeo, l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato nel 2013 l'*European report on preventing child maltreatment*²². Il testo sottolinea il carico rappresentato dal maltrattamento infantile, le sue cause, le sue conseguenze, si sofferma sulla prevenzione e sulla strada da percorrere in Europa, sottolineando come **il maltrattamento sia una questione non solo sociale ma anche di salute pubblica**, e propone un approccio di salute pubblica per prevenirlo.

Vengono riportati alcuni dati sull'estensione del maltrattamento: **ogni anno nella regione europea muoiono a causa di maltrattamenti almeno 850 bambini con meno di 15 anni** e questa cifra potrebbe essere una sottostima dei numeri reali; inoltre i tassi di mortalità sono più alti nei bambini sotto i 5 anni. **La prevalenza del maltrattamento dei bambini nella regione europea avrebbe percentuali del 9,6% per l'abuso sessuale, 22,9% per quello fisico e 29,1% per quello psicologico, mentre la prevalenza della trascuratezza fisica sarebbe del 16,3% e di quella emotiva del 18,4%**. Viene anche calcolato che, considerando la popolazione di bambini in Europa, queste cifre suggerirebbero che 18 milioni di bambini abbiano subito abuso sessuale, 44 milioni fisico e 55 milioni mentale.

Il tema viene ripreso l'anno successivo sempre dall'OMS Europa nel documento *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*²³, che commenta come i numeri percentuali riferiti ai bambini sottoposti ai diversi tipi di maltrattamento **superino le possibilità di una risposta efficace da parte dei servizi di protezione dell'infanzia**.

Lo stesso documento sottolinea come il **maltrattamento, insieme con altre condizioni difficili nell'infanzia, sia una causa possibile di livelli di stress dannosi con effetti negativi sullo sviluppo cerebrale e possa portare a comportamenti dannosi per la salute fisica e mentale, risultati peggiori dal punto di vista educativo e sociale e trasmissione intergenerazionale della violenza**.



Inoltre **un bambino maltrattato può maturare un rischio maggiore di essere sia vittima sia autore di violenza**. Il documento pone poi tre obiettivi da perseguire, che coprono gli ambiti della maggiore visibilità e raccolta di informazioni (misurazione di incidenza e prevalenza, indagini sul maltrattamento infantile, relazioni sulla sua riduzione e sul miglioramento del benessere mentale dei bambini), di un rinforzo nelle azioni di prevenzione con piani nazionali attraverso partnership e azioni multisettoriali, e di una riduzione del rischio di maltrattamento dei bambini e delle sue conseguenze con un rinforzo dei sistemi sanitari, con azioni declinate su diversi aspetti e ambiti.

Nel 2015 un ulteriore documento, sempre dell'OMS Europa, ha focalizzato l'attenzione sui **programmi di prevenzione, in supporto all'implementazione delle attività di prevenzione nei sistemi sanitari e attraverso attività multisettoriali**²⁴.

Impegni e alleanze internazionali contro il maltrattamento di bambini e bambine

Sul versante delle iniziative volte a contrastare la violenza nell'infanzia, a luglio del 2016 è stata presentata la Global Partnership to End Violence Against Children, un'**alleanza globale perché abbia fine la violenza nei confronti dei bambini** con lo scopo di sostenere le iniziative di prevenzione della violenza, protezione dell'infanzia e aiuto a rendere le società sicure per i bambini²⁵. Il tutto in linea con gli impegni dell'Agenda 2030, l'impegno degli Stati nei confronti delle diverse forme di violenza nell'ambito degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals).

Sempre nel 2016 è stato presentato INSPIRE²⁶, una risorsa per tutti coloro che lavorano per contrastare la violenza contro l'infanzia, governi, società civile, settore privato. Si tratta di una selezione di **sette strategie basate sulle prove migliori disponibili** per aiutare Paesi e comunità nei programmi di prevenzione e servizi per ridurre la violenza contro l'infanzia: implementazione e rinforzo delle leggi; norme e valori; ambienti sicuri; supporto a genitori e a chi si prende cura dei bambini; sostegno al reddito delle famiglie; servizi di risposta e supporto; competenze educative e di vita.



2.4 IN ITALIA: MOLTE INIZIATIVE E MOLTO SOMMERSO

Anche in Italia vi sono una **diffusa sensibilità e interesse** sul tema e **numerose iniziative** sui versanti della rilevazione/epidemiologia del fenomeno, della prevenzione, del riconoscimento, della presa in carico, della formazione di operatori, della nascita di reti fra ospedali.

Negli ultimi anni sono stati prodotti studi e ricerche che hanno provato a dare un quadro della situazione dal punto di vista quantitativo, arrivando a stime campionarie sui casi di maltrattamento. Ma **sussiste la difficoltà di una raccolta dati di livello nazionale**, che sia rappresentativa di tutto il territorio; inoltre i **dati raccolti si riferiscono ai casi considerati certi o comunque arrivati a una segnalazione o a una presa in carico**, comunque di accertamento del maltrattamento. **Resta fuori il sommerso** rappresentato dai casi che non vengono intercettati o che non sono neanche riconosciuti come maltrattamento.

Il **IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva**²⁷ riporta come “Purtroppo sul fenomeno del maltrattamento e dell’abuso all’infanzia non si dispone di dati raccolti stabilmente nel quadro di un sistema di sorveglianza nazionale”²⁸.

Qui di seguito vengono riportati alcuni **dati e informazioni tratti da pubblicazioni, ricerche e attività in ambito nazionale o in alcune aree italiane** realizzate negli ultimi anni, dove, quando possibile, viene isolata la componente relativa alla fascia di età 0-3 anni. Si tratta di dati difficilmente comparabili, per diverse modalità di approccio o finalità della ricerca, o diversa classificazione e suddivisione delle fasce di età interessate o delle tipologie di maltrattamento, che tuttavia forniscono un quadro, seppur parziale, delle molteplici attività svolte o in atto e di alcune lacune e necessità comuni riscontrate. Accanto alle ricerche mirate a definire e quantificare la diffusione del maltrattamento sul territorio italiano, vi sono **progetti e campagne che coprono l’area della formazione, della sensibilizzazione, del miglioramento degli strumenti di rilevazione e di intercettazione**.

LA PRIMA PORTA DI ACCESSO: I PRONTO SOCCORSO E LE STRUTTURE SANITARIE

Alcuni studi effettuati in Italia sul maltrattamento hanno valutato i **casi dei bambini arrivati in pronto soccorso**. Un lavoro retrospettivo pubblicato nel 1999 aveva riscontrato, tramite questionario sull’attività del 1997 in **68 pronto soccorso pediatrici di 16 regioni italiane, oltre 400.000 casi di maltrattamento sospettati o segnalati**, e le tipologie più frequenti erano il maltrattamento fisico, l’abuso sessuale e la trascuratezza²⁹.

Uno studio dell’Italian Child Maltreatment study group (IChilMa) sui pronto soccorso di alcuni ospedali italiani, pubblicato nel 2005, ha riscontrato una prevalenza del 2% di bambini fra quelli arrivati in pronto soccorso in cui vi era un sospetto di maltrattamento³⁰.

Infine, in un lavoro pubblicato nel 2016 è stata verificata **l’efficacia di una formazione specifica degli operatori e costituzione di un gruppo interdisciplinare** in un ospedale italiano sul miglioramento dell’intercettazione dei casi di maltrattamento³¹.

La frequenza dei casi identificati prima (fra gennaio 2010 e dicembre 2011) e dopo l’intervento (tra gennaio 2013 e dicembre 2014) è passata da 7 casi su 10.000 a 8 casi su 10.000. Nel periodo post formazione i bambini arrivati al pronto soccorso pediatrico sono stati quasi 54.000, di età media 2,1 + 0,9 anni, poco meno della metà maschi, e fra questi sono stati diagnosticati 45 casi di maltrattamento, di cui circa un terzo maschi e di età media 9,1 + 3,6 anni³².

Il **progetto REVAMP-Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum** (“Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli di intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea” CCM 2014 finanziato dal Ministero della Salute) si è posto come obiettivo quello di **armonizzare e valutare l’efficacia dei protocolli che vengono seguiti per riconoscere, accogliere, prendere in carico e accompagnare i casi di violenza su donne e bambini**, dato il ruolo svolto dai servizi sanitari nella rilevazione e contrasto al maltrattamento³³ attraverso l’identificazione di elementi minimi comuni, conformi alle linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e alle prove di efficacia³⁴.

Nell’ambito del materiale prodotto dal progetto REVAMP vi è anche un’analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera per i ricoveri (SDO) e dei flussi di Emergenza Urgenza (EMUR) per i pronto soccorso (per questi ultimi quelli relativi a Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna)³⁵.

Sotto l’anno di vita il rischio è più alto

Nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 2012 vi sono stati **in Italia 485 casi di aggressione o abuso in età pediatrica (0-14 anni) con ricovero ospedaliero, di cui 183 con diagnosi di abuso o maltrattamento su minore (circa il 38%); di questi il 48,8% aveva meno di 5 anni e il gruppo con rischio maggiore era quello con meno di 1 anno** (tasso medio di ricovero pari a 53,0 per milione di residenti, a fronte di 26,6 per milione nella fascia 1-4 anni e alla media generale pediatrica pari a 21,4 per milione).

Dalle SDO, nelle diagnosi di abuso le forme più frequenti erano l'abuso sessuale e fisico, anche se il maltrattamento, l'abuso emotivo e quello psicologico insieme erano simili come frequenza all'abuso fisico; la frequenza di *Shaken Baby Syndrome* era di 1 caso ogni 20 ricoveri per abuso.

Dai flussi emergenza e urgenza – **EMUR del 2012**, relativi a Piemonte, Toscana, Abruzzo (anche se parziali) e Sardegna nel 2012 risultano accertati **682 casi di violenza interpersonale o abuso su minore in età da 0 a 14 anni e di questi il 17% (116 casi) aveva diagnosi di maltrattamento o abuso**. Il tasso medio era 96,7 accessi l'anno al pronto soccorso per milione di residenti da maltrattamento o abuso (considerando solo Piemonte, Toscana e Sardegna); questo dato **proiettato alla popolazione porta a 805 accessi in pronto soccorso di bambini da 0 a 14 anni per abuso o maltrattamento**. Non sono purtroppo ancora stati elaborati dati specifici per la fascia di età 0-3 anni.

Rispetto alle tipologie, oltre **un terzo dei bambini aveva subito violenza sessuale, circa 1 su 5 abuso fisico, quasi 1 su 10 maltrattamento o trascuratezza e 1 su 20 Shaken Baby Syndrome**. Gli autori del lavoro sottolineano la questione della sottorilevazione, valutando i dati rilevati attraverso i flussi EMUR rispetto alle prevalenze di violenza su bambini riportate da lavori pubblicati.

La sottorilevazione è pari al 90%

Secondo quanto calcolato dagli autori, considerando la regione con una maggiore completezza nella rilevazione, ci sarebbe una sottorilevazione pari al 90%, e quindi sarebbe registrato solo un caso ogni 10 di quelli attesi della prevalenza d'abuso osservabile in pronto soccorso secondo i dati di letteratura scientifica (compreso lo studio IChilMa).

Infine, sempre attraverso il Progetto REVAMP, nel **2014 sono stati registrati i dati relativi a 4 centri di pronto soccorso** (due a Genova, uno a Forlì e uno a Torino)³⁶ secondo lo standard europeo Injury Data Base (IDB) in modalità analitica (Full Data Set – FDS). Le rilevazioni sono state realizzate utilizzando un modulo specifico (Modulo FDS IDB – Violenza) con una raccolta di informazioni sulla causa dell'incidente che ha portato al pronto soccorso insieme con una caratterizzazione dell'evento violento e del contesto³⁷. Sono stati rilevati **47 casi di aggressione o maltrattamenti in bambini da 0 a 14 anni (29 maschi e 18 femmine), con i casi più numerosi nei bambini di età maggiore**. Rispetto alla fascia di età di interesse della presente indagine, **tra i bambini da 0 a 1 anno vi era un solo caso, mentre tra quelli da 2 a 5 anni sono stati registrati 4 casi**. Rispetto all'autore dell'aggressione, andando a cercare i casi verificatisi in ambito domestico, **quelli da parte del genitore rappresentavano il 27% e quelli da parte di un altro parente o familiare il 7%**. Nel 2015 la rilevazione IDB violenza è stata estesa a tutti i centri di Pronto Soccorso del REVAMP. I dati sono in fase di analisi.

UN PASSO IMPORTANTE: IMPARARE A RICONOSCERE

Il Progetto Europeo Intovian³⁸, avviato alla fine del 2012 e concluso nel 2015, si poneva l'obiettivo di **migliorare l'efficacia dei servizi sanitari europei nella prevenzione e diagnosi precoce di abuso e trascuratezza nei bambini e neonati**. In questa direzione ha sviluppato uno **strumento di screening**, con una specificità di interesse rispetto alla presente indagine in quanto focalizzato in particolare sulla **fascia di età 0-3 anni**.

La proposta del progetto partiva dal fatto che in questo primo periodo della vita sono previsti in diversi Paesi protocolli di medicina preventiva che offrono occasioni di contatto fra la famiglia e i più piccoli e gli operatori sanitari, e costituiscono conseguentemente una favorevole opportunità per l'osservazione e la rilevazione di eventuali situazioni di sospetto³⁹. È stato quindi prodotto lo **“Strumento di screening per l'identificazione di famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati”, o Strumento “Intovian”**. Tale strumento è formato da una lista di controllo di 5 elementi su fattori di rischio per violenza fisica e/o psicologica, trascuratezza e modelli relazionali disfunzionali o di abuso fra il bambino o neonato e chi si prende cura di lui (*caregiver*).

L'obiettivo generale è che lo Strumento Intovian venga utilizzato come supporto (senza sostituire altri strumenti o esami) nella prima fase di valutazione dei piccoli in età 0-3 anni nel corso della visita presso i servizi sanitari ed è stato ideato e sperimentato per un utilizzo nell'ambito delle cure primarie, come pediatria di famiglia e consultori, o terziarie, come ospedali e pronto soccorso.

In Italia la sperimentazione dello Strumento Intovian è stata realizzata presso **l'ospedale di Pescara, per 6 mesi, nel pronto soccorso**, dove in media ogni anno vi sono circa 3.600 accessi di bambini nella fascia di età 0-3 anni, dopo un corso di formazione per il personale medico e infermieristico del pronto soccorso stesso; viene riferita l'identificazione di **18 casi (14 maschi e 4 femmine), con diagnosi e/o sospetto di maltrattamento fisico (11 casi, di cui 2 Shaken Baby Syndrome), trascuratezza (6 casi) e sindrome di Munchausen (1 caso)**⁴⁰.



Foto: Adam Hinton per Save the Children

QUASI 100MILA LE PICCOLE VITTIME DI MALTRATTAMENTO. UN TEMA DI SALUTE PUBBLICA

Nel 2012 è stata realizzata da CISMAI e Terres des Hommes una prima quantificazione nazionale del maltrattamento sui minori⁴¹. Il lavoro è stato effettuato nei primi sei mesi del 2012 con l'invio di un questionario ai Comuni, che lo hanno successivamente inviato ai Servizi Sociali. **I dati si riferiscono al 31 dicembre 2011.** È stato possibile raccogliere e utilizzare **le risposte di 31 Comuni**, raggiungendo una popolazione di quasi 50.000 minori in carico ai Servizi Sociali: **circa 1 minore su 6 fra quelli assistiti dai Servizi Sociali è vittima di maltrattamento, 1 su 100 della popolazione di minori residenti, da cui gli autori dell'indagine affermano essere plausibile vi fossero quasi 100.000 minori vittime di maltrattamento**, considerando la popolazione al momento dell'indagine.

Il maltrattamento era la causa dell'intervento dei Servizi Sociali nel 15,46% dei minori presi in carico. Rispetto alle tipologie, la percentuale maggiore era rappresentata dai casi di **trascuratezza materiale e/o affettiva (52,7%)**, seguita da **violenza assistita (16,6%)**, **maltrattamento psicologico**, **abuso sessuale**, **patologia delle cure e maltrattamento fisico**.

Più ampia e articolata l'indagine promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata dalle due organizzazioni nel 2015 con la collaborazione dell'ANCI e dell'ISTAT⁴².

In questo caso il lavoro ha coinvolto **oltre 200 Comuni, coprendo un quarto della popolazione minorile residente in Italia (2,4 milioni)**. È stato rilevato che **47,7 minorenni su 1.000 erano seguiti dai Servizi Sociali (un totale di 457.453)** e, selezionando fra i dati la fascia 0-3, **i bambini di età fino ai 3 anni presi in carico dai Servizi sarebbero 29 su 1.000**.

In totale viene **stimato in 91.272 il numero di minorenni vittime di maltrattamento: circa 1 bambino ogni 5 di quelli seguiti dai Servizi Sociali sarebbe vittima di maltrattamento**. Rispetto alle tipologie, tenendo conto della possibile compresenza, **la causa più frequente di maltrattamento (47,1%) è rappresentata da trascuratezza materiale e affettiva, che unita alla patologia delle cure come discura o ipercura (8,4%) supera il 50%, quindi più di un bambino su due; la seconda forma più comune è la violenza assistita, quasi un bambino su cinque (19,4%); seguono il maltrattamento psicologico (13,7%) e fisico (6,9%) e l'abuso sessuale (4,2%)⁴³.**

L'ultima indagine nazionale nell'ambito dell'attività diagnostica del maltrattamento e abuso sui bambini realizzata da Terre des Hommes e pubblicata alla fine del 2016⁴⁴ ha puntato l'attenzione in particolare su **cinque centri italiani** che si sono distinti per l'impegno e la qualità del lavoro di prevenzione, diagnostica e trattamento dei casi di maltrattamento materno e infantile in Italia⁴⁵.

Sono state raccolte informazioni su organizzazione e modalità di lavoro dei diversi centri e alcuni dati relativi ai **casi esaminati nel periodo 2011-2015**. La suddivisione in fasce di età non contempla quella 0-3 anni, ma è possibile isolare i dati relativi al primo anno di vita e quelli da 1 a 5 anni.

A Torino sono stati confermati in quel periodo 39 casi nel primo anno di vita e 200 casi fra 1 e 5 anni (che coprono insieme il 46% dei casi, 7% bambini con meno di 1 anno); a Milano i casi valutati sono stati 24 sotto l'anno e 222 da 1 a 5 anni (28% dei casi, 3% nel primo anno); a Padova valutati 90 casi con meno di 1 anno e confermati 86, valutati 158 casi da 1 a 5 anni e confermati 133 (in totale la percentuale di casi confermati è pari al 45% di cui 18% sotto l'anno); a Firenze confermati 42 casi di meno di 1 anno e 110 da 1 a 5 anni (39%, di cui 11% sotto l'anno di vita); a Bari sono stati valutati 25 casi di meno di 1 anno e 120 da 1 a 5 anni (27%, di cui 5% sotto l'anno).

I più piccoli nei casi rilevati dai 5 centri esaminati 2011-2015

Centri	1-5 anni	≤ 1 anno
Ambulatorio BAMBI – Torino	46%	7%
SVSeD Policlinico – Milano	28%	3%
CRDBM – Padova	45%	18%
GAIA, Meyer – Firenze	39%	11%
GIADA, Policlinico – Bari	27%	5%

Pur considerando che in due centri erano i casi valutati (non quelli confermati) e quindi una possibile parziale sovrastima, unendo questi dati, **fra il 2011 e il 2015 ci sono stati 216 casi di maltrattamento o abuso in piccoli con meno di 1 anno e 785 casi da 1 a 5 anni (1.001 casi complessivi sotto i 5 anni)**. **Quindi circa 1.000 casi in cinque anni, che significa in media ogni anno circa 200 bambini con meno di 5 anni maltrattati o abusati giunti all'attenzione di personale sanitario**, e questo solo in cinque aree circoscritte, per quanto punti di riferimento anche regionali, del territorio italiano. Rispetto alle tipologie di maltrattamento le percentuali sono abbastanza variabili da centro a centro e non è possibile estrapolare il dato sul tipo di maltrattamento più frequente nelle diverse fasce di età⁴⁶.

IL LAVORO DI CAMPO. TRE STORIE ITALIANE

Milano, Servizio Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD), Fondazione IRRCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Il SVSeD di Milano ha collaborato a questa raccolta di informazioni elaborando i dati relativi alla fascia di età 0-3 anni nel periodo compreso fra il 2011 e il 2015. I casi provenivano per la maggior parte dalla città di Milano (84), ma anche dalla provincia (38 casi) e da fuori provincia (16 casi). In totale nei cinque anni sono stati accertati 138 casi, 48 maschi e 90 femmine, di cui 24 fino a 1 anno di età (tab. 1).

La forma di maltrattamento più frequente (tenendo presente che in alcuni casi sono presenti insieme più tipi di maltrattamento) è rappresentata dall'abuso sessuale (64 casi), seguito dalla violenza assistita (51 casi) (tab. 2). Tuttavia, se vengono considerati solo i casi in cui vi è stata una singola forma di violenza, quella assistita diventa la tipologia prevalente (44 casi, rispetto ai 34 di violenza sessuale) (tab. 3).

Il numero di casi di maltrattamento e di violenza sessuale sulle donne ha subito un costante incremento negli ultimi anni. Nel 2015 sono state viste presso il SVSeD per violenza sessuale e domestica 806 donne e 1.037 nel 2016. Per quanto riguarda le donne in gravidanza, sono stati isolati i dati per l'anno 2015 e 2016. Tra queste, le donne in gravidanza erano 25 nel 2015 e 34 nel 2016, per un totale di 59 su 1.843. Inoltre, 354 donne nel 2015 e 445 nel 2016 che si erano presentate al Servizio SVSeD avevano figli (799 su 1.843, pari al 43% delle donne arrivate per episodi di violenza), dato che può fare presumere condizioni di violenza assistita e rischio di maltrattamento anche dei bambini.

Tab. 1 - Policlinico di Milano. Casi di maltrattamento per età tra il 2011 e il 2015

	Età				Sesso	
	0-12 mesi	1 anno	2 anni	3 anni	Maschi	Femmine
2011	7	4	12	13	11	25
2012	8	7	6	13	14	20
2013	4	8	13	12	18	19
2014	3	1	5	10	4	15
2015	2	1	2	7	1	11
	24	21	38	55	48	90
Totale	138				138	

Tab. 2 - Policlinico di Milano. Casi per tipologia di maltrattamento

	Fisico	Sessuale	Psico-emozionale	Assistito	Trascuratezza
	5	16	9	16	0
	10	19	9	6	3
	6	8	9	26	0
	5	12	8	1	2
	2	9	5	2	1
	28	64	40	51	6
Totale	189				

Tab. 3 - Policlinico di Milano. Casi per tipologia di maltrattamento singola

	Fisico	Sessuale	Psico-emozionale	Assistito	Trascuratezza	Totale
2011	4	8	0	15	0	27
2012	4	12	1	5	0	22
2013	0	4	0	23	0	27
2014	3	5	0	0	2	10
2015	1	5	0	1	0	7
Totale	12	34	4	44	2	93

Padova, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato⁴⁷

Ogni anno giungono all'attenzione del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato (CRDBM) circa 120-150 tra bambini e ragazzi per una valutazione, per un totale di 564 casi nel quinquennio 2011-2015. Tra questi, circa 1 bambino su 4 ha meno di 3 anni e il maltrattamento è sospettato nel primo anno di vita (categoria 0 anni) in circa 30 casi su 100.

I piccoli sono distribuiti per sesso con un rapporto maschi/femmine⁴⁸ di 92 (si consideri che tale dato ha valore 105 nella popolazione generale) con una lieve prevalenza del sesso femminile (52% femmine).

Quasi la metà dei casi (42%) proviene da territori al di fuori del bacino di riferimento (provincia di Padova), quali altre province della Regione Veneto o altre Regioni. Il fenomeno dell'attrazione da altre province o regioni si osserva nei casi più gravi, oppure in casi particolarmente complessi in cui la definizione della diagnosi richiede l'ausilio di un centro specialistico di III livello, per esempio per una *second opinion* su di un caso.

Il maltrattamento viene confermato nell'87% dei casi ed escluso nel restante 13%. Le forme di maltrattamento più frequentemente diagnosticate nella primissima infanzia sono l'*Abusive Head Trauma* (trauma cranico abusivo, comprensivo di altre forme di maltrattamento quali la sindrome del bambino scosso, *Shaken Baby Syndrome*, o la sindrome da scuotimento-impatto, *Shaken-Impact Baby Syndrome*) nel 22% dei casi, il *Chemical Abuse* (che consiste nella somministrazione di sostanze al bambino, farmaci, sostanze stupefacenti o altre sostanze tossiche) nel 19% e la trascuratezza grave nel 18%. Secondo l'esperienza maturata al Centro, quanto più precoce è il maltrattamento, tanto più gravi saranno gli esiti in termini di danno alla salute, allo sviluppo e alla stessa sopravvivenza del bambino. I bambini che subiscono un maltrattamento in questi periodi critici per lo sviluppo potranno presentare un ritardo dello sviluppo ed esiti permanenti sia motori che cognitivi. È conoscenza consolidata che tali alterazioni si osservano non solo nei bambini che subiscono violenza fisica (*Abusive Head Trauma*) o violenza psicologica (Abuso Psicoemozionale o Violenza Assistita), ma anche nei casi in cui c'è una mancanza o assenza di cure amorevoli adeguate, come nei casi di trascuratezza grave (*child neglect*).

Tab.4 - Casi esaminati dal CRDBM di Padova nel periodo 2011 - 2015

	n° Casi di sospetto	n° Casi confermati
Totale casi 0-18	564	490
Casi 0-3 anni (% sul totale dei casi)	138 (25%)	118 (24%)
Distribuzione per età in anni (n° assoluto e %)		
0	41 (30%)	33 (28%)
1	36 (26%)	34 (29%)
2	25 (18%)	20 (17%)
3	36 (26%)	31 (26%)
Tot.	138 (100%)	118 (100%)
Distribuzione per sesso (n° assoluto e %)		
F	72 (52%)	61 (52%)
M	66 (48%)	57 (48%)
Distribuzione per residenza		
Provincia	80	66
Fuori Provincia	58	52
Distribuzione per numero di maltrattamenti (casi)		
Singolo	–	97 (82%)
Multiplo	–	21 (18%)
Distribuzione per tipo di maltrattamento (forme)		
Abusive Head Trauma	28 (20%)	33 (22%)
Maltrattamento fisico	33 (24%)	17 (11%)
Chemical Abuse	10 (7%)	29 (19%)
Asfissia	0	2 (1%)
Abuso sessuale	20 (15%)	5 (3%)
Abuso psicoemozionale	2 (1%)	4 (3%)
Trascuratezza grave	19 (14%)	28 (19%)
Sindrome di Muchausen per Procura	0	2 (1%)
Violenza Assistita	17 (12%)	17 (11%)
Bambino conteso/confittualità di coppia	4 (3%)	15 (10%)
Altro	6 (4%)	0
Totale forme di maltrattamento	139 (100%)	152* (100%)

* Il numero delle forme di maltrattamento confermate è superiore alle forme sospettate, poiché vengono sospettate meno forme di maltrattamento di quante ne vengono diagnosticate, con casi in cui vengono diagnosticate più forme di maltrattamento contemporaneamente.

Grosseto, Codice Rosa

In Toscana, dal 2014 il Codice Rosa è attivo in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere. Indica un percorso di accesso al pronto soccorso specifico per le vittime di maltrattamento o abuso, donne, uomini, bambini, persone vulnerabili. Una volta assegnato questo codice viene attivato un gruppo formato da personale sanitario (composto da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, centro antiviolenza, eccetera) e dalle forze dell'ordine. Nella tabella 5 sono riportati i dati estratti dagli accessi Codice Rosa negli anni dal 2012 al 2015. Da tenere presente, nella lettura della tabella, che il numero di ASL e aziende ospedaliere i cui dati sono inseriti (e quindi il campione di riferimento) si è modificato nel corso degli anni, aumentando di numero (nel 2012 i dati si riferiscono solo a cinque ASL, nel 2013 a otto ASL e due Aziende Ospedaliere, nel 2014 e 2015 al totale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Toscana) e che nel 2012 si parlava di casi pediatrici, mentre negli anni successivi di minori. Pur tenendo presenti i limiti di cui sopra, complessivamente **dal 2012 al 2015 vi sono stati 1.268 accessi Codice Rosa di casi pediatrici/minori** (542 maschi e 675 femmine, 2 non noto, dati riferiti solo al 2013, 2014 e 2015, quindi su 1.219 casi). Nella tabella 6 è mostrata un'extrapolazione dei dati, dove disponibili (dal 2013 dunque), rispetto alle fasce di età. Non vi è una divisione fino ai 3 anni, ma da 0 a 2 e da 3 a 6 anni; tuttavia è possibile evincere un quadro del numero dei casi di maltrattamento nei bambini piccoli (ricordando sempre che nel 2013 la rilevazione non copre ancora tutte le ASL e Aziende Ospedaliere). Considerando la **fascia 0-2 anni, sono stati rilevati in totale 113 casi** (di cui **17 fra 0-1 anno negli anni 2014 e 2015**, dato non disponibile per il 2013 in cui erano raggruppati i casi nella fascia di età 0-2 anni), e un totale di **296 casi di maltrattamento o abuso in età 0-6 anni**.

I dati preliminari di Codice Rosa relativi al primo semestre del 2016 indicano 254 accessi in pronto soccorso di minori (nel 2015 erano stati in totale 426 nei 12 mesi), ma non ci sono ancora le specifiche per età⁴⁹.

Tab. 5 - Casi pediatrici/minori, Regione Toscana

	Maltrattamento	Abuso	Totale	Maschi	Femmine
2012	37	12	49	–	–
2013	293	59	352	152	200
2014	355	86	441	205	236
2015	373	53	426	187	239
Totale	1.058	210	1.268	542	675

Tab. 6 - Casi suddivisi per fasce di età, Regione Toscana

	0-1 anno	1-2 anni	0-2 anni	3-6 anni	Totale (0-6 anni)
2013	–	–	32	45	77
2014	7	34	41	69	110
2015	10	30	40	69	109
Totale	17	64	113	183	296

Shaken Baby Syndrome

Fra le diverse possibili forme di maltrattamento, nella fascia 0-3 anni assume importanza quella che viene **definita sindrome da scuotimento (Shaken Baby Syndrome)**, o **Abusive Head Trauma** a includere insieme con lo scuotimento la possibilità di trauma da impatto. Nell'aprile del 2016 la Società italiana di neonatologia (SIN), Terre des Hommes e SVS DAD onlus (SVS Donna Aiuta Donna) hanno lanciato una **campagna di sensibilizzazione**⁵⁰, con materiale informativo e locandine per far capire i rischi e le conseguenze dello scuotimento del bambino, scatenato per esempio dal pianto, che rappresenta nei neonati e piccini l'unica forma di comunicazione per diverse necessità e disagi. Le conseguenze neurologiche dello scuotimento possono essere molto gravi, anche mortali, e viene riportata, non essendo disponibili dati certi, una **stima di incidenza in Italia di 3 casi ogni 10.000 bambini con meno di 1 anno** (negli Stati Uniti circa 50.000 bambini l'anno)⁵¹. La SIN indica come in genere le vittime siano bambini tra i 4 e i 6 mesi, sia perché questo è un periodo che richiede cure costanti che possono esasperare chi si occupa del piccolo sia perché da un lato la testa è pesante rispetto al corpo e dall'altro i muscoli del collo non sono ancora in grado di sostenerla. La SIN riporta inoltre che il **25-30% delle vittime muore e il 15% sopravvive senza esiti**⁵². Sempre nel 2016 un lavoro italiano che ha preso in considerazione gli aspetti clinici e medico-legali dell'*Abusive Head Trauma* ha indicato che quest'ultimo rappresenta la **causa di morte per maltrattamento in età infantile più comune nei Paesi industrializzati**. Viene indicato come al momento non siano disponibili in Italia dati pubblicati su incidenza e prevalenza e che la **maggior parte delle vittime abbia meno di 1 anno, più spesso meno di 6 mesi**⁵³.

Depressione post-partum

La depressione post-partum rappresenta una condizione della madre che può avere ripercussioni negative anche sul benessere dei figli e risulta importante il riconoscimento tempestivo e la gestione adeguata. Nel 2014 nell'ambito delle attività del Progetto biennale *Depressione in gravidanza e post-partum: modello organizzativo in ambito clinico, assistenziale e riabilitativo*, progetto finanziato dalla Regione Lombardia e svolto dall'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) e con la partecipazione dell'Associazione Progetto Itaca, sono state realizzate Linee Guida per la gestione della depressione in gravidanza e nel post-partum⁵⁴. Il progetto si era avviato con un'**indagine conoscitiva in Lombardia su 500 uomini e 500 donne** e ha riportato che **1 genitore su 3 ha detto di aver sofferto o che la propria partner ha avuto una depressione post-partum**, soprattutto con il primo figlio, ma **meno del 50% ne ha parlato con il proprio medico**. Gli obiettivi comprendevano far nascere un modello organizzativo di presa in carico per la depressione perinatale (per rilevare e trattare rapidamente ed efficacemente), sensibilizzare l'opinione pubblica, supportare i papà e promuovere attività di formazione degli operatori sanitari. Nell'ambito dell'iniziativa vi era anche l'offerta di un'**assistenza domiciliare specialistica alle neomamme e ai neonati, attraverso un'équipe multidisciplinare** (psichiatra, psicologo, pediatra, volontaria)⁵⁵.



PEDIATRI CHE SOSPETTANO

La capacità di medici e pediatri di riconoscere i segnali di un possibile maltrattamento ai danni di bambini e bambine rappresenta un aspetto cruciale. Forse ancora più importante nella fascia di età 0-3 anni, quando il pediatra può essere l'unica o una delle poche figure all'esterno della famiglia a venire in contatto con il bambino o la bambina e in generale con il nucleo familiare.

2012, una verifica sui pediatri a Milano. Alla fine del 2012 Terre des Hommes e SBAM-Sportello Bambino Adolescente Maltrattato della Clinica Mangiagalli di Milano hanno condotto un'indagine che ha coinvolto medici di famiglia, pediatri di base e ospedalieri⁵⁶. È stato inviato un questionario a 1.000 medici e 170 pediatri a Milano e dintorni per raccogliere informazioni sull'esperienza di casi di maltrattamento o abuso e sulla conoscenza del tema. I questionari raccolti utilizzabili sono stati **259, di cui 72 di pediatri**, pari al 42,3% del campione di questa categoria professionale (contro i 134, pari al 13,4%, dei questionari utilizzabili dei medici); in 53 questionari non era indicata la professione.

Oltre la metà degli intervistati ha dichiarato di sospettare situazioni di maltrattamento. Fra le risposte raccolte si segnala che il **65,63% degli intervistati ha dichiarato di sospettare situazioni di maltrattamento, abuso o trascuratezza/incuria** e per il 78,63% **la fascia di età più a rischio di fratture da maltrattamento fisico è quella da 0 a 5 anni. In totale vengono segnalati 318 casi** (3 casi circa per ciascun medico) e **la tipologia di maltrattamento più frequente è la patologia delle cure (175 casi), seguita dal maltrattamento fisico (81 casi) e dall'abuso sessuale (62 casi).**

Fra gli intervistati che hanno risposto affermativamente alla domanda sull'aver mai sospettato situazioni di maltrattamento, abuso o trascuratezza/incuria, il **51,49% ha segnalato la situazione, mentre il 48,51% non lo ha fatto** e i motivi principali per cui è stato deciso di non segnalare erano il non avere elementi di sospetto sufficientemente forti (55,1%), non sapere a chi segnalare e come (18,3%) e avere timore delle conseguenze sul contesto familiare (13,6%).

Viene indicato che se la quasi totalità degli intervistati non ha a disposizione un modulo prestampato per la segnalazione (94,04%), la maggior parte afferma che averne uno potrebbe essere di aiuto (89,34%). Inoltre, un approfondimento sulla **formazione scientifica** ha fatto emergere che **circa la metà degli intervistati negli ultimi tre anni non ha partecipato ad alcun evento formativo sul tema e il 75,59% non ha mai partecipato a un corso di formazione sul maltrattamento, nonostante l'89,05% senta il bisogno di essere aggiornato.**

2013-2014, una verifica sui pediatri di Perugia. Nel 2013-2014 è stata svolta un'indagine, analoga a quella appena descritta, nella provincia di Perugia che ha coinvolto **134 operatori sanitari partecipanti a corsi di formazione specifici sul maltrattamento infantile**⁵⁷ cui è stata chiesta la compilazione di un questionario⁵⁸. **Il 17% circa (23 su 134) ha segnalato un sospetto caso di abuso, e sempre al 17% circa è capitato di sospettare un caso di abuso ma di decidere di non segnalarlo. Nella maggioranza dei casi (43,48%) non si segnala perché le conoscenze nel merito non sono adeguate per avere la certezza;** in secondo luogo non si segnala perché non si è certi che la segnalazione sia adeguata (21,74%) o perché non emerge una storia di abuso familiare in modo chiaro (17,39%); **il 4,35% ha risposto di non aver segnalato perché non sapeva a chi indirizzare la segnalazione.**

Rispetto all'aver un modulo guida prestampato per la diagnosi, la risposta è stata negativa per la quasi totalità dei partecipanti (99,25%). Infine, il 96,27% sente la necessità di aggiornamento su cause, diagnosi e cura dell'abuso nel bambino, forse anche perché **negli ultimi tre anni l'82,09% non ha partecipato ad alcun corso o conferenza e il 57,46% non ha letto nessun articolo;** inoltre **il 95,52% degli intervistati non ha mai partecipato a un corso di perfezionamento sul maltrattamento.**

2015, un test nazionale. Nel 2015 è stata condotta un'ulteriore ricerca da Terre des Hommes, Società Italiana di Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) e SVSeD su 500 medici in tutta Italia⁵⁹. Sono stati raccolti **398 questionari da cui emerge che il 61% degli intervistati ha avuto casi di sospetto maltrattamento e il 57% di chi si è confrontato con questa situazione ha attivato la segnalazione;** viene riportato che il **16% teme che segnalare equivalga a perdere il paziente.** Inoltre il **59% vede positivamente la possibilità di avere un collega esperto cui inviare i casi sospetti** sia per sentirsi più sicuro (59%) sia per una protezione più completa dei bambini (76%). **Sulla formazione, la metà circa dice di non averne mai avuta e il 93% la vorrebbe.**

MEDICI E PEDIATRI

Oltre la metà incontra segni di maltrattamento



QUANDO A ESSERE COLPITE SONO LE MAMME

Nel 2015 l'ISTAT ha pubblicato un'indagine sulla sicurezza delle donne⁶⁰. All'interno del quadro fornito vi sono i dati riguardanti la violenza assistita e la violenza in gravidanza. Nel totale delle violenze subite da donne con figli, l'ISTAT segnala un **aumento della percentuale dei figli che erano presenti e hanno assistito alla violenza** del padre contro la madre rispetto a un'indagine precedente del 2006, che **passa dal 60,3% al 65,2% del 2014**, un dato che l'ISTAT definisce preoccupante poiché questi figli maschi hanno una probabilità maggiore di essere loro stessi violenti con le loro compagne e le figlie femmine di essere vittime. Nel 22,2% dei casi hanno assistito spesso alla violenza (21,4% nel 2006) e nel 25% dei casi ne sono stati anche coinvolti. E anche in questo caso assistiamo a un aumento di quasi 10 punti percentuali rispetto al 15,9 del 2006.

Quando più fattori di rischio si combinano. Una trascuratezza con tanti responsabili #storiadaiservizi

Dora è cresciuta in una casa famiglia da cui è scappata quando aveva 17 anni insieme a un uomo da cui ha avuto un figlio: oggi Teo ha 3 anni ed è cardiopatico per cui, fin da neonato, ha richiesto un'attenzione particolare in termini di cure, medicinali, nutrizione e regolarità dei ritmi della sua giornata. Il papà di Teo non l'ha riconosciuto alla nascita e pertanto Dora è sola nell'affrontare la crescita del bambino: non c'è una rete di riferimento, una famiglia che la sostenga e quindi Dora ricerca e accetta relazioni con uomini, sperando di trovare in questi un sostegno e una garanzia anche per Teo. Ma fino a oggi tali relazioni sono risultate in qualche caso pericolose per Dora e anche per Teo che ha assistito a momenti di litigio violento con percosse agite e subite da parte della sua mamma.

Considerando i dati sulle donne in gravidanza, **se nel 2006 nel 10,2% dei casi le donne sono state sottoposte a violenza da parte del partner anche quando erano incinte, la percentuale nella rilevazione del 2014 sale all'11,8%**. Nei casi di violenza **durante la gravidanza** l'ISTAT riporta inoltre **nel 5,9% dei casi la violenza è iniziata e nell'11,3% è aumentata**.

Orfani di omicidio di genere o femminicidio

Nell'ambito della violenza domestica e assistita si inserisce il drammatico capitolo degli orfani di femminicidio, che oltre a essere stati testimoni, o a essere direttamente coinvolti negli episodi di violenza, perdono la madre. Nella sola **Toscana in 10 anni (dal 2006) sono 30 i minori rimasti senza mamma** uccisa dal padre nell'ambito degli 88 casi di femminicidio⁶¹ e a settembre 2016 è stato presentato alla Camera dei Deputati il primo studio su questi casi, bambini rimasti senza madre, morta, e senza padre, perché suicida (30% dei casi) o in carcere. Dal **2000, in 15 anni, è stato stimato un numero di circa 1.600 orfani di femminicidio** (417 negli ultimi tre anni, 180 minori), affidati a nonni, zii, servizi⁶². I dati sono stati presentati da Anna Costanza Baldry, responsabile scientifica del **progetto Switch-off**⁶³, del Dipartimento di Psicologia della Seconda Università di Napoli con la collaborazione di DiRe (Donne in rete contro la violenza) e due partner stranieri, dati presentati insieme con le Linee Guida prodotte dal progetto stesso. Nell'ambito delle Linee Guida vengono anche riportati i risultati di un lavoro di ricerca in Italia con **interviste realizzate a 123 orfani: nell'81% dei casi gli intervistati avevano già assistito a violenze contro la madre e nel 41% dei casi i figli erano presenti al momento della morte** (di cui il 71% ha ascoltato quello che succedeva, il 52% ha visto e il 44% ha poi visto il corpo senza vita della mamma).

Sempre sugli orfani di femminicidio nel 2015 è stato pubblicato uno studio italiano che ha valutato il numero di **femminicidi in Italia fra l'1 gennaio 2012 e il 31 ottobre 2014** con ricerche online e sui giornali, contandone 319, circa 1 ogni 3 giorni (126 nel 2012, 134 nel 2013 e 59 nel 2014)⁶⁴. Complessivamente i figli delle donne uccise rimasti **orfani erano 417** (153 nel 2012, 173 nel 2013 e 91 nel 2014), di cui **180 minorenni. Il 12,47% dei figli ha assistito all'omicidio e più della metà di questi (57,69%) era minorenne; in alcuni casi è stato ucciso anche il figlio (18 casi, 4,32%), e fra questi uno su due era un minorenne. L'omicidio è stato commesso dal padre nel 38,56% dei casi e i figli il cui padre è a sua volta morto dopo aver ucciso la madre erano l'11,75% (gli orfani minorenni il 42,86%)**. Nello studio viene inoltre sottolineato il tema del **destino di questi orfani** e l'importanza di studi per capire cosa succeda loro, quale sia il trattamento psicologico più adeguato e quali le decisioni migliori rispetto ai contatti con il padre, se autore dell'omicidio, e su dove farli vivere.

Orfani di crimini domestici: la legge

Il 21 aprile 2016 è stata presentata alla Camera dei Deputati la proposta di legge n.3772 "Modifiche al codice civile, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani di crimini domestici".

La proposta, come emendata in Commissione Giustizia a gennaio 2017, prevede una serie di agevolazioni per *"i figli minori o i figli maggiorenni economicamente non autosufficienti rimasti orfani di un genitore a seguito di omicidio commesso in danno del genitore dal coniuge, anche legalmente separato o divorziato, dalla parte dell'unione civile, anche se l'unione civile è cessata, o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza"*.

Tra le altre cose, la proposta prevede che gli orfani di crimini domestici abbiano accesso al patrocinio a spese dello Stato anche in deroga ai limiti di reddito previsti dalla legge, per le spese legali di tutti i procedimenti derivanti dal reato; che possano vedersi liquidare, a titolo di "provvisoria", il 50% del presumibile danno da parte del giudice penale al momento della condanna del responsabile, senza dover attendere l'esito del successivo procedimento civile; che l'indagato per il delitto sia sospeso dalla pensione di reversibilità e dalla successione ereditaria e che tale esclusione sia resa definitiva dalla sentenza di condanna.

La proposta prevede inoltre una dotazione di 2 milioni di euro annui da dedicare a borse di studio, iniziative di orientamento, formazione, assistenza sanitaria e psicologica agli orfani, il 70% della quale sarebbe destinata ad interventi in favore dei minori. Al momento di chiudere il testo si è in attesa dell'approvazione da parte della Camera.



Note

16. *Toward a world free from violence. Global survey on violence against children. Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children*, New York, 2013.
17. UNICEF, *Ogni bambino conta*, 2014.
18. <http://www.end-violence.org/>
19. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. *Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates*, Pediatrics 2016; 137(3):e20154079.
20. U.S. Department of Health & Human Services, *Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau* (2016), *Child maltreatment 2014*, disponibile in <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
21. U.S. Department of Health & Human Services, *Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau* (2016), *Child maltreatment 2015*, disponibile in <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
22. World Health Organization, Regional office for Europe, *European report on preventing child maltreatment*, 2013.
23. World Health Organization, Regional office for Europe, *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*, Regional Committee for Europe, 64th session, settembre 2014.
24. World Health Organization, Regional office for Europe, *Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say*, 2015.
25. <http://www.end-violence.org/>
26. World Health Organization, CDC, *End Violence Against Children. The Global Partnership*, Pan American Health Organization-World Health Organization Regional Office for the Americas, PEPFAR, Together for girls, UNICEF; UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime, USAID from the American People, The World Bank. INSPIRE, *Seven Strategies for Ending Violence Against Children*, World Health Organization, 2016.
27. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento per le politiche della famiglia, *IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*, 2016.
28. Il Piano indica, tra le fonti utili per l'acquisizione di dati e informazioni sul tema, l'indagine dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAL, Terre des Hommes, *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive*, 2015.
29. Marchi AG, Gaeta G, *I quadri clinici più frequenti dell'abuso del bambino*, Riv Ital Pediatr (IJP) 1999; 25:696-700.
30. Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T, on behalf of ItChilMa, *Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments*, Arch Dis Child 2005; 90:406-410.
31. Milano GP, Vianello FA, Cantoni B et al., *New program for identification of child maltreatment in emergency department: preliminary data*, Italian Journal of Pediatrics 2016; 42:66.
32. Il dato riporta l'età media \pm la deviazione standard. La deviazione standard indica la dispersione dei dati intorno alla media; un valore più ampio corrisponde a una maggiore variabilità dell'età nel gruppo considerato e viceversa.
33. <http://www.iss.it/binary/casa/cont/ProgViol2014.pdf>
34. Il progetto ha coinvolto 7 regioni (Nord Piemonte, Lombardia, Liguria, Centro Toscana, Lazio, Sud Basilicata e Sicilia) con la partecipazione di diverse unità operative (E.O. Galliera di Genova, Istituto Superiore di Sanità, Azienda Ospedaliero Universitaria – Città della Salute e della Scienza di Torino, ASL TO2-Ospedale San Giovanni Bosco e Ospedale Maria Vittoria, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico-Milano, IRCCS G. Gaslini di Genova, ASL Sud-Est Toscana (ex ASL 9 Grosseto ed ex ASL 7 Siena, IRCCS Bambino Gesù – Ospedale Pediatrico di Roma, Centro Pediatrico Bambino Gesù Basilicata – AOR “San Carlo” di Potenza, ARNAS Di Cristina, Benfratelli di Palermo, ASP Trapani, ASL TO3 – Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – Piemonte, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio). Fra le attività svolte era prevista anche la rilevazione dei dati relativi a eventi violenti in pronto soccorso secondo modalità di registrazione e codifica dello standard europeo Injury Data Base (IDB).
35. Pitidis A, Mamo C, Voller F. et al., *Violenza e abuso su bambini: informazioni correntemente desumibili dai registri sanitari di mortalità e morbosità*. Progetto REVAMP “Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli di intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea” CCM 2014 finanziato dal Ministero della Salute.
36. Trinca S, Debbia C, Cremonesi P et al., *Studio della Violenza/aggressione altrui sui bambini attraverso i dati raccolti con il Full Data Set – IDB (FDS) nel 2014*, Progetto REVAMP “Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli di intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea” CCM 2014 finanziato dal Ministero della Salute.
37. Per una più ampia trattazione cfr.: Pitidis A, Longo E, Cremonesi P e Rete progetto REVAMP, *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario. Manuale operativo per operatori di Pronto Soccorso*, Rapporti ISTISAN (in corso di stampa).
38. *Protecting infants and toddlers from domestic violence: Development of a diagnostic protocol for infant and toddler abuse and neglect and its implementation to the public health system*, <http://www.intovian.eu/>
39. Al progetto hanno partecipato sei Paesi: Cipro, Grecia, Italia (Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza “Don Silvio De Annuntiis”, Associazione “Focolare Maria Regina onlus”), Spagna, Portogallo e Regno Unito.
40. A cura di Maria Teresa Pedrocco Biancardi, *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Dalla rilevazione precoce all'intervento appropriato*, Franco Angeli Editore (Collana Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo), 2017.
41. CISMAL, Terre des Hommes, *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima indagine nazionale*

- quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini, a cura di Andrea Bollini-CISMAI, Federica Giannotta-Terre des hommes, Antonella Angeli-CISMAI, 2012.
42. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Terre des Hommes, *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive*, 2015.
43. L'indagine ha quindi proposto 5 raccomandazioni: raccolta dati a livello nazionale e creazione di banche dati; istituzione di un organismo di coordinamento interistituzionale e di un Piano nazionale di contrasto, prevenzione e cura; adozione di linee guida nazionali su prevenzione e protezione della violenza; armonizzazione degli strumenti di rilevazione precoce; attribuzione delle risorse necessarie per le misure di contrasto, prevenzione e cura.
44. Terre des Hommes, *Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia*, 2016.
45. Si tratta dell'Ambulatorio Bambi, Ospedale Regina Margherita di Torino; dello SVSeD, Fondazione IRRCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; del Centro Regionale del Veneto per la Diagnostica del Bambino Maltrattato (CRDBM), Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova; del progetto GAIA, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze e del progetto GIADA, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari.
46. Nelle raccomandazioni finali Terre des Hommes e i suoi partner chiedono: almeno un centro ospedaliero pediatrico referente per il territorio in ogni Regione; équipe multidisciplinari e specializzate, dotazioni strumentali e facilities per le diagnosi; il maltrattamento come materia di studio curriculare nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia; il maltrattamento inserito nel Piano Nazionale di Prevenzione Sanitaria.
47. Di Melissa Rosa-Rizzotto.
48. Rapporto maschi/femmine = (N. maschi/N. femmine) *100.
49. http://www.regione.toscana.it/zh_TW/web/toscana-notizie/dettaglio-notizia/-/asset_publisher/mk54xJn9fxJF/content/codice-rosa-dal-2012-oltre-12-000-accessi-nei-pronto-soccorso-della-toscana;jsessionid=38E1F659E372F7F0DB9C44A-FE96C5972.web-rt-as01-p2
50. <http://terredeshommes.it/descrizione-progetto/shaken-baby-syndrome-campagna-di-sensibilizzazione-lanciata-da-terredeshommes/>
51. <http://terredeshommes.it/descrizione-progetto/shaken-baby-syndrome-campagna-di-sensibilizzazione-lanciata-da-terredeshommes/>
52. http://www.neonatologia.it/upload/2618_CS%20SHAKEN%20BABY%2004%202016.pdf
53. Niola M, Musella C, Paciello L et al., *Abusive head trauma: aspetti clinici e medico-legali*, Quaderni ACP 2016; 3: 119-123.
54. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per professionisti della salute. A cura di Anninverno R, Bramante A, Petrilli G, Mencacci C. con la collaborazione di SIP-Società Italiana di Psichiatria, SIGO-Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, SIN-Società Italiana di Neonatologia, SIP-Società Italiana di Pediatria.
55. http://www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2015/12/Comunicato-stampa-Depressione-perinatale-Lombardia-03_12_15.pdf
56. L'indagine pilota nell'ambito della campagna "indifesa" di Terre des Hommes, con il patrocinio del Comune e della Provincia di Milano, *Maltrattamento sui Bambini: come lo riconoscono i medici di Milano?*; Romeo L, Gibelli D, Giannotta F et al., *Can family pediatricians in Italy identify child abuse? A survey*, Minerva Pediatrica 2016; 68: 230-6.
57. Corsi per medici di medicina generale e corsi per medici e infermieri dell'Unità di Pronto Soccorso e di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera «Santa Maria della Misericordia» - Gruppi PIUMA, Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso.
58. Persichini A, *Il maltrattamento e l'abuso all'infanzia. Un'indagine conoscitiva nella Provincia di Perugia*, Tesi di laurea in Medicina Legale e delle Assicurazioni, comunicazione personale.
59. Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, 9° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2015-2016, fonte Terre des Hommes, dati non pubblicati.
60. ISTAT, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*, 5 giugno 2015.
61. Redattore Sociale, <http://www.redattoresociale.it/Notiziario/Articolo/522001/Violenza-sulle-donne-in-Toscana-30-minori-rimasti-orfani-in-10-anni>
62. Linda Laura Sabbadini. Quei 1600 orfani dei femminicidi. La Stampa, 20 settembre 2016.
63. <http://switchoff-ita.weebly.com/>
64. Ferrara P, Caporale O, Cutrona C et al., *Femicide and murdered women's children: which future for these children orphans of a living parent?*, Italian Journal of Pediatrics 2015; 41:68.



Foto: Jonathan Hyams per Save the Children

CAPITOLO 3

3. CON LE MANI IN PASTA. CONVERSAZIONI CON ALCUNI PROFESSIONISTI SU REGOLE, PRASSI, NODI DOLENTI

In Italia sono numerose e molto interessanti le storie di persone, organizzazioni e progetti che, soprattutto nell'ultimo decennio, hanno segnato l'intervento di contrasto al maltrattamento di donne incinte, bambine e bambini piccoli e piccolissimi. Come spesso capita, in un sistema molto frastagliato sul piano territoriale, si distinguono esperimenti di successo e tentativi coraggiosi fatti da persone che lavorano in ambiente sociale e sanitario.

Intento di questa parte del lavoro è quello non solo di dare riconoscimento a questo lavoro, ma anche di accendere una luce di ottimismo programmatico su una materia delicata e complessa come quella dei comportamenti maltrattanti in contesti particolarmente opachi e impermeabili allo sguardo sociale, come sono le famiglie.

Naturalmente, le persone e le storie che andremo a raccontare non sono esaustive del panorama italiano. Non è sempre semplice raggiungere le esperienze concrete specie quando non hanno l'opportunità di essere particolarmente pubblicizzate e visibili. La natura di questo lavoro è tuttavia proprio quella di uno slancio conoscitivo iniziale, al quale dovranno poi con pazienza e sistematicità aggiungersi e integrarsi nuove informazioni e materiale.

Grazie alle testimonianze professionali di:

Giussy Barbara, ginecologa, SVSeD, Milano.

Carla Berardi, pediatra di famiglia, Associazione Culturale Pediatri, Perugia.

Paola Di Blasio, psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica, Milano.

Vittoria Doretti, medico, anestesia e rianimazione, Codice Rosa, Grosseto.

Sabrina Farci, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa PARADIGMA, Torino.

Alessandra Kustermann, ginecologa, SVSeD, Milano.

Melissa Rosa-Rizzotto, medico di comunità, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato Unità di Crisi di Bambini e Famiglia, Azienda Ospedaliera di Padova.

Santo Rullo, psichiatra, Roma.

3.1 LA BABELE DEI PROTOCOLLI E DELLE LINEE GUIDA

In Italia esiste una legislazione piuttosto ricca riguardante la tutela delle vittime effettive e potenziali di comportamenti maltrattanti che si rifà ad accordi quadro e convenzioni internazionali di tutela dei diritti dei bambini o di contrasto alla violenza e allo sfruttamento di donne e minori.

Le fattispecie di reato perseguibili e previste dalle leggi nazionali hanno a che vedere con maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli; omicidio; istigazione o aiuto al suicidio; percosse; lesione personale; pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili; sequestro di persona; violenza sessuale; violenza sessuale di gruppo; violenza privata; minaccia; atti persecutori (*stalking*).

L'Italia ha ratificato nel 2013 la cosiddetta Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Nello stesso anno ha varato la legge 119/2013 «Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle Province»; il Piano d'azione nazionale straordinario contro la violenza sessuale e di genere 2015/2017. Per non parlare dei diritti dei bambini e del contrasto a ogni forma di violenza, abuso e sfruttamento di bambini e ragazzi, per i quali fin dal 1991 l'Italia ha ratificato la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia con apposita legge 176.

Tuttavia, le linee guida e i protocolli attuativi di questa vasta materia legislativa trovano un'applicazione molto discontinua

sul territorio nazionale e sovente anche nell'ambito del medesimo territorio regionale o della stessa città. Spesso l'iniziativa è affidata alla buona volontà o allo spirito d'iniziativa del singolo ed è molto complicato attivare procedure di sorveglianza e di monitoraggio dei casi sospetti.

DONNE COLPITE E BAMBINI TESTIMONI

Il piano regionale antiviolenza della Regione Lombardia, ci dicono Alessandra Kustermann e Giusy Barbara, ginecologhe del Soccorso violenza sessuale e domestica (SVSeD) di Milano, è stato approvato nel novembre 2015 dal Consiglio regionale e ha due obiettivi principali: 1) prevenire e far emergere il fenomeno della violenza contro le donne; 2) accogliere, sostenere, proteggere e accompagnare all'autonomia le donne vittime di violenza. È stato inoltre formalizzato e reso operativo nel piano quadriennale antiviolenza **l'Osservatorio Regionale Antiviolenza (O.R.A.)** per il monitoraggio del fenomeno e la conoscenza del percorso di valutazione e presa in carico delle donne che si rivolgono ai centri antiviolenza. Il sistema O.R.A. prevede la compilazione di una scheda per ogni donna che viene presa in carico dal Centro Antiviolenza. Le informazioni e i dati inseriti nel sistema informatico sono resi anonimi e accessibili solo alle operatrici dei centri antiviolenza. I dati raccolti consentono alla Regione Lombardia una conoscenza specifica del bisogno sul territorio per una migliore valutazione degli interventi, dell'appropriatezza dei servizi erogati e per la programmazione/pianificazione delle azioni.

Nel centro antiviolenza SVSeD di Milano, dicono ancora Alessandra Kustermann e Giusy Barbara, si utilizza un **sistema cartaceo e informatico di registrazione ed elaborazione dei dati** dei casi di violenza che giungono in valutazione, per fini statistici e di studio/ricerca. Nel database sono registrati anche episodi di maltrattamento in gravidanza. Attraverso il sistema O.R.A. i dati sugli accessi per violenza vengono trasmessi alla Regione Lombardia. In pronto soccorso **l'assegnazione di uno specifico codice SDO (Schede Dimissione Ospedaliera) identifica gli accessi delle donne vittime di violenza sessuale o domestica. Un ulteriore codice identifica lo stato di gravidanza.**

La segnalazione della presenza di figli è prevista sia dal sistema O.R.A. sia dal database cartaceo/informatico del Centro. Il follow-up dei casi è gestito in accordo con la donna vittima di violenza e si avvale della collaborazione di psicologhe, assistenti sociali, medici legali, avvocati, ed è anche previsto un follow-up dei figli che hanno assistito alla violenza.

La Regione Toscana, racconta Vittoria Doretti, medico anestesista della ASL di Grosseto e promotrice di Codice Rosa, utilizza il cosiddetto **Codice Rosa** per la raccolta dei dati sulle violenze ai danni delle donne. Il **Codice Rosa scatta al livello ospedaliero**. Nei casi di maltrattamento avviene immediatamente l'attivazione di un percorso "Codice Rosa", con un lavoro di squadra che prevede la collaborazione, tra l'altro, di ostetriche adeguatamente formate. Lo sforzo principale è quello di ragionare insieme su quale possa essere il percorso e quali le soluzioni e alternative da proporre anche e soprattutto alle donne che non dichiarano la violenza subita, persone con cui stabilire un contatto, una confidenza e un rapporto di fiducia.

Per quanto riguarda le segnalazioni, dice Doretti, si registrano ancora difficoltà di tipo tecnico sulle quali si sta lavorando. Infatti, al momento non c'è nell'applicativo di pronto soccorso la possibilità di segnalazione della violenza di genere (certa o sospetta); quindi tutto ciò che non viene registrato con la dicitura "violenza altrui" sfugge alle statistiche. Per esempio, se una donna accede in pronto soccorso riferendo di aver urtato contro un mobile, nel verbale di triage si riferirà un accesso per "incidente domestico"; in questo caso se l'operatore ha il dubbio che si tratti di violenza domestica, non ha comunque la possibilità di segnalarlo. **La segnalazione della presenza di figli avviene al momento della valutazione iniziale** di pronto soccorso, al fine di regolamentare e ottimizzare la presa in carico successiva da parte dei Servizi Sociali, che si occupano del percorso di aiuto e supporto dopo la dimissione e provvedono al follow-up dei casi seguiti.

Per quanto riguarda il **follow-up**, prosegue Doretti, la preoccupazione è alta per il periodo successivo al parto. Il modello organizzativo di Codice Rosa, che è essenzialmente una rete, promuove un raccordo forte anche con pediatri e ostetriche per la gestione del dopo parto. Se c'è stata una segnalazione all'autorità giudiziaria, di solito si tratta di situazioni talmente gravi che le donne in genere sono già ospiti di una casa rifugio. Ma negli altri casi la difficoltà del follow-up è altissima: dopo il parto si allontanano, si perdono, quindi occorre attivare una rete forte di sorveglianza e sostegno. È un lavoro molto delicato, perché è difficile capire quando si entra in una situazione di maltrattamenti perseguibili d'ufficio, che mettono a rischio anche il bambino. È una linea di confine estremamente delicata e il pediatra, o l'ostetrica, o il ginecologo che sospetta non può prendere la decisione da solo.

BAMBINE E BAMBINI: TRACCE DI MALTRATTAMENTO CHE RISCHIANO DI PERDERSI

Il maltrattamento dei bambini come tema di salute pubblica rappresenta il cuore dell'azione del Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato di Padova. Secondo Melissa Rosa-Rizzotto, medico di comunità presso



il Centro, il nuovo approccio al maltrattamento quale problema di salute e l'inserimento delle sindromi da maltrattamento all'interno della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, già a partire dagli anni Ottanta, e successivamente la ridefinizione delle diverse forme del 1993, hanno fatto sì che la comunità scientifica internazionale, analogamente ad altre patologie che colpiscono i bambini, ne individuasse i sintomi e i segni clinici caratteristici e definisse i protocolli diagnostici e diagnostico-terapeutici che permettessero di formulare la diagnosi di maltrattamento e di escludere possibili diagnosi differenziali.

A livello nazionale non esistono linee guida condivise per il percorso diagnostico in ambito sanitario⁶⁵, soprattutto per quanto riguarda i percorsi assistenziale dei pazienti e delle loro famiglie, che prevedono l'integrazione tra i servizi ospedalieri e di cure primarie e i servizi sanitari e sociali, spesso limitando le indicazioni al problema della segnalazione all'Autorità.

In Italia non esistono vere e proprie linee guida nazionali sul maltrattamento e abuso nell'infanzia, spiega Carla Berardi, pediatra di Perugia, anche se alcune indicazioni in merito sono contenute nel Piano Sanitario Nazionale e nel Progetto Obiettivo Materno Infantile. **Esistono diverse linee guida regionali** – che tuttavia non specificano in dettaglio le modalità di azione per la fascia 0-3 anni – che riguardano la diagnosi – come formulare il sospetto e come poi confermarlo – e la presa in carico. Sulla modalità di segnalazione le linee guida regionali danno indicazioni diverse a seconda dell'organizzazione delle risorse del territorio. Un esempio può essere rappresentato dal progetto PIUMA nato nella Regione Umbria (ma ce ne sono altri in Italia), con l'intento di rendere disponibile un'**équipe multidisciplinare a cui si possa fare riferimento per la segnalazione**. Se il professionista, per esempio il pediatra di libera scelta, si trova di fronte a un sospetto di maltrattamento e non osa fare la denuncia ai Servizi Sociali o al Tribunale per i Minorenni o alla Procura, può usare come intermediaria questa équipe, che ha la **funzione di esaminare il caso, confermare/avvalorare il sospetto e quindi facilitare la segnalazione: viene così data più forza al singolo professionista, maggiore sicurezza per segnalare**.

Figure cruciali: il pediatra di famiglia

Nella fascia di età 0-3 anni il pediatra svolge un importante compito di educazione della coppia genitoriale su tutti gli aspetti dell'accudimento del bambino. Questa è un'ottima opportunità per sostenere i genitori anche nell'affrontare condizioni di stress determinate da quelli che Barton Schmitt chiama "i sette peccati mortali del bambino", mortali nel senso che possono provocarne il maltrattamento e la morte: il pianto, i risvegli notturni, l'ansia da separazione, i normali comportamenti esplorativi, il normale comportamento oppositivo, il normale rifiuto del cibo e le difficoltà nel toilet-training⁶⁷. Il bambino che non dorme o che rifiuta il cibo è un bambino che stressa chi si prende cura di lui e quindi rischia di essere maltrattato. Schmitt propone che **il pediatra anticipi ai genitori che potrebbero incontrare queste difficoltà e dia indicazioni su come affrontarle**, in modo che sappiano come comportarsi senza andare in stress, con il rischio di far del male al bimbo. Per fare un esempio, rispetto al pianto del bambino la letteratura dimostra chiaramente che la sindrome del bambino scosso (*Shaken Baby Syndrome*) è collegata al pianto⁶⁸. È molto importante che il pediatra sappia che c'è questo rischio e prima ancora che il bambino inizi a piangere, già dalla prima visita, informi i genitori che il piccolo piangerà, e piangerà molto e non andrà scosso. La letteratura ha dimostrato che questo intervento è efficace⁶⁹.

Oltre a queste azioni preventive sulla popolazione generale, **il pediatra dovrebbe saper individuare l'eventuale esistenza di fattori di rischio aggravanti**, legati alle condizioni sociali (come isolamento sociale, conflitto genitoriale, perdita del lavoro) o alle caratteristiche dei genitori (dipendenze, depressione, comportamenti violenti, essere stati maltrattati da piccoli, eccetera) e inviare la famiglia ai servizi territoriali per ricevere aiuto.

Un altro aspetto fondamentale è la **formazione del pediatra sui segni e sintomi con cui può manifestarsi il maltrattamento**, così da renderlo capace di riconoscere il fenomeno e di segnalarlo, perché siano messe in atto tutte le misure necessarie perché il bambino sia tutelato e sfugga a ulteriori episodi di violenza, realizzando quella che si può definire prevenzione secondaria.

Il pediatra deve quindi essere formato a individuare i fattori di rischio, a intervenire su questi con guide anticipatorie⁷⁰ o inviando le famiglie ai servizi territoriali, a riconoscere i segni e sintomi del maltrattamento e a compilare una corretta segnalazione. Inoltre è necessario che lavori in rete con i servizi sul territorio per ricevere tutte le informazioni utili a una conoscenza adeguata delle famiglie.

Carla Berardi

Se un bambino arriva all'ospedale di Perugia con una frattura sospetta, prosegue Berardi, **il medico di pronto soccorso può compiere una ricerca per controllare se è già stato ricoverato negli altri ospedali territoriali per altri traumi, ma non c'è una segnalazione specifica**. Nella scheda di accesso al pronto soccorso (PS) se c'è una lesione traumatica di solito è prevista la possibilità di segnalarne la dinamica, sottolineando se è compatibile con la lesione, ma raramente viene fatto. Se l'abuso sessuale, fisico, la trascuratezza causano lesioni fisiche importanti, il bambino viene portato in PS. Qui non viene dedicata attenzione alla diagnosi differenziale tra lesione da

trauma accidentale o da trauma intenzionale, mentre è dimostrato che l'utilizzo di una scheda specifica, dettagliata, facile da compilare con una crocetta ma che cattura l'attenzione degli operatori, aumenta moltissimo la capacità di riconoscimento e la segnalazione dei casi di maltrattamento⁶⁶. Non solo: qualora la scheda venisse a mancare, l'attenzione del personale, ormai abituato a usarla, rimane alta.

I casi di abuso noti purtroppo sono pochi, conclude Berardi, **perché raramente vengono sospettati, o addirittura non segnalati anche in caso di sospetto e quindi non diagnosticati**. Di conseguenza non c'è una situazione a regime, una prassi codificata rispetto al follow-up. A Perugia nei casi di maltrattamento l'ospedale di solito informa il pediatra, poi il bambino segue il suo percorso e sarà il pediatra a tenersi informato ma, molto spesso, il follow-up che il pediatra riesce a fare è piuttosto scarso: le informazioni che tornano sul proseguo della situazione del bambino sono scarsissime e raramente è coinvolto nel percorso di recupero e di cura.

3.2 OSSERVARE, ASCOLTARE, VERIFICARE. LA CENTRALITÀ DELLA DIAGNOSI

Uno dei nodi cruciali del maltrattamento delle bambine e dei bambini, specie in età molto precoci, è quello della diagnostica. Avere a disposizione un'adeguata sensibilità alla diagnosi significa essere in grado di esplorare il quadro clinico, stabilendo collegamenti significativi e profondi con le informazioni riguardanti l'ambiente, le relazioni, le condizioni socio-economiche, le dinamiche di conflittualità e le tensioni interne al nucleo familiare.



Foto: Save the Children

RICONOSCERE I SEGNI

Secondo la definizione generale, spiega Melissa Rosa-Rizzotto, **si parla di maltrattamento quando è possibile diagnosticare “un danno alla salute, allo sviluppo, alla dignità e alla sopravvivenza del bambino”** dovuto ad agiti o a mancanza di cure amorevoli, adeguate e sufficienti a garantire lo sviluppo del bambino. In questa logica, non c'è maltrattamento se non c'è un danno documentabile, che si possa rilevare o mediante un esame clinico accurato o mediante l'esecuzione di indagini e accertamenti bio-umoral, strumentali o funzionali (comportamentali).

Ci sono segni, sintomi, aspetti comportamentali e/o funzionali che, non singolarmente, ma considerati nel loro insieme, possono portare a una diagnosi differenziale di maltrattamento, anche molto precocemente. Per esempio, nel caso della sindrome del bambino scosso un segno che si osserva abbastanza precocemente quando si instaura tale forma di maltrattamento è un aumento disarmonico della circonferenza

cranica che cresce abnormemente, se messa a confronto coi restanti parametri di crescita (lunghezza e peso). Poiché tali parametri vengono abitualmente valutati dal pediatra al bilancio di salute del lattante, **con la semplice misurazione della circonferenza della testa è possibile sospettare uno scuotimento e avviare il bambino a un percorso diagnostico per confermare o escludere la diagnosi e per prevenire nuovi episodi di maltrattamento, che potrebbero essere anche letali.**

Un'altra sindrome molto frequente nella fascia di età 0-3 anni è il cosiddetto *neglect*, cioè la trascuratezza. Tale sindrome, che ha esiti gravissimi sullo sviluppo del bambino se non diagnosticata, presenta quale segno precoce la scarsa crescita e, dal punto di vista funzionale, la difficoltà ad alimentarsi: tali segni sono comuni a molte patologie della primissima infanzia ed è richiesto anche in questo caso un percorso di diagnosi differenziale accurato, che comprenda il maltrattamento tra le ipotesi diagnostiche.

CONSAPEVOLEZZA E COLLABORAZIONE PER DIAGNOSI E PRESA IN CARICO

Per migliorare il riconoscimento dei casi, prosegue Melissa Rosa-Rizzotto, è necessario prima di tutto che il medico specialista che osserva il bambino che presenta un segno o un sintomo specifico (per esempio crescita della circonferenza cranica, scarsa crescita, sanguinamento vaginale, emorragie retiniche) inserisca il maltrattamento all'interno delle possibili diagnosi differenziali e possa eventualmente **avvalersi di strutture specialistiche o équipe di riferimento con cui confrontarsi per la diagnosi definitiva.**

Una possibile strada è **introdurre nel curriculum formativo delle scuole di Medicina un corso sulla diagnosi del maltrattamento**⁷¹. Nell'esperienza di Padova, un corso di questo tipo – che l'Università di Padova ha proposto e propone tra i corsi a scelta libera degli studenti del IV e V anno di corso, a partire dal 2004 – ha sensibilmente aumentato la consapevolezza dei giovani medici sul tema e ha reso più precoce il sospetto diagnostico.

Una volta formulata la diagnosi, conclude Rosa-Rizzotto, per i singoli casi si avviano percorsi e trattamenti sanitari specifici, presa in carico integrata sanitaria e socio-sanitaria, azioni di tutela e conseguenti follow-up specifici, sia per valutare l'evoluzione del quadro clinico a distanza mediante controlli sanitari periodici, sia per attivare, se necessario, adeguati progetti terapeutico riabilitativi, sia infine per valutare le risorse del nucleo familiare e per prevenire le ricadute. **Questi percorsi possono in taluni casi risultare difficoltosi poiché richiedono una stretta collaborazione tra le diverse istituzioni coinvolte e una forte integrazione tra sociale e sanitario.**

3.3 CHE SUCCEDA DOPO?

Uno degli elementi critici rilevati nelle conversazioni e negli incontri con i professionisti del contrasto al maltrattamento e abuso sui bambini, riguarda gli esiti di una diagnosi di maltrattamento. Che cosa succede dopo che a un bambino o a una bambina sono stati diagnosticati danni da maltrattamento agito all'interno della famiglia? Esistono percorsi stabiliti e facilmente accessibili? Quanto durano le prese in carico e che cosa occorre perché la presa in carico scatti effettivamente? Chi verifica che le prese in carico siano o meno andate a buon fine?

Purtroppo non è semplice dare risposte univoche a queste domande. Ma si è cercato almeno di identificare alcuni passi essenziali tra quelli che vanno compiuti una volta che il sospetto di maltrattamento si è trasformato in diagnosi.

LE FASI DI INTERVENTO

Sabrina Farci, psicologa e psicoterapeuta della Cooperativa Paradigma di Torino spiega che **esistono linee guida a cui fanno riferimento i centri Italiani sia pubblici sia privati aderenti al CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) e che offrono riferimenti uniformi per la presa in carico e la terapia dei casi di maltrattamento**⁷².

Ci possono poi essere a livello regionale protocolli sulla presa in carico operativa per cercare di coordinare il lavoro delle varie istituzioni che entrano in campo: scuola, servizi sociali, istituzioni giudiziarie. In Piemonte, come in altre regioni, esistono, all'interno dei servizi, équipe specialistiche sul maltrattamento e l'abuso ai minori. C'è un'accurata letteratura e un'ampia casistica sugli esiti post traumatici del maltrattamento⁷³.

I NODI DELLA PRESA IN CARICO TERAPEUTICA

La terapia delle vittime di abuso e maltrattamento, dice ancora Farci, è il segmento della presa in carico purtroppo più carente sul piano operativo. Infatti se il livello di intervento per la segnalazione, protezione e valutazione delle vittime può essere ritenuto sufficientemente adeguato, non è così per la presa in carico terapeutica. Purtroppo i servizi territoriali riescono a farsi carico della prima parte di intervento di valutazione e protezione della vittima, in alcuni casi della valutazione della recuperabilità genitoriale; molto meno, se non quasi mai, riescono a far fronte alla presa in carico terapeutica. In alcuni casi la cura è delegata a centri convenzionati (del privato sociale) oppure a professionisti privati, soltanto una piccola parte riesce a essere presa in carico dal servizio pubblico. **Questo significa che molte delle vittime non hanno una terapia psicologica.** È ampiamente documentato⁷⁴, tuttavia, che l'unico strumento per contenere gli esiti post traumatici dell'abuso e del maltrattamento è proprio la terapia dei soggetti traumatizzati. Se questo non avviene il rischio della trasmissione intergenerazionale dell'abuso è considerevole. Anche il follow-up è previsto, ma non in modo strutturato, per i soggetti che hanno avuto una presa in carico terapeutica, non per gli altri. Di solito si tratta di una rivalutazione clinica del soggetto attraverso una batteria di test psicologici. Quello che si cerca di fare con il centro di Paradigma, conclude Farci, è una **valutazione all'ingresso dei bambini in comunità e una valutazione in uscita dalla comunità** (al termine del percorso educativo e terapeutico). I servizi pubblici, solitamente, fanno una rivalutazione nel passaggio di scuola (da elementari a medie per esempio), ma questo vale praticamente solo per i bambini che hanno una certificazione secondo la legge 104 del 1992 per il sostegno scolastico.

Per quanto attiene i disturbi più frequenti che si riscontrano nei bambini e nelle bambine vittime di maltrattamento, Farci indica che il quadro clinico che spesso manifestano i bambini vittime di maltrattamento e abuso è il **disturbo post traumatico da stress** (semplice o complesso), che presenta sintomi di riattivazione traumatica quali: aggressività, disturbi del sonno, disturbi dell'attenzione e della concentrazione, flashback traumatici, sessualizzazione traumatica, sintomi dissociativi, problematiche alimentari e altri. Le patologie che questi soggetti possono sviluppare da adulti, in particolare laddove non sia stata effettuata una terapia psicologica, possono essere problemi nella sfera della sessualità, disturbi alimentari e del sonno, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, tentativi anticonservativi, disturbi di personalità.



3.4 SE I SERVIZI NON PARLANO TRA LORO

Un ultimo nodo che emerge dalle conversazioni, è quello della comunicazione e del coordinamento tra i diversi servizi. Questo elemento si delinea con particolare chiarezza sia nel lavoro dei pediatri sia nel lavoro psicologico e psichiatrico di chi si occupa, per esempio, di depressione perinatale. La depressione perinatale, che si distingue dal *maternity blues* per la sua persistenza nel tempo e per l'importanza dei suoi sintomi, colpisce le neo mamme in una percentuale che varia tra il 5 e il 15%⁷⁵. Tra gli elementi che contribuiscono ad accrescere il rischio di maltrattamento alcuni possono essere rintracciati precocemente favorendo il coordinamento tra i servizi che si occupano per esempio di dipendenze, di patologie neurologiche, di sostegno socio-economico, di contrasto della violenza domestica.

Romper il circolo vizioso dell'isolamento #storiadaiservizi

Sara è una bimba di tre anni e nel parlare con la maestra della scuola materna racconta del pomeriggio in cui ha trovato la mamma svenuta in bagno. Daniela infatti, fortemente dipendente dall'alcool, era entrata in coma etilico e aveva perso coscienza mentre era a casa con la bambina. Quando Sara ha cominciato a gridare, sono arrivati i vicini di casa che hanno prestato i primi soccorsi e chiamato l'ambulanza. Dopo la degenza, Daniela è stata presa in carico dai servizi sociali su indicazione e con il sostegno dalla dirigente scolastica della scuola di Sara: il percorso è stato lungo e non facile. La donna infatti ha più volte interrotto la frequenza del nucleo operativo alcolisti, trovandosi così costretta a cominciare ogni volta la terapia dall'inizio. Il marito di Daniela, una persona disponibile, ma molto povera di strumenti economici e culturali, lavora fuori città e non riesce a supportare la moglie come pure vorrebbe. Un giorno Daniela si è resa conto che la piccola Sara iniziava a manifestare insofferenza e disagio attraverso comportamenti molto aggressivi, sia nei confronti dei coetanei, sia nei confronti della mamma. E che proprio a causa di questo atteggiamento la bambina, dopo essere stata completamente isolata dai compagni dell'asilo, era stata segnalata dalla scuola ai servizi di neuropsichiatria territoriali. Daniela ha cercato quindi aiuto presso lo Spazio Mamme e ha ripreso in modo più continuativo e fruttuoso il percorso di fuoriuscita dalla dipendenza, lasciandosi guidare dagli assistenti sociali e attivandosi nella ricerca di supporto psicologico per lei e Sara.

In caso di famiglie con condizioni di rischio per maltrattamento già in carico ai servizi, dice Carla Berardi, sarebbe utilissimo che questi informassero il pediatra che segue i bambini e i ragazzi di queste famiglie. Il pediatra deve essere informato di ogni condizione di rischio dei suoi pazienti. **Se si ha in cura un bambino i cui genitori sono tossicodipendenti, il Servizio Sociale o il SerT devono informare il pediatra**, come pure se c'è una situazione di povertà, di isolamento sociale, di violenza familiare, in modo che sappia come comportarsi con quella famiglia e come muoversi per lavorare sui fattori di rischio. L'esperienza di coordinamento tra un piccolo gruppo di pediatri/servizi sociali che si sta facendo a Perugia – e che probabilmente esiste in altre realtà italiane – sarebbe da realizzare, oltre che con gli assistenti sociali, anche con il SerT-Servizi per le Tossicodipendenze e con le forze dell'ordine (se intervengono in casi di violenza familiare, se ci sono bambini avvisino il pediatra così che possa valutare se i minorenni sono vittime a loro volta di maltrattamento e/o di violenza assistita).

La letteratura scientifica, sostiene Paola Di Blasio, psicologa dell'Università Cattolica di Milano, ha dimostrato una **correlazione tra psicopatologia della madre e del padre (tra cui depressione materna) e rischio di violenza**. Tutta la letteratura parla però di fattori di rischio che possono concorrere e non di fattori causali. Una revisione della letteratura pubblicata nel 2015 su questo tema⁷⁶ illustra bene l'inter-gioco tra fattori di rischio e di protezione nella processuale maltrattante, evidenziando come siano necessarie diverse condizioni di rischio e l'assenza di fattori protettivi per poter predire l'insorgenza di un eventuale maltrattamento.

Mamme che non parlano del loro dolore #storiadaiservizi

Marco è nato agli inizi di dicembre: pochi giorni dopo le dimissioni, è stato ricoverato d'urgenza perché aveva avuto convulsioni notturne di cui non erano chiare le cause. Attraverso il colloquio con i medici dell'ospedale e le operatrici di Fiocchi in Ospedale, la mamma, Giovanna, ha ricostruito gli avvenimenti che hanno portato poi alla crisi del neonato: il latte artificiale era stato preparato in maniera scorretta, con pochissima acqua rispetto alle dosi previste, causando crisi fortunatamente rientrate grazie all'intervento dei sanitari. Giovanna, incontrando le psicologhe, è stata poi in grado di raccontare che, nonostante momenti di sconforto e agitazione, pianti notturni e momenti di stanchezza, non era riuscita a chiedere aiuto né al marito, né a professionisti esterni. Gli stati di malessere erano già iniziati dalla gravidanza e il marito, spesso fuori casa per lavoro, non si era accorto di quanto la donna si trovasse in difficoltà e

aveva semmai addebitato i momenti di stanchezza al fatto che Marco arrivasse a pochi anni di distanza dal primogenito. Sia Giovanna che il marito sono stati poi supportati nel trovare momenti di ascolto e di confronto che li aiutassero a superare i sensi di colpa causati dal grave pericolo che avevano fatto correre al bambino e dal non essersi resi conto in tempo di una situazione che necessitava di sostegno: Marco è stato dimesso dalla terapia intensiva neonatale dopo due settimane di degenza, nascendo una seconda volta, insieme con i suoi genitori.

Secondo Santo Rullo, psichiatra romano, **è dimostrato in letteratura – ma ancor più nella prassi clinica – che molti casi di infanticidio sono connessi alla depressione post-partum**, così come esistono conseguenze in età adolescenziale della depressione post-partum della mamma, soprattutto in termini di disregolazione emotiva e di sviluppo di competenze relazionali ed empatiche. Le strade da percorrere sono essenzialmente un ampliamento e un miglioramento delle attività di accompagnamento alla nascita con attività mirate oltre che a informare e sensibilizzare anche a riconoscere eventuali segni di depressione perinatale; sensibilizzazione e formazione dei padri sulle modalità migliori per supportare le proprie compagne; aumento dell'informazione e della sensibilizzazione sulla possibilità di parto in anonimato nel caso di gravi problematiche neurologiche che possono essere aggravate dall'interazione con un neonato; sensibilizzazione dei servizi di salute mentale e maggiore coordinamento tra i servizi di salute mentale e i servizi sociali e i servizi per la salute riproduttiva.

Il progetto Slalom

Un esperimento di sostegno coordinato a mamme vittime di depressione perinatale

Il progetto⁷⁷, realizzato a Milano, ha intercettato **circa 30 nuclei familiari a rischio** segnalati dai servizi sociali con madri affette da depressione post-partum, nuclei che sono poi stati seguiti nel progetto nell'arco di due anni (2011-2013). Sono state attuate azioni coordinate (approccio multidimensionale) su diverse aree di bisogno, rivolte sia al/ai minori e ai singoli genitori sia al nucleo familiare allargato. I risultati dell'intervento – anche in considerazione della casistica particolarmente grave a causa di problemi mentali, tossicodipendenza, esperienze traumatiche presenti spesso in entrambi i genitori – sono stati positivi e molto incoraggianti, poiché hanno evidenziato non solo un miglioramento nello stato di salute psichica di uno o entrambi i genitori ma anche la riduzione o la scomparsa di ansia, stress, insicurezza e frustrazione nella relazione col bambino.

Il Progetto Slalom ha previsto una serie di azioni, secondo un approccio multidisciplinare, al fine di:

1. prevenire i rischi di evoluzione del *baby blues* verso la depressione post-partum e il rischio di maltrattamenti nei confronti dei neonati alla luce della letteratura scientifica secondo cui circa il 70% di donne sperimenta⁷⁸, nei primi giorni dopo il parto, sintomi di *baby blues* (che provocano tristezza, pianto, irritabilità, ansia, aumento della sensibilità, affaticamento, disturbi del sonno, dell'appetito e cambiamenti nell'umore) e secondo cui le donne con tali sintomi sono a rischio di sviluppare una depressione⁷⁹ con conseguente rischio di trascurare o maltrattare i propri bambini;
2. sostenere l'instaurarsi di una buona relazione di attaccamento tra madre e figlio, evitando che i genitori (padre o madre) – a causa delle loro fragilità – vengano “sostituiti” da altre figure della rete familiare estesa; favorire inoltre la ricostituzione e il riequilibrio delle reti di supporto informali e amicali;
3. favorire la condivisione dell'esperienza della nascita e della genitorialità con altri genitori, l'acquisizione delle competenze educative e il rinforzo della stima di sé.

Sono stati realizzati percorsi di supporto ai genitori, attraverso diversi interventi, riassumibili in attività di supporto a domicilio (*home visiting*) nei mesi prima e dopo la nascita del bambino “intrecciata” e connessa con:

- un ciclo di consultazione psicologica rivolto al genitore, alla coppia e/o alla famiglia allargata, allo scopo di valutare i fattori critici e sostenere i processi riequilibranti, offrendo un trattamento terapeutico specifico volto al superamento delle riattivazioni traumatiche, laddove necessario;
- una consulenza sociale, al fine di sostenere la riacquisizione di autostima e capacità di agire in un nuovo equilibrio esistenziale che comprende il figlio (inserimento al nido del bambino, il ritorno al lavoro della madre, individuazione e attivazione di reti di supporto *ad hoc*);
- la realizzazione di uno spazio di incontro in cui si svolgono diverse attività rivolte ai genitori/neogenitori, madri o padri con bambini, altri *caregiver* (zii/zie, nonni/e, affidatari eccetera), incontri di gruppo per genitori (scuola genitori – *self help*) gruppi di parola. Queste attività sono rivolte sia ai genitori in situazione di rischio sostenuti dalle azioni di cui sopra sia ai genitori/neogenitori per i quali non viene identificata una specifica fragilità.

Paola Di Blasio

Note

- ⁶⁵. Esistono alcuni documenti per problemi specifici, per specifiche sotto-forme, come per esempio la semeiotica fisica dell'abuso sessuale nei bambini prepubere: Maria Rosa Giolito, Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia, *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi: Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- ⁶⁶. Benger JR, Pearce V, *Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments*, BMJ 2002;324:780; Clark KD, Tepper D, Jenny C, *Effect of a screening profile on the diagnosis of nonaccidental burns in children*, Pediatrics Emerg Care 1997; 13: 259–61; Rowe DS, Leonard MF, Seashore MR, et al., *A hospital program for the detection and registration of abused and neglected children*, N Engl J Med; 1970; 282: 950-52; Bar-on ME, Zanga JR, *Child abuse: a model for the use of structured clinical forms*, Pediatrics 1996; 98: 429–33; Limbos MA, Berkowitz CD. *Documentation of child physical abuse: how far have we come?* Pediatrics 1998; 102: 53–8; Louwers ECFM Affourtit MJ, Moll HA et al., *Screening for child abuse at emergency departmen: a systematic review*, Arch Dis Child 2010; 95:2014-218.
- ⁶⁷. Schmitt BD, *Seven deadly sins of childhood: advising parents about difficult developmental phases*, Child Abuse Negl 1987; 11 (3):21-432.
- ⁶⁸. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP, *Infant crying and abuse*, Lancet, 2004; 364(9442): 1340–1342; Talvik I, Alexander RC, Talvik T, *Shaken baby syndrome and a baby's cry*, Acta Paediatr. 2008; 97(6): 782–785.
- ⁶⁹. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML, *Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital based, parent education program*, Pediatrics, 2005; 115(4).
- ⁷⁰. Mikton C, Butchart A, *Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial*, Ronald G. Barr, Frederick P. Rivara, Marilyn Barr, Peter Cummings, James Taylor, Liliana J. Lengua and Emily Meredith-Benitz Pediatrics 2009; 123; 972-980.
- ⁷¹. Come già suggerito nel dossier di Terre des Hommes, *Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia*, 2016.
- ⁷². <http://cismai.it/category/documenti/linee-guida-cismai/>



- ⁷³. Caretti V, Capraro G. (a cura di), *Trauma e Psicopatologia*, Astrolabio Ed. 2008; Herman Judith Lewis, *Guarire dal Trauma*, Ed. Magi 2005; Liotti G, Farina B, *Sviluppi Traumatici, Eziopatogenesi, Clinica e Terapia Della Dimensione Dissociativa*, Raffaello Cortina Editore, 2011; Malacrea M. *Trauma e riparazione*. Cortina, Milano 1998; Lanius R, Vermetten E, Pain C. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Fioriti Editori, 2012.
- ⁷⁴. Cancrini L, *La cura delle infanzie infelici*, Raffaello Cortina, Milano, 2012; Cirillo S, Di Blasio P, *Come interrompere il ciclo ripetitivo dell'abuso attraverso la terapia della famiglia*, C.B.M. Argomenti 2, Novembre 1991; De Zulueta Felicity, *Dal dolore alla violenza*, Cortina, Milano, 1999; Malacrea M (1994) *L'effetto terapeutico della "validation" nel caso di abuso sessuale ai bambini*, In: Roccia C, Foti C, *L'Abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione, trattamento*, Edizioni Unicopoli 1994: 159-178; Malacrea M, *La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'esperienza clinica*, Connessioni, VIII (14), 81-100, 2004; Malacrea M, *Trauma e riparazione*, Cortina, Milano 1998; De Zulueta Felicity, *Dal dolore alla violenza*, Cortina, Milano, 1999.
- ⁷⁵. Romito P, Turan JM, Lucchetta C, Pomicino L & Scrimin F, *Violenza contro le donne e depressione dopo il parto*, Università di Trieste; University of California, San Francisco (USA); IRCCS, Ospedale Burlo Garofolo, Trieste: *Violenza contro le donne e depressione dopo il parto*, 2014.
- ⁷⁶. Procaccia R, *Psicopatologia e genitorialità*, Unicopli, "Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali", 2015.
- ⁷⁷. Un progetto realizzato dal Centro per il bambino maltrattato-CBM (Progetto Slalom) con finanziamento della Fondazione Cariplo e svolto in collaborazione con la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Mangiagalli), l'Azienda Ospedaliera San Paolo, Polo Universitario (Dipartimento Salute Mentale) e l'ASL di Milano.
- ⁷⁸. O'Hara MW & McCabe JE, *Post-partum depression: current status and future directions*, Annual Review of Clinical Psychology 2013; 9: 379-407.
- ⁷⁹. Bruga TS, Morrell CJ, Slade P & Walters SJ, *Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care*, Psychological Medicine 2011; 41: 739-748. In: Di Blasio et al., *The effects of expressive writing on post-partum depression and posttraumatic stress symptoms*, Psychological Reports 2015; 117, 3, 1-27.



Foto: Sandy Maroun per Save the Children

CAPITOLO 4

4. SCHEDE DI LAVORO DA TORINO, MILANO, SPOLETO, FOLIGNO, ORVIETO E BARI

Un tentativo interessante è stato quello di identificare alcuni esperimenti di lavoro – progetti o servizi – che sembrerebbero funzionanti, accessibili sul piano operativo, sostenibili sul piano economico e organizzativo e abbastanza stabili nel tempo. Le persone che ce li hanno raccontati, e che ringraziamo per la disponibilità, sono professionisti della sanità ma con una grande capacità di guardare oltre l'aspetto clinico per identificare linee strategiche di più vasta portata.



4.1 UN AMBULATORIO PER LORO

Elena Coppo, pediatra, Ambulatorio BAMBI - Torino

Il servizio BAMBI è nato nel 2002 per iniziativa di Fulvia Negro, pediatra del pronto soccorso dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, per soddisfare la necessità di prestare assistenza mirata a bambini e bambine che giungevano in pronto soccorso (PS) perché vittime di maltrattamento e abuso. Questi bambini necessitano, infatti, di spazi dedicati diversi dal PS e di tempi più lunghi, che spesso non sono quantificabili a priori. A volte è necessario molto tempo per ottenere la fiducia di un bambino che è stato violato o maltrattato e quindi il suo consenso a essere visitato. È molto importante che il bambino acconsenta alla visita e non si proceda ad alcuna manovra forzandolo e quindi sottoponendolo a ulteriore violenza.

Attualmente lavorano nell'ambulatorio BAMBI due pediatri del pronto soccorso e un medico legale, una psicologa dedicata. L'ambulatorio si avvale della collaborazione del servizio di psicologia ospedaliero, degli infermieri pediatrici, del servizio di Assistenza Sociale e della Direzione Sanitaria; in caso di necessità l'ambulatorio usufruisce del servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ospedale. Il servizio è operativo 24h/24h. Durante il giorno dispone di un medico di guardia attivo, quindi si avvale degli infermieri dedicati che sono disponibili anche in reperibilità 24h/24h e dell'équipe dei medici di PS che sono comunque stati formati a gestire queste situazioni di emergenza.

In fase di triage al PS l'infermiere è stato formato a riconoscere e segnalare al medico di guardia quelli che in letteratura specifica si chiamano “red flags”, bandiere rosse, cioè i segni di allarme che devono porre in allerta su un ipotetico problema di maltrattamento (per esempio ritardo al ricorso alle cure, incongruenza del racconto, incongruenza tra le lesioni e il racconto o incongruenza tra l'età del bambino e le lesioni riportate). Non vi è purtroppo una rete informatica con gli altri ospedali, per cui l'unico modo per sapere se i bambini siano già stati visitati in altri ospedali è contattare direttamente i colleghi, cosa che viene fatta nei casi in cui non è chiaro il quadro sanitario, o se il bambino sia stato visitato molte volte in PS per traumi ripetuti. Se il bambino vittima di violenza ha bisogno di cure sanitarie, queste vengono proseguite in ospedale; se è necessario fare una segnalazione all'Autorità Giudiziaria, l'ambulatorio Bambi se ne occupa direttamente. Vi sono inoltre accordi con il territorio per cui i bambini, una volta dimessi dall'ospedale, sono presi in carico

dai servizi territoriali. La stessa cosa accade quando i bambini vengono inviati in famiglie affidatarie. I pediatri di famiglia contattano l'ambulatorio anche per dirimere un dubbio, per condividere un pensiero. Sono inoltre in atto progetti di formazione specifica per i pediatri di famiglia sul maltrattamento e l'abuso. Nell'ambito della formazione, per anni sono stati realizzati e vengono svolti tuttora corsi di formazione per personale sanitario.

Dall'inizio delle attività nel 2002 il personale di BAMBI ha visitato circa 1.900 bambini, e quest'anno sono stati valutati 148 bambini. Si tratta di un numero considerevole se si pensa che la maggior parte di loro è stata segnalata all'Autorità Giudiziaria.

I bambini che giungono in osservazione sono inviati dal PS, da altri ospedali, dai medici di famiglia, dalle forze di polizia o direttamente dall'Autorità Giudiziaria. Sotto molti punti di vista l'ambulatorio è considerato un punto di riferimento regionale per i casi di violenza, anche se non va dimenticato l'enorme contributo che hanno altri centri territoriali, come per esempio Cappuccetto Rosso.

Fra i casi arrivati al BAMBI, la percentuale dei più piccoli, fra 0-1 anno, è del 7%. Se si considera la fascia di età 1-5 anni la percentuale è del 39%.

Le tipologie di maltrattamento più comuni nei bambini piccoli vedono al primo posto quello di tipo fisico: si tratta di fratture, lividi, morsicature e varie forme di trauma cranico non accidentale compresa la *Shaken Baby Syndrome*. Vi sono inoltre le forme di grave incuria e nell'ultimo periodo anche casi di lattanti con intossicazione da droghe. Penso che il numero maggiore di casi non rifletta un reale aumento di incidenza del fenomeno, ma sia dovuto alla maggiore attenzione che si pone al problema e alla maggiore sensibilità degli operatori.

4.2 IL MALTRATTAMENTO DEI PIÙ PICCOLI AL CENTRO DELL'AZIONE DELLA RETE INTERAZIENDALE MILANESE

Gian Vincenzo Zuccotti, pediatra, Ospedale dei Bambini, V. Buzzi - Milano

A Milano è stata avviata l'esperienza della RIMMI, la Rete Interaziendale Milano Materno Infantile, che ha diverse funzioni. Una è quella di evitare le ridondanze, cioè non far ripetere accertamenti, visite, esami già eseguiti. Un'altra funzione è far emergere le eccellenze e quelle che sono le criticità presenti nella città e nella Regione. Sicuramente fra le criticità c'è quella del maltrattamento, nel senso che non c'è ancora un vero e proprio servizio che si faccia carico della prevenzione e della gestione del maltrattamento infantile, di ordine psicologico, fisico e quant'altro. Si sta lavorando su questo aspetto con il progetto di un centro che si dovrà occupare appunto del maltrattamento infantile, per provare a dare una risposta ed entrare in rete. Questo centro è rappresentato dall'Ospedale dei Bambini, V. Buzzi, che si vuole mettere a disposizione di tutta la rete cominciando da Milano, per poi ampliare il servizio a tutta la Regione Lombardia. Il progetto dovrebbe essere a regime entro la fine 2017. È prevista una fase di formazione, che partirà dal pronto soccorso e dalle pediatrie, anche con qualche pediatria di famiglia, sui segni, su come dare rilievo a queste situazioni e su come gestirle. Quindi attualmente non c'è ancora nulla, ma è una delle criticità che sono state rilevate ed è una delle prime cose che si sta cercando di far partire all'interno della RIMMI. I casi di maltrattamento sono intercettati solo se molto evidenti; ma c'è una vastissima area di sommerso che è molto più difficile da intercettare, quindi è importante un percorso che si occupi di capire i diversi casi e come occorre muoversi, perché vengano posti in atto i passi adeguati.

4.3 OSPEDALI IN RETE. LE COSE SEMPLICI POSSONO ESSERE LE MIGLIORI

Sara Ceccarelli, pediatra, Ospedale di Terni

La rete del pronto soccorso di alcuni ospedali in Umbria è ancora una struttura *in fieri* partita ufficialmente nel 2013-14 all'interno dell'ospedale di Spoleto, dove è stata riorganizzata un'equipe multidisciplinare già presente da anni, che però nell'ultimo periodo, dato il turnover del personale, aveva visto una riduzione della sua attività almeno a livello ospedaliero. Dell'equipe fanno parte un pediatra, un assistente sociale, una psicologa, un pediatra di territorio e di volta in volta i vari specialisti di riferimento da attivare nei singoli casi. L'equipe di contrasto al maltrattamento e abuso all'infanzia, questo il suo nome, cerca di collaborare con la rete sociale territoriale – assistenti sociali dei vari Comuni e servizi sanitari, pediatri di libera scelta, scuole, eccetera – così da poter effettuare una gestione a 360 gradi del soggetto vittima di abuso a partire dalla sua intercettazione/diagnosi, fino alla sua presa in carico con la creazione di un piano assistenziale *ad hoc* e la possibilità di avere poi un feedback delle varie situazioni trattate.



Essendo il territorio dell'USL Umbria2 molto vasto (di essa fanno parte gli ospedali di Foligno, Spoleto e Orvieto, logisticamente distanti tra loro) si è pensato che il progetto potesse diventare più ambizioso, mettendo in "Rete" tutto il territorio di riferimento. Sono stati istituiti corsi di formazione annuali nei quali sono stati cooptati sia pediatri di libera scelta, sia assistenti sociali, sia specialisti ospedalieri medici, infermieri, ostetriche delle varie branche specialistiche (pronto soccorso, pediatria, radiologia, ginecologia, eccetera), così da creare nelle varie sedi nuovi punti di riferimento, esportando il modello spoletino, anche se la prima équipe sarebbe rimasta poi l'elemento trainante e il riferimento per tutti. Questo esperimento ha portato alla produzione di un documento aziendale che vuole regolamentare tale *modus operandi* così da chiarire bene le modalità di attivazione dell'équipe, della diagnosi, dell'eventuale segnalazione, della presa in carico, della creazione di un sistema di protezione per il minore con vari livelli di controllo dell'operato.

Attualmente quindi gli ospedali in rete sono tre, ma si sta verificando la possibilità di un ampliamento a un quarto ospedale. Il passo avanti che si è potuto fare è chiedere una piccola modifica sul programma utilizzato per il pronto soccorso che evidenzia accessi multipli in modo tale che questo risulti facilmente evidente all'operatore per favorire l'intercettazione dei casi, che come è noto tendono a peregrinare tra i vari ospedali. Rimangono scoperti però tutti gli altri pronto soccorso della Regione.

Altro obiettivo fondamentale è andare avanti con la formazione; in medicina non esiste diagnosi se non si conosce e il maltrattamento e l'abuso all'infanzia non esulano da questa regola. Laddove la formazione è stata fatta, è stato più alto il numero delle diagnosi effettuate o almeno dei casi di sospetto venuti a galla. La formazione deve coinvolgere tutto il personale che ha la possibilità di entrare in contatto con il paziente pediatrico, così da aumentare le possibilità di diagnosi. Tutto questo lavoro ha portato a un incremento dei casi diagnosticati e presi in carico. Fino a oggi i casi intercettati nella fascia di età 0-3 anni sono stati circa 15, per lo più trascuratezza, abuso psicologico, 3 casi di sospetto abuso sessuale al vaglio della magistratura.

La forza dell'équipe è la multidisciplinarietà. Il progetto prevede per l'équipe di riferimento una reperibilità di 12 ore dal lunedì al venerdì, in cui può essere contattata per eventuali dubbi o segnalazioni dal pediatra territoriale, o dalla scuola, o dai servizi che si prendono carico dei bambini.

4.4 FARE EMERGERE IL SOMMERSO. L'ESPERIENZA DI GIADA IN PUGLIA

Maria Grazia Foschino Barbaro, psicologa-psicoterapeuta responsabile del Servizio di Psicologia, GIADA, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" - Bari

Nella Regione Puglia da anni è attiva una rete di contrasto alla violenza all'infanzia organizzata in due distinte componenti, una interna all'Azienda Ospedaliera Policlinico "Giovanni XXIII" di Bari e l'altra esterna che copre il territorio regionale. La rete intraospedaliera, in particolare, è tesa alla rilevazione delle condizioni di sommerso del maltrattamento e si avvale del lavoro di vari soggetti e, in particolare:

- 1) del **gruppo funzionale** interdisciplinare composto da diversi medici specialisti (dirigente psicologo come responsabile scientifico, medico di direzione sanitaria, pediatra, ortopedico, radiologo, medico di pronto soccorso, ginecologo, neonatologo, chirurgo, medico legale) che si occupa di effettuare revisioni sui percorsi diagnostico-terapeutici nonché della definizione dei percorsi formativi e degli indirizzi strategici;
- 2) dell'**équipe dedicata** (composta da quattro psicologi, due assistenti sociali e un informatico) attiva all'interno del servizio di psicologia dell'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari dal 2009 grazie a finanziamenti regionali, che svolge, oltre all'attività di diagnosi e trattamento delle forme di violenza all'infanzia, anche funzione di collegamento tra i vari specialisti attivati e la rete dei referenti aziendali;
- 3) della **rete interdisciplinare di referenti** costituita da un medico e un infermiere di tutte le Unità Operative del "Giovanni XXIII" e da alcune Unità Operative del Policlinico (Neonatologia e Terapia Intensiva, Ginecologia e Ostetricia, Medicina Legale e Pronto Soccorso); da diversi anni i referenti delle varie UU.OO. vengono inseriti in percorsi formativi aziendali tesi a potenziare le abilità dei vari referenti nell'individuazione dei casi sommersi di violenza all'infanzia.

La sua funzione principale è quella di rilevare il sommerso, anche attraverso l'identificazione precoce dei fattori di rischio della genitorialità e l'avvio tempestivo di interventi di supporto; in aggiunta a questo lavoro, in una percentuale inferiore di casi, il gruppo è chiamato a intervenire su bambini o adolescenti che giungono in ospedale a seguito di violenze subite; in questi casi, sin dall'accesso al pronto soccorso, viene attivato un codice di accesso preferenziale alle prestazioni erogate.



Foto: Louise Dyring Mbae per Save the Children Denmark

Nell'ambito del servizio di psicologia sono stati messi a punto diversi protocolli, alcuni dei quali indipendenti alla violenza, che consentono di rilevare alcuni indicatori di disagio dei bambini; per esempio, è stato definito un protocollo diagnostico-terapeutico per i piccoli pazienti che presentano ritardo dell'accrescimento, disturbi della minzione, dolori di varia natura e sintomi psicosomatici che prevede, oltre agli accertamenti di natura medica, una consulenza psicologica poiché tali quadri clinici potrebbero essere associati a condizioni di violenza e/o inadeguatezza genitoriale. Sono stati predisposti anche protocolli per le malattie croniche in quanto alcune patologie di questo tipo rappresentano condizioni che affaticano la genitorialità e che possono determinare condizioni di violenza all'infanzia.

Nei casi di particolare trascuratezza, oltre all'avvio di procedure osservative tese a valutare la relazione genitore-bambino, si prende contatto con il pediatra di famiglia, per verificare se il piccolo sia stato regolarmente sottoposto ai bilanci di salute e per avere il suo punto di vista, oppure si contattano i servizi sociali del territorio, per verificare se vi sia già una presa in carico.

Nei casi in cui in ospedale venga ricoverato un bambino adottato o collocato in comunità, che in quanto tale è stato esposto a esperienze infantili sfavorevoli, si provvede all'attivazione di un particolare protocollo intraospedaliero che prevede la valutazione della qualità della vita del piccolo e l'eventuale avvio di un supporto in favore dei genitori teso a potenziare le loro capacità di affrontare in maniera adeguata le esperienze traumatiche vissute dal bambino.

Tra le azioni messe in atto, ci sono le segnalazioni ai servizi territoriali, nei casi di fragilità familiare, mentre nei casi di particolare gravità e rischio vengono rivolte alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e/o Procura Ordinaria così che possano essere avviate tutte le azioni di tutela.

La definizione e attuazione di questi protocolli intraospedalieri ha permesso di affinare e potenziare le capacità di rilevazione del sommerso passando dal 4% dei casi riferibili a condizione di violenza sull'intera popolazione dei casi osservati, al 26% dei casi dopo l'istituzione dell'équipe dedicata e l'avvio di una metodologia di lavoro che prevede un sistematico raccordo con i referenti delle varie UU.OO. dell'Azienda; se si considera che l'80% dei dati deriva da rilevazioni effettuate nel contesto ospedaliero e il restante 20% da bambini che vengono osservati in regime ambulatoriale, si comprende la forza della rete intraospedaliera costruita negli anni.

Nel 2009 è stata costituita una rete sanitaria extraospedaliera su tutto il territorio regionale. È stata creata una rete con gli ospedali di tutta la Regione dotati di pediatrie, attorno alle quali sono state inserite tutte le specialità rilevanti: Direzione Medica di Presidio, ginecologia, chirurgia, ortopedia, radiologia, pronto soccorso, medicina legale, psicologia e servizi sociali ospedalieri. Pertanto, in ogni ospedale dove è presente la pediatria, a cui è stata affidata la funzione di coordinamento, sono state costituite le Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere GIADA (UFIO) composte da un medico e un infermiere referenti già in servizio, opportunamente formati, che svolgono funzione di osservatori. Nei territori dove sono presenti ospedali con le pediatrie, inoltre, sono state costituite le Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali (UFIT) con pediatri di famiglia, psicologi e assistenti sociali dei consultori familiari e neuropsichiatri infantili.

In favore delle reti UFIO e UFIT sono stati realizzati, per i primi anni, percorsi formativi sulla violenza all'infanzia coinvolgendo le varie ASL, nonché percorsi formativi specialistici interdisciplinari che hanno favorito la costituzione delle reti informali, prezioso strumento di lavoro in un ambito così delicato quale quello della violenza all'infanzia. Negli anni sono state, inoltre, realizzate formazioni specialistiche rivolte ad alcune discipline sanitarie quali, per esempio, quella sull'abuso sessuale rivolta ai ginecologi e quella sul maltrattamento fisico e sulla *Shaken Baby Syndrome* per i radiologi.

Con D.G.R. n. 1878 del 30.11.2016, la Regione Puglia ha approvato le "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età", patrocinate dal Cismai, con l'obiettivo di rendere omogeneo, sul territorio regionale, il percorso di presa in carico di bambine e bambini, di adolescenti vittime di violenza attraverso l'implementazione degli assetti organizzativi che favoriscono ed agevolano il confronto e l'integrazione tra professionisti e servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, cura. Il Documento rappresenta il frutto di un lavoro di approfondimento scientifico ed operativo che ha visto la collaborazione concreta e fattiva, oltre che degli Uffici regionali, della Garante regionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e del Gruppo GIADA.

Le Linee guida hanno previsto una riorganizzazione, su scala regionale, dei servizi che si occupano di violenza all'infanzia; nello specifico ha predisposto tre livelli di intervento, di seguito riportati:

- **I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI**, presenti in ogni Ambito Territoriale/ Distretto sociosanitario e costituite da 1 assistente sociale di ambito territoriale, 1 psicologo del Consultorio familiare del Distretto e 1 educatore. L'équipe potrà avvalersi, in base alla specificità di ogni caso, delle competenze di altri professionisti dei servizi (NPI, Ser.D., UEPE, CSM, USSM, eccetera) e/o ospedalieri e della collaborazione degli insegnanti di riferimento del minore. Tale équipe svolge un primo livello di presa in carico nonché interventi di prevenzione e contrasto della violenza e, nei casi più complessi, attiva il Centro Specialistico di riferimento per la cura del trauma, per gli approfondimenti diagnostici della situazione traumatica, la supervisione, l'elaborazione e la realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico.
- **II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE**, presente in ogni ASL della Regione, composte da psicologi-psicoterapeuti con riconosciuta esperienza pluriennale e formazione specifica in materia di maltrattamento/violenza, prevedendo in ogni caso la presenza di almeno uno psicologo dell'età evolutiva. Tale équipe svolge funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle équipe territoriali di riferimento già costituite con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, di costruzione del progetto di intervento e della realizzazione degli interventi psicoterapeutici. L'équipe potrà avvalersi di altre competenze, quali quelle del medico pediatra, del neuropsichiatra infantile, del ginecologo.
- **III LIVELLO - STRUTTURE E CENTRI ALTAMENTE SPECIALIZZATI PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA**, individuato nell'équipe GIADA (della quale sono già stati sopra descritte composizione e funzioni) attiva presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Giovanni XXIII" di Bari. GIADA oltre a essere componente del Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni garantisce la presa in carico delle situazioni che presentano particolare complessità.





Foto: Clare Hewitt per Save the Children

CAPITOLO 5

5. SCIOGLIERE QUALCHE NODO. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

In Italia non mancano iniziative e solide basi di appoggio di tipo legislativo per prevenire e contrastare il maltrattamento di bambine e bambini. Mentre quello che sembra **più carente è la macchina attuativa, il coordinamento delle risorse e dei servizi, l'armonizzazione delle politiche sanitarie con quelle sociali.**

La mole di opacità del fenomeno del maltrattamento infantile è tale che sembrerebbe quasi una conseguenza involontaria della consapevolezza che, una volta identificato un caso sospetto, non si sappia bene come andare avanti, o non si abbia la certezza del percorso. Il nostro Paese sarebbe in grado di gestire questo tipo di fenomeno e come dovrebbe attrezzarsi per farlo?

Sulla base di questa considerazione generale, si possono indicare **quattro livelli** prioritari sui quali lavorare per cominciare a sciogliere qualche nodo.

- 1. IL LIVELLO SANITARIO:** il maltrattamento dei bambini e della bambine va considerato **una questione di salute pubblica**, e quindi trattato in termini di informazione, prevenzione, formazione di profili professionali, approfondimento diagnostico, ricerca e tecnologia, protocolli di intervento sanitario e investimenti economici e finanziari in ricerca, professionalità, coordinamento.
- 2. IL LIVELLO SOCIALE:** il maltrattamento dei bambini e delle bambine richiede un'azione di cura sociale sulla riduzione della solitudine della famiglie, sull'accoglienza, sul sostegno alla genitorialità, alle neomamme e neopapà, alle famiglie che hanno già figli e si allargano, al delicato periodo del post-partum, di prevenzione di forme di depressione, di intervento precoce su fragilità esistenti o potenziali, di accompagnamento.
- 3. IL LIVELLO CULTURALE:** il maltrattamento delle bambine e dei bambini è una questione di conoscenza, di consapevolezza, di competenza e di cultura sociale. Conoscenza da parte dei genitori, e di chi si prende cura delle bambine e dei bambini, dei comportamenti a rischio; formazione da parte di chi a vario titolo si relaziona con la bambina e il bambino e con le famiglie, come pediatri, medici, operatori sociali, educatori, insegnanti; cultura sociale nel senso di cambiamento della cultura pubblica e del modo di intendere, di sentire, della sensibilità nei confronti di tali comportamenti, che deve portare a una maggiore capacità di cogliere segnali, di osservare con una lente diversa il proprio comportamento e quello altrui, di indirizzare e chiedere aiuto.
- 4. IL LIVELLO POLITICO:** il maltrattamento di bambine e bambini richiede un'attenzione e una continuità di azione di contrasto a ogni livello – nazionale, regionale e locale – che non può risentire dei capovolgimenti di fronte di un governo nazionale o di una giunta. Il contrasto a ogni forma di maltrattamento, anche interno alla famiglia talora più nascosto, rappresenta oltre che una forma di tutela di diritti fondamentali anche un ambito di salvaguardia del benessere di un Paese, uno strumento per emancipare le generazioni, un investimento sul futuro delle classi dirigenti politiche, culturali, economiche, scientifiche del Paese. Una priorità analoga a quella dell'istruzione e della salute.

A partire dai risultati della ricerca e da queste considerazioni Save the Children raccomanda:

AL GOVERNO, AL PARLAMENTO E ALL'AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

- di **garantire in tempi rapidi l'istituzione di un sistema nazionale di rilevazione**, analisi e distribuzione dei dati relativi al maltrattamento dei bambini in Italia;
- di **sviluppare una strategia generale nazionale di contrasto** e presa in carico riguardante tutte le forme di violenza e di maltrattamento contro i bambini;
- di **incentivare riforme che promuovano una continuità di intervento** sulle politiche di prevenzione e contrasto al maltrattamento intrafamiliare ai danni di donne incinte e bambini, garantendo la costanza e la certezza delle azioni sul piano regionale e locale, anche nei periodi di crisi politica, di vacanza degli organi elettivi e di quelli nominati, anche in presenza di piani di rientro che gravino sui bilanci sanitari delle Regioni.

AL MINISTERO DELLA SALUTE E ALLE REGIONI NELL'AMBITO DELLE RISPETTIVE COMPETENZE:

- di introdurre la prevenzione del maltrattamento nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano nazionale di prevenzione sanitaria e di garantire, su tutto il territorio nazionale, il diritto a cure tempestive, di alto livello qualitativo e di durata congrua alla gravità del problema, ai minori vittime di maltrattamento, così come indicato tra l'altro, nei nuovi LEA firmati dal Presidente del Consiglio lo scorso gennaio;
- di promuovere la creazione di sistemi di vigilanza – sul modello delle *red flags* sperimentate in alcune esperienze locali – condivisi; dal sistema sanitario regionale e/o dalle singole ASL territoriali, per favorire il monitoraggio di casi di **maltrattamento** attraverso l'uso di strumenti semplici fin dal momento della refertazione di pronto soccorso;
- di incentivare – anche con forme di premialità per le Regioni virtuose – la creazione di reti interospedaliere tra i pronto soccorso – specie quelli pediatri e ostetrici – per favorire il controllo dei pellegrinaggi ospedalieri nei casi di bimbi o donne incinte soggetti con frequenza ad accettazione per traumi/lesioni sospette;
- di incentivare, con adeguate azioni di riforma e investimento, la promozione quantitativa e qualitativa dei consultori familiari in modo omogeneo sul territorio nazionale, così da garantire l'azione efficace di questi presidi territoriali, eccellenti in termini di prevenzione della violenza;
- di favorire l'omogeneizzazione delle procedure di accertamento, diagnosi e segnalazione all'interno dei pronto soccorso – a cominciare da quelli ostetrici e pediatrici – attraverso la messa in atto di specifici protocolli e l'utilizzo di modulistiche dedicate e facilmente applicabili che favoriscano la segnalazione e promuovano tutte le dovute forme di accertamento, dal punto di vista sia diagnostico sia giuridico;
- di diffondere i contenuti di piani regionali, protocolli, linee guida riguardanti il contrasto alla violenza di genere intra ed extra familiare e al maltrattamento di bambini e bambine, attraverso campagne di informazione, sensibilizzazione a tappeto nelle scuole, nei luoghi di grande affluenza di pubblico come centri commerciali, grandi store alimentari, centri sportivi, strutture ricreative, ecc.

AL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA:

- di rendere obbligatoria nella definizione dei percorsi curricolari di medici e personale sanitario della medicina di emergenza, neonatologia, pediatria, ostetricia e ginecologia, psichiatria e psicologia un'azione formativa specifica sul tema del maltrattamento di bambini, bambine e donne incinte sui temi della diagnostica, presa in carico e recupero.

ALL'ANCI E AGLI ENTI LOCALI:

- di monitorare con apposite mappature territoriali l'offerta di servizi e opportunità per il contrasto alle situazioni di disagio familiare;
- di identificare, di concerto con Regioni e Governo, risorse aggiuntive per il potenziamento e la qualificazione dei servizi sociali territoriali e per la creazione di vere e proprie Conferenze dei servizi territoriali; tali Conferenze permetterebbero l'incontro periodico e il coordinamento territoriale dei servizi che sovrintendono alla sicurezza e al benessere sociale sul territorio cittadino (servizi di contrasto alle dipendenze, servizi sociali, consultori familiari, pediatri di famiglia, servizi del privato sociale, presidi delle forze dell'ordine);
- di promuovere – di concerto con Regioni e Governo – modalità innovative di servizio all'infanzia che contemplino la possibilità di veri e propri hub educativi, dove alla componente strettamente educativa si integri un'attività costante di sostegno e promozione della genitorialità, anche a scopo di prevenzione di comportamenti maltrattanti e violenti all'interno della famiglia.



APPENDICE

Materiali per l'informazione e il lavoro comune

Gli abusi sulle donne in gravidanza e sui minori nella legislazione penale

Gli abusi fisici e psicologici sulla madre in gravidanza e sul minore sono penalmente perseguibili e i diversi comportamenti in cui essi si sostanziano vengono puntualmente definiti dalla legislazione penale.

Per gli **ABUSI FISICI** rilevano, tra gli altri, i seguenti reati:

PERCOSSE (ART. 581 C.P.)

“Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a euro 309. Tale disposizione non si applica quando la legge considera la violenza come elemento costitutivo o come circostanza aggravante di un altro reato.”

Questo reato si ha quando dal fatto non deriva un'alterazione dello stato psico-fisico della vittima, contrariamente a quanto avviene per le lesioni. Vengono quindi considerate percosse le azioni violente che producono soltanto sensazioni fisiche di dolore, ma non alterazioni, sia pure lievi, all'integrità della persona, ad esempio schiaffi che non provocano ecchimosi.

LESIONE PERSONALE E CIRCOSTANZE AGGRAVANTI (ARTT. 582 E 583 C.P.)

“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. (...)”

“La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- 1. se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;*
- 2. se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;*

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

- 1. una malattia certamente o probabilmente insanabile;*
- 2. la perdita di un senso;*
- 3. la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;*
- 4. la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso;”*

Evento del reato è la lesione personale, la quale non deve essere necessariamente derivare da un'azione violenta, potendo essere stata causata anche da omissione o contagio.

ABUSO DEI MEZZI DI CORREZIONE E DISCIPLINA (ART.571 C.P.)

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

Per la consumazione del reato è previsto il dolo specifico, ossia la volontà, da parte dell'agente, di commettere il fatto per un fine educativo.

MALTRATTAMENTO CONTRO FAMILIARI E CONVIVENTI (ART. 572 C.P.)

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell’articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l’esercizio di una professione o di un’arte, è punito con la reclusione da due a sei anni.

Se dal fatto deriva una lesione personale grave [c.p. 583], si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.”

L’elemento oggettivo del reato è costituito da sofferenze fisiche e morali reiterate, tali che i singoli atti vessatori siano uniti tra loro da un legame di abitudine e sostenuti da una costante volontà di porli in essere da parte dell’agente. Quest’ultimo è una persona che fa parte del nucleo familiare della vittima o che comunque è convivente con la stessa, o al quale la vittima è affidata per ragioni di cura o custodia. Responsabili di questo reato possono quindi essere anche insegnanti ed educatori.

INFANTICIDIO IN CONDIZIONI DI ABBANDONO MATERIALE E MORALE (ART. 578 C.P.)

“La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi.

Non si applicano le aggravanti stabilite dall’articolo 61 del codice penale.”

Questa norma individua un reato specifico, per il quale, date le condizioni descritte, è previsto un minor rigore rispetto all’omicidio.

OMICIDIO PRETERINTENZIONALE (ART. 584 C.P.)

“Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni.”

Il caso previsto da questo reato è quello in cui la morte scaturisce da atti miranti a provocare percosse o lesioni, quindi come conseguenza che va oltre le intenzioni dell’agente.

OMICIDIO (ART. 575 C.P.)

“Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.”

Aggravante per i reati commessi in danno di minori, in loro presenza (violenza assistita) o in danno di donne in gravidanza (art. 61, n. 11-quinquies c.p.).

“Aggravano il reato quando non ne sono elementi costitutivi o circostanze aggravanti speciali le circostanze seguenti: (...) 11-quinquies) l’aver, nei delitti non colposi contro la vita e l’incolumità individuale, contro la libertà personale nonché nel delitto di cui all’articolo 572, commesso il fatto in presenza o in danno di un minore di anni diciotto ovvero in danno di persona in stato di gravidanza.”

Questa aggravante, che include la violenza assistita, è stata introdotta dalla c.d. Legge sul femminicidio (DL n. 93/2013 convertito in L. 119/2013 “disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”) ed è applicabile a tutti i reati sopra previsti.

Relativamente agli **ABUSI PSICOLOGICI** rilevano in particolare, ma non esclusivamente, le seguenti figure di reato:

VIOLENZA PRIVATA (ART. 610 C.P.):

“Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare, od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

La pena è aumentata se concorrono le condizioni previste dall’articolo 339.”

Il reato punisce condotte che minacciano la libertà psicologica dell’individuo a fronte di una minaccia intimidatoria, di conseguenza si realizza quando la volontà della vittima è limitata o condizionata dal comportamento violento o intimidatorio dell’agente. È prevista un’aggravante se il reato è commesso in determinate circostanze, ad esempio con l’uso di armi o da più persone.

RIDUZIONE IN SCHIAVITÙ (ART. 600 C.P.):

“Chiunque esercita su una persona poteri corrispondenti a quelli del diritto di proprietà ovvero chiunque riduce o mantiene una persona in uno stato di soggezione continuativa, costringendola a prestazioni lavorative o sessuali ovvero all'accattonaggio o comunque al compimento di attività illecite che ne comportino lo sfruttamento ovvero a sottoporsi al prelievo di organi, è punito con la reclusione da otto a venti anni.

La riduzione o il mantenimento nello stato di soggezione ha luogo quando la condotta è attuata mediante violenza, minaccia, inganno, abuso di autorità o approfittamento di una situazione di vulnerabilità, di inferiorità fisica o psichica o di una situazione di necessità, o mediante la promessa o la dazione di somme di denaro o di altri vantaggi a chi ha autorità sulla persona.”

Un riferimento a parte meritano le principali norme rilevanti in materia di **ABUSO SESSUALE:**

VIOLENZA SESSUALE E AGGRAVANTI (ART. 609-BIS E 609-TER 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.

Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

1. abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
2. traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.”

“La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:

1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
2. con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
3. da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
4. su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
5. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore;
- 5 bis. all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa;
- 5 ter. nei confronti di donna in stato di gravidanza;
- 5 quater. nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza;
- 5 quinquies. se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolarne l'attività;
- 5 sexies. se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave.

La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci.”

ATTI SESSUALI CON MINORENNE (ART. 609-QUATER C.P.)

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

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

Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni.

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

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.

Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci.”

Questa norma parifica nella punizione alla violenza sessuale i rapporti sessuali tra chiunque e un minore di 14 anni. L'età del minore sale a 16 anni se il responsabile ha con lo stesso rapporti di ascendenza, tutela, affidamento, educazione o cura o convivenza. Esclusi dalla punibilità i minorenni che compiono atti sessuali con minorenni ultratredicenni se la differenza di età non supera i tre anni.

CORRUZIONE DI MINORENNE (ART. 609-QUINQUIES C.P.)

“Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali.

La pena è aumentata:

- a. se il reato è commesso da più persone riunite;
- b. se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolare l'attività;
- c. se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave.

La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di stabile convivenza.”

Organizzazioni regionali: l'esperienza dei pediatri

Il materiale, le testimonianze e i racconti raccolti parlano di numerose attività e iniziative nei confronti del maltrattamento che possono trovare declinazioni diverse in diverse Regioni del territorio italiano. Nell'ambito del maltrattamento nei primissimi anni di vita la figura del pediatra di famiglia può assumere un ruolo determinante, proprio per il suo rapporto privilegiato non solo con il suo assistito ma anche con il contesto familiare, nel riconoscimento di situazioni di rischio o nel sospetto di condizioni di maltrattamento, intercettazione precoce e segnalazione, per una presa in carico del bambino e gestione adeguata e tempestiva.

È stata quindi svolta una piccola indagine attraverso la raccolta delle risposte a quattro domande da parte di alcuni referenti regionali dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)¹, che hanno potuto mettere insieme informazioni, in alcuni casi solo parziali, rispetto al territorio regionale, per cercare di avere un quadro delle modalità di lavoro e possibilità concrete di azione contro il maltrattamento infantile nell'ambito della loro attività ambulatoriale.

Pediatri di famiglia e maltrattamento

Nella sua Regione:

1. Ci sono linee guida/protocolli/indicazioni di prassi da seguire per l'intercettazione/rilevazione/gestione dei casi di maltrattamento? Quali/a quando risalgono?
2. Cosa deve fare un pediatra di fronte a un caso sospetto o evidente di maltrattamento?
3. Cosa viene realmente fatto/è possibile fare nei casi sospetti o evidenti di maltrattamento?
4. Quali prassi vengono seguite dal pediatra nei casi con condizioni che espongono al rischio di maltrattamento, per prevenire?

Qui di seguito vengono riportate le risposte relative alla situazione da loro percepita e vissuta in alcune Regioni italiane.

A) Emilia Romagna

Dal 2013 nella Regione Emilia Romagna sono disponibili le “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”, adottate con Delibera della Giunta Regionale n.1677/28 novembre 2013 e presentate agli operatori il 24 febbraio 2014. Successivamente sono stati prodotti i primi due “Quaderni del professionista”, strumenti di lavoro a supporto dei sanitari: 1 - Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale; 2 - Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico, entrambi presentati e distribuiti agli operatori il 1 ottobre 2014². Nelle Linee è indicato come e quando si devono attivare i diversi nodi della rete dei servizi, fra cui il pediatra di famiglia, per il contrasto al maltrattamento/abuso sul minore, e che cosa devono fare. A cascata, ciascuna ASL ha aggiornato i protocolli/le procedure/le istruzioni operative nel proprio territorio, o li ha prodotti nei rari casi in cui non fossero presenti, in modo da rendere concretamente applicate le Linee di indirizzo. La Regione ha seguito/sta seguendo questa ricaduta monitorandola, e rendendo l'applicazione delle Linee e la formazione degli operatori su di esse oggetto di verifica per il raggiungimento degli obiettivi di budget delle ASL.

L'azione del pediatra, di fronte a un caso sospetto o evidente di maltrattamento, dipende dalla situazione, cioè dalla gravità e urgenza dell'intervento, come indicato nelle stesse Linee:

- a. può prendere contatto con il Servizio Sociale (SS) competente per territorio e insieme con il SS verificare ed eventualmente condividere i passi successivi (eventuale segnalazione all'Autorità Giudiziaria);
- b. può prendere contatto con il pronto soccorso (PS) pediatrico ospedaliero di riferimento ed effettuare un invio del minore con motivazione formale di "necessità di effettuare approfondimenti diagnostici urgenti nell'interesse del minore", preavvisando dell'arrivo, segnalando i propri sospetti e verificando poi che il minore sia puntualmente pervenuto in PS;
- c. a Bologna, ove è presente un Centro Specialistico di II° livello ("Il Faro") incardinato nel Dipartimento di cure primarie dell'AUSL di Bologna cui gli operatori possono rivolgersi, il pediatra può prendere contatto direttamente con il centro per una consulenza sul caso, eventualmente concordando anche il percorso successivo.

Nella maggior parte dei casi il percorso scelto dai pediatri di famiglia è l'invio in ospedale, al PS pediatrico. A Bologna in special modo, anche perché il PS pediatrico del S. Orsola è quello di riferimento per il maltrattamento/abuso sul minore per l'Area Metropolitana, sancito anche da una Procedura interaziendale fra AUSL di Bologna e Az. Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola relativo alla violenza sessuale ("Percorso Sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori") la cui ultima revisione risale al 28.01.2013. Numerosi sono anche i raccordi con il Centro specialistico "Il Faro". Decisamente più rari, per quanto risulta, i rapporti di attivazione diretta dei SS non mediati attraverso l'ospedale o "Il Faro".

Nei casi che presentano maggiore rischio di maltrattamento i percorsi rimangono gli stessi anche nel caso di attivazione dei Servizi con finalità di prevenzione: fondamentalmente l'attivazione dell'Ospedale (e/o in alternativa del Centro specialistico "Il Faro" a Bologna, soprattutto nei casi più sfumati) resta la via preferenziale seguita dal Pediatra di famiglia.

B) Lazio

Non ci sono linee guida regionali ufficiali. Esistono però materiali on line, protocolli, linee guida, indicazioni, anche di elevata qualità, prodotti da enti o associazioni, purtroppo applicati in realtà limitate e in genere poco pubblicizzate e di conseguenza poco conosciute³. Alcune ottime iniziative attuate si sono interrotte e non sono più operative. Esistono prassi in alcune ASL o territori, nate da rapporti personali o da corsi di formazione locali, da cui sono nate alcune "reti" più o meno formali, note a pochi, ma comunque utili (per esempio rapporti tra Pediatri ASL RM3 exD e un Commissario referente del Commissariato di zona) e altre più strutturate (Azienda USL Roma D- Area Tutela Salute della Donna e del Bambino - Servizio Prevenzione e Cura Abuso e Maltrattamento all'Infanzia, dal 2004 a oggi - Centro "Il Mandorlo"- Corsi di formazione).

Di fronte a un caso sospetto o evidente di maltrattamento il pediatra deve informare l'Autorità Giudiziaria, riferendo alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni (e/o il Servizio Sociale) a seconda della situazione che si trova davanti. Deve riferire solo ciò che gli è stato comunicato, riportandolo fedelmente, per iscritto, specificando che il paziente/genitore (o altri) riferisce che "...", senza aggiungere interpretazioni personali o commenti. È opportuno inoltre specificare che "si sta riferendo quanto venuto a conoscenza nell'esercizio della propria professione, nell'esclusivo interesse del minore senza volere recare nocimento ad alcuno". Qualsiasi dubbio, anche minimo, andrebbe condiviso. Non è il pediatra a decidere se sia importante o no, devono solo segnalare. Indicazioni precise per i pediatri sono contenute in pubblicazioni su riviste scientifiche accreditate⁴.

Tutto quanto appena indicato può essere fatto dal pediatra, ma la realtà è che viene fatto molto poco. La stragrande maggioranza dei pediatri di famiglia non ha sufficienti conoscenze sull'argomento e non sa con certezza a quale organismo rivolgersi. Può aver timore di compromettere il rapporto con la famiglia in caso di errore. Di fatto le segnalazioni da parte di pediatri su eventuali sospetti di abuso sono pochissime⁵. I pediatri che hanno seguito una qualche formazione sull'argomento (pochi in realtà) cercano di seguire le indicazioni ricevute dai docenti: effettuare un attento esame obiettivo davanti a un testimone; rivolgersi al servizio TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva); segnalare ai Servizi Sociali; stilare il referto; rivolgersi a un centro di secondo livello per approfondire. La variabilità delle situazioni però è tale che ne è difficile l'applicazione. È fondamentale agire all'interno di una rete, che si è riusciti a costruire, o in cui ci si è inseriti. La rete serve a sostenere il pediatra, che non può e non deve essere lasciato solo, e a inserire il bambino in un percorso prestabilito che lo accompagni e lo protegga da traumi durante accoglienza, sorveglianza, diagnosi e presa in carico. A Roma, nella RM3-ex RMD, da qualche anno una Neuropsichiatra Infantile è il riferimento, contattabile telefonicamente, che "aiuta" a gestire il caso. Nel sospetto di un danno fisico o psichico ci si rivolge (per visite, radiografie, eccetera), ai servizi dedicati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, del Policlinico Umberto I o di altra struttura pediatrica. Anche il pediatra più formato e aggiornato, nel sospetto di maltrattamento ha bisogno di aiuto da chiunque possa supportarlo in un momento così delicato per il bambino (l'ospedale, i servizi sociali, la ASL, eccetera).

Nei casi con condizioni che espongono al rischio di maltrattamento, sulla base alle risposte ricevute, i comportamenti appaiono molto variabili, cambiano a seconda delle situazioni, delle conoscenze, delle competenze e della sensibilità dei pediatri: contattare il Tribunale per i Minorenni, parlare con l'Assistente sociale, gli psicologi che sono stati consultati, l'Asilo Nido o la Scuola; effettuare un accurato esame obiettivo; aprire un colloquio per cercare di capire; avere la massima disponibilità con i genitori e accogliere eventuali segnalazioni; sorvegliare per intercettare i segnali del bambino; collaborare strettamente coi servizi territoriali.

Il pediatra dovrebbe essere solo un facilitatore, una figura percepita dai genitori come positiva, alleata del bambino. I genitori stessi dovrebbero esser resi consapevoli della forte rilevanza del problema "violenza sui minori".

C) Lombardia

Vi sono linee-guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) abbastanza recenti alle quali si fa riferimento. Di fronte a un caso sospetto o evidente di maltrattamento, per quanto riguarda i fatti di rilevanza penale (maltrattamenti in famiglia, abuso sessuale, corruzione di minorenne, violenza assistita, trascuratezza grave, eccetera) ci si deve attenere al Codice di P.P. (obbligo di denuncia e/o referto), per quanto riguarda questioni di pregiudizio l'interlocutore è costituito dai Servizi Sociali che sono il tramite col Tribunale per i Minorenni. Di solito la procedura standard viene seguita.

Il problema è semmai a monte, cioè la rilevazione, si stanno facendo continui momenti formazione, c'è un gruppo di lavoro all'interno dell'ACP nazionale. Nei casi con condizioni che espongono al rischio di maltrattamento, sul territorio vi sono diverse opportunità per aiutare le famiglie e, in particolare, le mamme di bambini piccoli. Opportunità inserite in progetti più articolati di promozione della salute.

D) Sicilia

Ci sono le Linee Guida della Regione Sicilia del 2012. Il pediatra di fronte a un caso sospetto o evidente di maltrattamento deve fare la segnalazione alla Procura minorile presso il Tribunale per i Minorenni, che avvierà il percorso giudiziario. Parallelamente il Tribunale attiva i Servizi Sociali del Comune e i servizi di NPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) dedicati alla presa in carico del minore e del nucleo familiare. Nei casi con condizioni che espongono al rischio di maltrattamento il pediatra deve segnalare all'équipe dell'ASL che si occupa del maltrattamento e che dovrebbe essere attiva in ogni distretto. Presso ASP Palermo e Messina è attiva e si occupa proprio della prevenzione del maltrattamento. Se già in atto va segnalato come prima indicato.

E) Toscana

In tutta la Regione Toscana è attivo il Codice Rosa nei pronto soccorso (PS) con coinvolgimento in particolare, oltre al personale di PS, ai pediatri del PS, del 118, delle UU.OO. di Pediatria, delle ginecologie e in raccordo con gli assistenti sociali le attività consultoriali e i Centri antiviolenza. Codice Rosa prevede un protocollo con le Forze dell'Ordine e la Procura che ogni ASL ha siglato. Punto di riferimento per la Regione per quanto riguarda i minori è l'Azienda Ospedaliera Meyer. Diverse realtà hanno attivo il progetto MIRIAM e a Livorno c'è il Centro di Coordinamento Zonale (CCZ) sulla violenza situato presso il Consultorio, che coinvolge un po' tutti i settori ASL che possono incontrare situazioni di violenza o si occupano della presa in carico (in particolare per i minori il gruppo Abusi della UFSMIA-Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza). In caso di situazioni di violenza su un minore le indicazioni sono quella di segnalazione immediata alla Procura; in caso di maltrattamenti gravi o abusi sessuali è sufficiente il sospetto. Sarà poi la Procura a predisporre gli accertamenti necessari. In questa fase infatti c'è il rischio di inquinare le prove o compromettere comunque indagini delicatissime. Nei casi più incerti o dove ci sono situazioni nell'immediato meno gravi che consentono un'indagine da parte dei Servizi Sociali (violenza assistita, bambini trascurati, eccetera) il riferimento è il Servizio Sociale o il responsabile del Centro di coordinamento zonale. Azioni di prevenzione importante sono indirizzare ai Servizi Consultoriali per un sostegno alla genitorialità in particolare nel post-partum e in caso di conflittualità familiare dato che sono i momenti più delicati per lo sviluppo di situazioni di violenza. Da non sottovalutare il problema della violenza nelle coppie di giovani adolescenti dove si cerca come CCZ di fare un'opera di prevenzione in raccordo con le Scuole, in quanto è altamente predittiva di violenza familiare in futuro. Fondamentale la formazione, che dove è stata fatta ha consentito una sensibilizzazione e un'attenzione altissima da parte dei colleghi di segnali che altrimenti sarebbero passati inosservati. Intervenire in fasi molto iniziali aiuta a evitare situazioni più gravi e soprattutto ha più probabilità di successo. È uscita recentemente una delibera regionale (5 dicembre 2016 del.1260) che riorganizza il Codice Rosa facendolo passare da Progetto a Rete Clinica e che prevede nuclei operativi in ogni PS, ma anche un referente della rete territoriale. In questa riorganizzazione sarebbe opportuno coinvolgere sia le pediatrie ospedaliere sia i pediatri di famiglia sia quelli di Comunità (là dove sono presenti).

F) Umbria

Non ci sono linee guida regionali. In Umbria, nel piano sanitario 2009-2011, si è tentato di promuovere un progetto organizzativo a cui è stato dato il nome PIUMA (Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso), realizzato con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità. Il progetto promuoveva la costruzione, nel rispetto delle reciproche competenze, di stabili forme di intesa, comuni e condivise, tra il sistema integrato dei Servizi Sociali comunali e dei Servizi Sanitari delle ASL con il sistema giudiziario per rendere sempre più tempestivi e congrui i percorsi di tutela da attivare. Gli obiettivi generali del Progetto PIUMA erano:

1. individuare le attività di protezione, di cura e di sostegno (sociali, educative, psicologiche, sanitarie) in favore di minori vittime di abuso e sfruttamento sessuale, da realizzare in modo integrato;
2. garantire un adeguato coordinamento inter istituzionale fra i soggetti pubblici;
3. assicurare un'appropriata integrazione tra i vari sistemi dei servizi e le professionalità coinvolte nella gestione del modello di intervento, a favore delle vittime di abuso e sfruttamento sessuale.

Nell'ambito del Progetto PIUMA c'è stato un momento formativo rivolto a medici e infermieri del pronto soccorso e della clinica pediatrica dell'azienda ospedaliera di Perugia. Sono stati svolti altri percorsi formativi rivolti a psicologi, pediatri e altri operatori territoriali. Dal progetto PIUMA doveva nascere un'équipe multidisciplinare (assistente sociale, psicologo, neuropsichiatra infantile, radiologo, pediatra, ortopedico, eccetera) a cui si potesse fare riferimento per la segnalazione. L'obiettivo era favorire la segnalazione e individuare i percorsi assistenziali. Attualmente l'équipe è composta da uno psicologo e un assistente sociale con efficacia limitata: non è reperibile 24 ore su 24 né tutti i giorni della settimana. Non tutti i pediatri sono stati informati dell'attività di questa équipe e i colleghi della provincia di Terni non ne conoscono l'esistenza. Non esiste un metodo comune e/o un protocollo condiviso per l'intercettazione, rilevazione e gestione del bambino maltrattato (abuso fisico, psichico e *neglect*).

G) Valle d'Aosta

Come linee guida/protocolli/indicazioni di prassi da seguire per l'intercettazione/rilevazione/gestione dei casi di maltrattamento vi sono diversi documenti⁶. In Valle d'Aosta, su una popolazione totale circa 128.000 abitanti, la popolazione in età 0-18 anni è pari a circa 19.000 e quella in età 0-6 anni circa 6.000. Il numero di casi segnalati di maltrattamento e abuso conclamati negli ultimi anni è di poche unità/anno. Da notare che sono prevalentemente segnalati dalla scuola, poi dalla pediatria ospedaliera e, in maniera eccezionale, dalla pediatria di famiglia. A quest'ultima spetta soprattutto il compito di individuare un'area grigia più estesa di situazioni di trascuratezza, disagio sociale e/o psicologico del minore in assenza di segni di maltrattamento, in modo da poter attivare tutte le risorse che la comunità può offrire a sostegno di una famiglia "critica". La difficoltà per tutti gli operatori è rappresentata dalla delicatezza del distinguere e mettere in atto un ventaglio più o meno esteso di azioni, dal caso che necessita di monitoraggio e accompagnamento, fino a quello di vero e proprio maltrattamento o abuso. Per questo la Regione Aut. Valle d'Aosta ha istituito un Gruppo di Coordinamento Interistituzionale composto da: 2 assistenti sociali, 2 dirigenti scolastici, 1 coordinatore di Asilo Nido, 2 psicologi, 2 pediatri (di cui uno ospedaliero e uno territoriale), 1 assistente sanitaria, 1 ginecologo, 1 medico di pronto soccorso, 1 medico legale, 1 operatore dell'Ufficio Minori della Divisione Anticrimine della Questura e 1 operatore della Sezione Minori della Squadra Mobile della Questura. Ha il compito di sostenere e accompagnare il singolo operatore sociale, sanitario, scolastico e socio educativo nel difficile percorso di valutazione, segnalazione e denuncia, eventualmente anche in urgenza, del caso di minore in situazione critica. In caso di dubbio o di necessità di approfondimento, è possibile richiedere una consulenza in merito al Gruppo di Coordinamento Interistituzionale, attraverso un contatto telefonico o e-mail⁷.

Notizie biografiche e informazioni sui Centri consultati

Giussy Barbara

Dirigente medico, Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Ha seguito un Corso di formazione in consulenza sessuale e sessuologia clinica, Scuola AISPA (Associazione Italiana sessuologia e psicologia Applicata), Milano. Lavora presso la Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e presso il Servizio Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD).

Carla Berardi

Pediatra di libera scelta presso la AUSL di Perugia, è presidente della Associazione Culturale Pediatri (ACP) "Umbria", socia CISMAL e referente per il Maltrattamento e l'Abuso all'infanzia del Centro per la Salute del Bambino-Onlus di Trieste. Specializzata in Pediatria presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha conseguito il Corso di Perfezionamento in Pediatria di Comunità presso l'Università di Padova e il Master Internazionale in Protezione della Comunità e Promozione della Sicurezza presso le Università di Padova, Oporto, Parigi XII e Karolinska Institutet di Stoccolma. Ha svolto uno stage presso il Suspected Child Abuse and Neglect Program del Sick Children Hospital di Toronto. È stata consulente scientifico della Provincia di Perugia per il progetto "Prevenzione, trattamento e recupero nei casi di maltrattamento e abuso di minori" e consulente del Comune di Perugia su progetti per la prevenzione del maltrattamento. Ha istituito e coordinato l'Équipe multidisciplinare di riferimento per i casi di maltrattamento e abuso ai minori della AUSL di Perugia. Ha coordinato il Censimento Multifonte sul maltrattamento ai minori nel comune di Perugia, ricerca presentata alla Conferenza Mondiale sulla prevenzione della Violenza Familiare tenutasi a Banff, Canada. Autrice del volume "Prevenzione trattamento e recupero dei casi di maltrattamento e abuso ai minori" e di varie pubblicazioni sul tema del maltrattamento; relatore a congressi e docente in corsi di formazione sul tema dell'abuso ai minori; è stata consulente scientifico, coordinatore e docente nel progetto formativo della Provincia di Perugia per la prevenzione, trattamento e recupero dei casi di abuso ai minori; è docente presso il Settore Formazione Specifica in medicina Generale sul tema maltrattamento.

Ha fatto parte della Commissione Consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza.

Sara Ceccarelli

Medico chirurgo, specializzata in pediatria, ha lavorato presso l'azienda Usl Umbria 2, PO Spoleto, UO Pediatria e da settembre 2016 lavora presso S.C. Terapia Intensiva Neonatale, Neonatologia, Pediatria Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni in qualità di Dirigente Medico di primo livello disciplina neonatologia/pediatria. Da maggio 2012 è segretario della sezione regionale della Società Italiana di Pediatria (SIP). Nel 2013-2014 ha seguito il Corso di perfezionamento post laurea: "I Maltrattamenti e gli abusi sui minori: Prevenzione, individuazione precoce, presa in carico" presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Ospedale A. Gemelli, Roma. Nel 2014 è stata organizzatrice e docente del I corso aziendale "Maltrattamenti e abuso in età pediatrica" e nel 2015 docente e nella segreteria scientifica del II corso aziendale sul maltrattamento e l'abuso all'infanzia. Fa parte della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana di Neonatologia (SIN).

Federica Collini

Medico chirurgo, specialista in Medicina Legale, è consulente Medico Legale presso il Servizio SVSeD, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. Ha frequentato il V.I.P. (Violence Intervention Center) diretto dalla Prof.ssa Heger Heppenstall Astrid, Los Angeles (CA). Dal 2013 consulente Tecnico per conto del Tribunale Ordinario di Milano, successivamente del Tribunale Ordinario di Monza e del Tribunale per i Minorenni di Brescia. Sempre dal 2013 svolge attività di collaborazione per il "Sistema di Protezione Internazionale per Richiedenti Asilo e Rifugiati" del Comune di Milano e per la Stima dell'Età.

Elena Coppo

Medico Chirurgo specialista in Pediatria, dal 2002 è Dirigente medico a tempo indeterminato presso Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio OIRM. Dal 2006 fa parte dell'équipe multidisciplinare "Bambi" abuso e maltrattamento, di cui è responsabile dal 2014. Nel 2010 ha conseguito il Master di I livello di Criminologia e Psicologia investigativa presso SSF Rebaudengo. È docente del corso di formazione aziendale ASO OIRM-S. Anna su abuso e maltrattamento all'infanzia ed è stata docente di diversi corsi di formazione su abuso e maltrattamento all'infanzia per operatori sanitari e insegnanti. Ha inoltre partecipato al tavolo di coordinazione progetto "Care and Protect" del Comune di Torino per la coordinazione di intervento delle Forze dell'Ordine nei casi di abuso su minore.

Paola Di Blasio

Psicologa e Psicoterapeuta, perito del Tribunale, è direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano dal 2014 e professore ordinario di Psicologia dello Sviluppo presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano dal 1994; è componente del collegio docenti del Dottorato di Ricerca in Psicologia della comunicazione e dei processi linguistici dell'Università Cattolica di Milano dal 1999 e incaricata dell'insegnamento di Psicologia delle relazioni Traumatiche, Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e della Comunicazione dell'Università Cattolica di Milano dal 2009.

È direttore del CRIdée, Centro di Ricerca sulle Dinamiche Evolutive ed Educative, e coordinatore della Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e della Comunicazione.

Dal 1999 è direttore della rivista "Maltrattamento e abuso all'infanzia", Franco Angeli e dal 2000 condirettore con G. Attili della Collana "Psicologia dello sviluppo sociale e clinico", Unicopli, Milano. Dal 2010 è componente del comitato di direzione della rivista Psicologia Clinica dello Sviluppo, Il Mulino, Bologna.

È componente del Comitato Esecutivo dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e ha coordinato per l'unità italiana il programma di ricerca Europeo Concerted Actn on the Preention of Child Abuse in Europe promosso dal Comitato Biomedical and Health Research Programme della Comunità Europea.

È componente dei seguenti gruppo di consulenti: Regione Lombardia, per l'elaborazione di Linee guida in materia di trascuratezza, maltrattamenti e abuso sessuale in danno all'infanzia e all'adolescenza; Prefettura di Milano, per la elaborazione di un protocollo d'intesa per l'adozione di interventi coordinati nell'attività di contrasto all'abuso sessuale di minori e nella tutela dei minori vittime di abuso sessuale; Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istituto degli Innocenti di Firenze, per l'elaborazione di un piano di lavoro per attività informative e di formazione sul tema della prevenzione e della protezione dalla violenza all'infanzia e per la messa a punto di una metodologia di monitoraggio per la raccolta dati nazionale sulla violenza ai danni dell'infanzia.

È socio fondatore nel 1984 del Centro per il Bambino Maltrattato e la Cura della Crisi Familiare (C.b.M.) di Milano, Presidente dello stesso dal 1994 al 2003 e componente del Consiglio di Amministrazione dal 2004 al 2016.

Vittoria Doretti

Laureata in Medicina e Chirurgia e specializzata in Cardiologia e in Anestesia e Rianimazione, è Direttore f.f. UOC Promozione ed Etica della Salute - Direzione Sanitaria, Azienda USL Toscana sud est, Referente Salute e Medicina di Genere Azienda USL Toscana sud est e Referente Scientifico Progetto Regionale Codice Rosa - Regione Toscana. Ha conseguito un Master di II livello in "Bioetica- L'incontro di filosofia, medicina, diritto, biologia" facoltà di Lettere e Filosofia, e un Master Interfacoltà di II Livello in SCIENZE FORENSI (Criminologia-Investigazione-Security-Intelligence) presso La Sapienza Università di Roma abilitata come "Criminologa Esperta in Scienze Forensi. È docente nel percorso formativo regionale (L.R. 259 "Dalla affettività alla maternità e paternità consapevole) che coinvolge oltre 500 operatori consultoriali toscani e fa parte del Gruppo di Coordinamento aziendale (delibera AUSL 9 n° 202 del 21/04/2008) per la "Predisposizione di azioni strategiche per la prevenzione e l'assistenza alle vittime della violenza di genere" e del Tavolo di lavoro Regionale presso la Direzione Regionale all'Assessorato al Diritto alle politiche di Solidarietà sulla Violenza alle Donne. Fra i diversi incarichi ricoperti, dal 1° gennaio 2010 dirige la fase sperimentale per il "Progetto Codice Rosa" e nel giugno 2011 il Codice Rosa diviene Progetto Regionale con diffusione alle altre ASL toscane, prima in forma sperimentale (2012) e poi a regime con il nuovo Piano socio sanitario regionale, processo a cui ha collaborato ed è Referente Scientifico e Membro del Gruppo di lavoro Regionale. In seguito alla del.reg. 1260 del 5/12/2016 che ha istituito la rete clinica di codice rosa, è stata nominata Responsabile della Rete Regionale di Codice Rosa.

Paola Facchin

Professore Associato di Pediatria presso l'Università degli Studi di Padova, Responsabile dell'Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità della stessa Università, del Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, del Coordinamento Regionale delle Malattie Rare e del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato. Docente di Medicina di Comunità nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova. Direttore della Scuola Medica di Specializzazione in Medicina di Comunità, Università di Padova, Coordinatrice dell'indirizzo Scienze della Programmazione Sanitaria della Scuola di Dottorato in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione Sanitaria, della stessa Università. Coordinatrice del Master Internazionale Congiunto "International Master on Community Protection and Safety Promotion" con le Università di Stoccolma, Parigi, Porto e Padova. Membro del Consiglio Superiore di Sanità dal 2006 al 2009, di più Commissioni ministeriali e regionali sulla salute e i servizi per l'infanzia ed età evolutiva, sulla sicurezza, sul contrasto del maltrattamento e per la protezione del bambino e adolescente, sulle cure palliative. Coordinatore del Tavolo tecnico interregionale permanente sulle Malattie Rare. Membro dell'Organismo Nazionale di Coordinamento e Monitoraggio per lo sviluppo delle reti di riferimento europee ERN per le malattie rare.

Ha ricoperto e ricopre numerosi incarichi a livello internazionale, tra i quali: Rappresentante per l'Italia presso il Gruppo di esperti sulle malattie rare della Commissione Europea. Membro del Working Group on Health Indicators, European Union Rare Diseases Task Force, DG SANCO European Commission; Membro dei Gruppi di Partner della Joint Action Europea Coding and classification sulla Classificazione e codifica della Malattie Rare per la stesura del nuovo ICD11; Membro del Comité Scientifique Directeur de la Fondation Euroméditerranée sur les Droits de l'Enfant et la Sécurité Humaine, Fondazione supportata dalla Fondazione Hariri (Libano), Casa Reale del Marocco, Presidenza della Repubblica Francese, Unione Europea, con la partecipazione di OMS e UNESCO; Councilor for Education and Training dell'ISPCAN (International Society Prevention Child Abuse and Neglect); Consultant dell'OMS per il tema Human Security, Head Quarter di Ginevra e Regione Est-Mediterraneo; Membro quale contributor dei surveys "World Perspective on Child Abuse", della società ISPCAN (International Society Prevention Child Abuse and Neglect).

Responsabile di numerosi progetti di ricerca finanziati dal CNR, MURST, ISS, OMS, Unione Europea, Ministero della Salute, Regione Veneto e Fondazioni private. Lecturer, Invited Speaker e Chairperson in numerosi convegni e meeting internazionali. Membro del Scientific Board di numerosi Congressi Scientifici internazionali. Autore di circa 350 pubblicazioni edite a stampa.

Sabrina Farci

Psicologa psicoterapeuta, specializzata in psicoterapia dell'età evolutiva, ha una formazione sul maltrattamento e l'abuso e da quasi 20 vent'anni si occupa di questi temi sul versante clinico, terapeutico, forense e della formazione. Ha lavorato dal 1997 al 2005 presso il Centro studi Hansel e Gretel di Moncalieri, dal 2007 collabora in qualità di psicoterapeuta presso la Cooperativa Paradigma, nel 2008 socio fondatore dell'associazione Il Melo, centro studi per la cura del bambino e della famiglia di Torino.

Maria Grazia Foschino Barbaro

Psicologa-psicoterapeuta, dal 1983 lavora presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari e dal 1999 è Responsabile del Servizio di Psicologia. Nel 2000 costituisce GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) per la diagnosi e l'intervento precoce delle condizioni di abuso infantile e dal 2009 ne è la responsabile scientifica. Dirige la scuola di Psicoterapia Cognitiva (AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva) di Bari e svolge da anni attività di formazione a livello regionale e nazionale sul tema della violenza all'infanzia e del disagio infantile. È componente del Consiglio Direttivo CISMAI, al cui interno si è occupata prevalentemente delle attività di formazione. Recentemente ha contribuito alla redazione delle Linee guida della Regione Puglia in materia di maltrattamento ai danni delle persone di minore età. Si occupa prevalentemente di: special needs adoptions, disturbi traumatici dello sviluppo, psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza, cure palliative pediatriche, sostegno alla genitorialità, psicoterapia. Autrice di numerosi articoli e libri sul maltrattamento infantile, ha vinto diversi premi scientifici nazionali.

Alessandra Kustermann

Dirigente medico specialista in ostetricia e ginecologia, è direttore della Ginecologia e Ostetricia dell'U.O.C. PS, accettazione ostetrico-ginecologica e Soccorso Violenza Sessuale e Domestica – Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. In precedenza è stata Responsabile dell'Unità Semplice di Diagnosi Prenatale e del Soccorso Violenza Sessuale e Domestica Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. È stata membro del Comitato Scientifico contro "la violenza sulle donne" dell'ordine degli avvocati di Milano (2015-2016), del "Tavolo Regionale Antiviolenza" per Regione Lombardia per il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (2015) e del comitato scientifico per "Premio per tesi di laurea e dottorato sul tema del contrasto alla violenza contro le donne" presso la segreteria della Delegazione CDE - Camera dei Deputati (2015). Dal 2012 è membro del "Gruppo di approfondimento tecnico (GAT) di Medicina di genere" per Regione Lombardia per il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico. Dal 2006 al 2009 è stata membro del Consiglio Superiore di Sanità. È stata relatrice o docente a oltre 350 congressi scientifici e corsi di formazione nazionali e internazionali sui temi di diagnosi prenatale, patologia della gravidanza, medicina di genere, violenza sessuale e domestica e ha oltre 100 pubblicazioni sui temi della diagnosi prenatale, della patologia della gravidanza, della violenza sessuale e domestica. Ha ricevuto i seguenti premi e riconoscimenti: nel 2016 premiazione Rosa Camuna della Regione Lombardia per il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione IRCCS CA' Granda ospedale Maggiore Policlinico di Milano; nel 2010 Medaglia d'oro del Comune di Milano consegnata in occasione della festività di Sant'Ambrogio; nel 2008 Premio "SIGILLO LONGOBARDO" dal Consiglio Regionale della Lombardia; nel 2007 Medaglia d'oro di Riconoscenza della Provincia di Milano al Soccorso Violenza Sessuale della Clinica Mangiagalli, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

Melissa Rosa Rizzotto

Medico chirurgo, specialista in Medicina di Comunità e Dottore di Ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione, presso l'Università degli Studi di Padova. Dirigente medico presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, Coordinamento Malattie Rare; medico referente del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato della stessa Azienda. Membro del Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia che ha prodotto il documento "L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata", patrocinato dal Ministero per la Salute. Membro del Comitato Tecnico Scientifico dell'Indagine promossa da Terre des Hommes "Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica" il cui dossier è stato presentato nel novembre 2015, alla Biblioteca Giovanni Spadolini, Senato della Repubblica a Roma.

Dal 2004, Tutor ai corsi curricolari per la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova "Diagnosticare il maltrattamento ai minori: dalla teoria alla pratica" e "La famiglia maltrattante e i bambini maltrattati". Responsabile scientifico di numerosi corsi di formazione per personale sanitario (medici, infermieri, altre professioni sanitarie) in tema di maltrattamento e abuso. Junior e Senior researcher in progetti di ricerca nazionali (maltrattamento, paralisi cerebrali infantili, organizzazione delle scuole di specializzazione di Medicina (MIUR)). Ha partecipato a convegni scientifici nazionali e internazionali in qualità di relatore (ISPCAN, AHT, International Society on Brain Injury). Autore di più di 100 pubblicazioni edite a stampa.

Giovanni Visci

Medico chirurgo, specializzato in Clinica Pediatrica e in Neuropsichiatria Infantile. Ha lavorato come pediatra ospedaliero e ha diretto l'UOC di Pediatria dell'Ospedale di Pescara e il Dipartimento Materno – infantile della ASL di Pescara fino al 2011. Attualmente lavora presso l'Associazione Focolare di Maria Regina onlus Scerne di Pineto (TE), è consulente scientifico dei progetti-obiettivo europei Daphne contro l'abuso sui minori (INTOVIAN e SPEAK-UP) e contro la violenza

alle donne e lo stalking (Progetti nazionali SUPPORT, ADRIA e PARES); ha diretto per anni il “Corso di formazione per operatori di contrasto alla violenza contro le donne e i bambini”; docente di corsi di formazione e aggiornamento professionale per pediatri e personale sanitario. È coordinatore dell'équipe terapeutica del Centro Primavera. Collabora in qualità di tecnico con l'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo dove ha partecipato a diverse commissioni tecnico-scientifiche, tra le quali quella che ha messo a punto il programma vaccinale regionale. Ha collaborato con la stesura del capitolo “La rilevazione precoce del maltrattamento infantile in pronto soccorso” al volume “La prevenzione del maltrattamento all'infanzia” pubblicato nel 2017 da F. Angeli editore. Ha pubblicato diversi lavori di argomento pediatrico, alla stesura di un volume sulla “Programmazione Sanitaria dell'assistenza pediatrica regionale” (1993) e di un volume su “Infanzia maltrattata” (G.P. Di Nicola, autrice) pubblicato da Edizioni Paoline nel 2001.

Gian Vincenzo Zuccotti

Laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Pediatria, in Neonatologia-Patologia Neonatale e in Malattie Infettive, è Direttore della Clinica Pediatrica dell'Università di Milano, Ospedale dei Bambini V. Buzzi, Direttore del Dipartimento Pediatrico Ospedale dei Bambini V. Buzzi e Direttore ad interim della Clinica Pediatrica Ospedale Luigi Sacco. Prorettore ai rapporti con le Istituzioni Sanitarie. Ha ricoperto il ruolo di presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP) lombarda. È stato componente AIFA, Working Group dedicato all'età pediatrica, membro del Ministero della Salute per la Commissione Unica per la Dietetica e la Nutrizione, membro della Commissione Nazionale AIDS e membro della Commissione Nazionale per la Sicurezza Alimentare dal 2011.

Ambulatorio BAMBI

L'Ambulatorio BAMBI su abusi e maltrattamento sull'infanzia è nato nel 2002 presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino. È stato fondato da Fulvia Negro, pediatra del pronto soccorso, per assistere i bambini vittime di maltrattamento e abuso. Presso il servizio BAMBI lavorano due pediatri che afferiscono al pronto soccorso e un medico legale, una psicologa dedicata e la collaborazione del servizio di psicologia ospedaliero, infermieri pediatrici; BAMBI collabora strettamente con il servizio di Assistenza Sociale e la Direzione Sanitaria; in caso di necessità può usufruire del servizio di NPI Ospedaliero. Il servizio è operativo 24h/24h. Durante il giorno dispone di un medico di guardia attivo, quindi si avvale degli infermieri dedicati che sono disponibili anche in reperibilità 24h/24h e dell'équipe dei medici di pronto soccorso che sono comunque stati formati a gestire queste situazioni di emergenza. Dall'inizio delle attività nel 2002 in BAMBI sono stati visitati circa 1.900 bambini e la maggior parte di loro è stata segnalata all'Autorità Giudiziaria. I bambini che giungono all'osservazione di BAMBI sono inviati direttamente dal pronto soccorso, da altri ospedali, dai medici di base, dalle Forze di Polizia o direttamente dall'Autorità Giudiziaria.

http://www.cittadellasalute.to.it/?option=com_content&view=article&id=3413:bambi-ambulatorio&catid=141

Associazione Culturale Pediatri-ACP

L'Associazione Culturale Pediatri (ACP) è una libera associazione, costituita a Milano il 5/9/1974, che ha come finalità l'aggiornamento, la formazione professionale e la diffusione della cultura dell'età evolutiva.

Raccoglie 1.500 pediatri italiani. La composizione percentuale dei soci ACP vede una prevalenza di pediatri di famiglia (circa il 65%), accanto a pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

Gli iscritti sono riuniti in gruppi affiliati distribuiti nelle diverse realtà regionali.

ACP partecipa a tavoli istituzionali e gruppi di lavoro multidisciplinari.

Si è dotata di un codice etico di comportamento che investe sia i singoli pediatri sia l'Associazione stessa. Dal 1994 pubblica Quaderni acp, rivista di politica sanitaria e sociale dell'infanzia e di aggiornamento e strumenti didattici di ausilio per il pediatra nella risoluzione dei problemi clinici.

La rivista viene pubblicata senza introiti pubblicitari. I gruppi locali ACP svolgono, sia autonomamente sia in collaborazione con l'Associazione Nazionale, attività di formazione, ricerca, educazione sanitaria, definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, valutazione di qualità delle cure, supporto a programmi di cooperazione nazionale e internazionale.

<http://www.acp.it>

Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato - Unità di Crisi per Bambini e Famiglie

La storia del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato (CRDBM)–Unità di Crisi per Bambini e Famiglie (Azienda Ospedaliera di Padova, Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino) inizia nel 1986, quando viene creata la prima Unità di Crisi per Bambini Maltrattati, all'interno del Dipartimento di Pediatria.

Il primo gruppo di lavoro è formato da 2 pediatri, 1 neuropsichiatra infantile e 1 medico legale che, in stretta collaborazione con i colleghi di altri Reparti del Dipartimento e dell'Ospedale, forniscono consulenza e supporto nei casi in cui si sospetti

una forma di maltrattamento o abuso ai minori. Tale prima Unità, nel corso degli anni, è stata ampliata, arricchita di specializzazioni nella delicata materia e il personale dedicato ha guadagnato riconoscimento a livello nazionale e internazionale.

Dall'organizzazione del congresso dell'ISPCAN nel 1993 ad Abano (congresso durante il quale si costituisce in Italia il CISMAI), all'incarico di occuparsi, per l'ufficio di Copenaghen della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), del tema della protezione del bambino nei 57 Paesi della Regione nel 1996, e in seguito alla realizzazione a Padova del First Meeting On Strategies for Child Protection nel 1998, in cui si comincia ad affrontare il maltrattamento come priorità di sanità pubblica. Le politiche definite nel corso di tali incontri vengono assunte dall'Head Quarter OMS di Ginevra per le linee guida mondiali in tema di maltrattamento e di violenza. All'Unità di Crisi di Padova viene conferito il riconoscimento di Best Practice di riferimento per l'approccio clinico medico ai bambini maltrattati e riceve l'incarico di predisporre l'istruttoria tecnica per la realizzazione della World Consultation on Child Abuse Prevention nel 1999, che ha ridefinito la nosologia delle sindromi da maltrattamento.

Con l'aumentare progressivo dell'attività e sulla base dell'esperienza nazionale e internazionale maturata, a partire dal 2000 e negli anni a seguire viene istituito con apposita normativa regionale e poi implementato e avviato un servizio specifico, l'attuale Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, che viene dotato di personale specializzato e struttura dedicata, per la diagnosi e cura delle vittime di maltrattamento, all'interno di una struttura ospedaliera di III livello. Unitamente all'attività clinica, sono stati avviati e implementati specifici percorsi sia di formazione universitaria a livello internazionale e locale, sia di formazione continua per i professionisti sanitari in diverse regioni italiane.

Il Centro è dotato di una struttura di due piani dedicata, all'interno del perimetro dell'Azienda Ospedaliera di Padova, con ambulatori e stanze di degenza per attività di outpatient e di inpatient. Gestisce 3 letti di degenza ordinaria specifica per maltrattamento e 1 letto di day-hospital (al di fuori delle degenze pediatriche), oltre che tutta l'attività ambulatoriale e di consulenza in loco e a distanza per la rete ospedaliera regionale e sovraregionale. Il funzionamento della rete di assistenza regionale è regolato da apposite delibere regionali, che definiscono la tipologia di prestazioni erogabili, la modalità di esecuzione; livelli di responsabilità e compensi tariffari. Svolge attività clinica di diagnosi di sospetto maltrattamento e di presa in carico delle vittime. Il personale operante è in parte appartenente a un'équipe dedicata, in parte ad altri reparti o servizi dell'ospedale, ma si è nel tempo specializzato nella materia.

I casi provengono da Reparti di pronto soccorso o da altri reparti ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Padova, della rete ospedaliera regionale ed extraregionale, Servizi per minori e famiglia del Distretto Territoriale dell'Azienda Sanitaria di residenza, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Servizi Sociali dei Comuni, Servizi Scolastici, Forze dell'Ordine, Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario e/o Tribunale per i Minorenni), un membro della rete familiare (accesso diretto con preselezione dei casi).

Presso il Centro vengono svolti progetti e attività di ricerca epidemiologici sulla frequenza delle forme di maltrattamento e sulle conseguenze a breve, medio e lungo termine, oltre che ricerche sperimentali sullo sviluppo cerebrale e dei tratti di sostanza bianca e sulla regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene e la catena dello stress. Vengono svolti corsi di formazione pre-laurea (esiste dal 2004 un corso specifico sul maltrattamento nel piano di studi degli studenti di Medicina e Chirurgia con 4CFU) e post-laurea nonché di formazione continua per le professioni sanitarie.

<http://www.sdb.unipd.it/centro-regionale-la-diagnostica-del-bambino-maltrattato>

Codice Rosa

Il Codice Rosa è un percorso dedicato di accesso e accoglienza al pronto soccorso per tutte le vittime di violenza: donne, minori, anziani, omosessuali. Secondo un'ottica Gender Sensitive. Viene assegnato insieme a quello di gravità (che non sostituisce) e la sua assegnazione attiva il gruppo operativo formato dal personale sanitario e non (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, Centro antiviolenza, etc.) e dalle forze dell'ordine. Vengono prestate immediatamente cure mediche e supporto psicologico, nel rispetto della riservatezza, e avviata se necessario una presa in carico territoriale che coinvolge assistenti sociali, consultorio e centro antiviolenza, vi è inoltre un'azione sinergica con la Procura della Repubblica e le forze dell'ordine, per avviare indagini o monitorare situazioni a rischio.

Nato nel 2010 nell'ex Azienda USL 9 di Grosseto, si è progressivamente esteso ad altre aziende sanitarie, fino al completamento della diffusione a livello regionale da gennaio 2014.

Lo scopo principale di Codice Rosa è il coordinamento e la messa in rete delle istituzioni e delle competenze in gioco per garantire una risposta efficace alle vittime fin dal pronto soccorso. Vi sono inoltre collaborazioni per la prevenzione e il contrasto alla violenza.

Dal 2012 (anno in cui è iniziata la sperimentazione di Codice Rosa in cinque Aziende sanitarie, di Arezzo, Lucca, Prato, Viareggio e Grosseto) al primo semestre del 2016 sono stati registrati oltre 12.000 accessi in pronto soccorso, di cui poco più di 1.600 bambini⁸.

<http://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>

Cooperativa Paradigma

Cooperativa Paradigma onlus di Torino, dal 1987, sviluppa sia modelli scientifici di intervento sia progetti sociali a favore di persone disabili e di minori. Il costante sviluppo parallelo delle due prospettive di lavoro garantisce la promozione di una cultura sociale attenta a fornire risposte puntuali, soddisfacenti e continuative alle persone di cui si prende cura. Tre sono le aree sviluppate in quasi 30 anni di attività: tutela dei minori, che con il progetto Casa Base, si occupa di bambini e

adolescenti che hanno subito maltrattamenti nell'ambito familiare con due comunità di accoglienza per minori, un'équipe clinica e terapeutica che si occupa della presa in carico psicologica dei bambini e della valutazione di recuperabilità dei genitori; disabilità che racchiude i servizi dedicati alle persone con disabilità e le loro famiglie e che ha sviluppato il progetto "La Fabbrica del Chinino" e formazione che tramite l'Agenzia Riflessi promuove percorsi formativi per medici, psicologi e operatori sociali.

<http://www.cooperativaparadigma.org/>

Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia-CISMAI

Il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) è stato costituito nel 1993 su iniziativa di alcuni centri attivi in Italia nella tutela e cura dei minori. Si tratta di un'associazione con caratteristiche di pluridisciplinarietà e di riflessione teorica a partire dalla pratica dell'esperienza sul campo. L'obiettivo è "costituire una sede permanente di carattere culturale e formativo nell'ambito delle problematiche inerenti le attività di prevenzione e trattamento della violenza contro i minori, con particolare riguardo all'abuso intrafamiliare" (art.1 Statuto).

Le attività del CISMAI comprendono il coordinamento e lo scambio fra centri, servizi pubblici e privati che lavorano nella prevenzione e trattamento e abuso contro i minori; l'identificazione di linee guida per la presa in carico e la definizione di protocolli di intervento, la promozione di contatti e scambi con forze politiche ed istituzionali per la segnalazione di priorità di azione; la promozione di convegni, seminari, dibattiti, ricerche, pubblicazioni, corsi di formazione; il contatto e la collaborazione con Associazioni nazionali e internazionali impegnate nella difesa dei diritti dei bambini e delle bambine. Fanno parte del CISMAI oltre 60 centri e servizi del settore pubblico e del terzo settore e oltre 70 professionisti soci individuali.

Il CISMAI partecipa a organismi per l'indirizzo nazionale della politica sull'infanzia, quali il primo Osservatorio Nazionale Minori, la Commissione nazionale contro gli Abusi all'Infanzia, il Comitato ex art. 17 L. 269/98 sorto per coordinare le attività contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali sui minori nel biennio 1999-2000; ha partecipato ai lavori dell'Osservatorio Nazionale Infanzia e a riunioni di consultazione e a progetti del Centro Nazionale di Documentazione sull'Infanzia e l'Adolescenza e con l'Istituto degli Innocenti di Firenze: è stato consulente della Regione Abruzzo per le linee guida regionali su abuso e maltrattamento all'infanzia; fa parte del PIDIDA – Per I Diritti dell'Infanzia e Dell'Adolescenza (coordinamento di associazioni curato dall'UNICEF); partecipa al Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, coordinato da Save the Children; è socio del Child Rights Information Network (CRIN); è partner nazionale dell'International Society Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

<http://cismai.it/>

Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati - GIADA

GIADA nasce nel 2000 come unità funzionale trasversale all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Di Venere" e al Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII". Nel 2005 si è sviluppato trasversalmente a tutte le unità operative dell'Ospedale Pediatrico e ad alcune Unità Operative del Policlinico (Neonatologia e Terapia Intensiva, Ginecologia e Ostetricia, Medicina Legale e Pronto Soccorso).

Nel 2009, la Giunta regionale ha adottato GIADA inserendolo fra gli obiettivi strategici della Regione finanziando un'équipe dedicata, al fine di potenziare le attività di prevenzione, diagnosi precoce e cura dei bambini/adolescenti e famiglie in condizioni di rischio e/o di violenza, oltre che per mettere in atto un'esperienza pilota di rete regionale interdisciplinare e interistituzionale sanitaria in grado di fronteggiare il fenomeno della violenza sui minorenni.

Le attività di GIADA riguardano: assistenza psicologica e sociale, pediatrica e specialistica delle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni; osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico; accompagnamento giudiziario; consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno-infantile su specifici e qualificati quesiti critici; ricerca e formazione di base e specialistica, anche con AUDIT clinici; attività di prevenzione dei pericoli per la salute associati alle violenze online; campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia.

L'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di: urgenza-emergenza, ricovero programmato e regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria.

Dal 2013 condivide un protocollo operativo con la Procura Ordinaria e Minorile di Bari e con le Forze dell'Ordine per la raccolta di sommarie informazioni (L. 172/2012) e assicura assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età; tale azione ha permesso di arricchire la collaborazione già avviata con il Tribunale per i Minorenni di Bari per la presa in carico dei minori e delle loro famiglie.

Dal 2013 nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole è stato strutturato un Progetto di formazione e prevenzione sulle tematiche della violenza sessuale online, cyber bullismo, adescamento online. Le azioni progettuali svolte in collaborazione con i referenti regionali GIADA e la Polizia Postale, sono rivolte alle scuole della Regione e coinvolgono insegnanti, alunni e genitori.

Dal 2016 GIADA è Centro di Riferimento Regionale ("Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età" D.G.R. n. 1878 del 30.11.2016).

GIADA è inserito all'interno di una rete regionale di servizi sanitari ospedalieri e territoriali, di servizi sociali, di servizi scolastici e servizi del privato sociale.

<http://www.giadainfanzia.it/>

Rete Interaziendale Milano Materno Infantile-RIMMI

La Rete Interaziendale Milano Materno Infantile (RIMMI) è formata da tutte le strutture, i servizi e le risorse professionali con attività significativa di prevenzione e assistenza nell'area materno-infantile di Milano. Si propone di progettare e sperimentare una modalità organizzativa per integrare le risorse nell'assistenza materno infantile presenti nella città di Milano. La mission è "sviluppare un'offerta di servizi sanitari e sociosanitari attraverso un'organizzazione a rete in grado di coinvolgere tutte le componenti del processo assistenziale, in risposta ai bisogni delle donne, delle madri, dei neonati, dei bambini e degli adolescenti (età pediatrica da 0 a 18 anni)". La RIMMI coinvolge i servizi del territorio e i centri specialistici e vi partecipano: ATS Città Metropolitana di Milano; ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) e IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico): ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Pini/Cto; ASST Grande ospedale metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta. Un'altra componente della RIMMI è rappresentata dagli ambulatori dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale, con pazienti da 0 a 18 anni, e collaborano con collegamenti funzionali e la condivisione di Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali.

<http://www.regioni.it/dalleregioni/2016/09/22/lombardia-rete-interaziendale-milano-materna-infantile-gallera-diventera-modello-per-tutta-la-regione-478248/>

Soccorso Violenza Sessuale e Domestica-SVSeD

Il centro Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) di Milano è attivo dal 1996 presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Clinica Ostetrico Ginecologica, "Luigi Mangiagalli"). SVSeD è il primo centro antiviolenza pubblico in Italia e dal 1998 è centro di riferimento regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori. Il servizio offre supporto sanitario, psicologico e sociale a favore delle persone, di qualunque età, che hanno subito violenza sessuale e domestica. SVSeD è un centro antiviolenza pubblico dove chi subisce violenza trova soccorso, comprensione e aiuto in emergenza e viene seguito nel lungo periodo da un'équipe multidisciplinare composta da operatori esperti. Offre assistenza sanitaria 24/24h per 365 gg/anno, accoglienza e informazioni da parte del personale sanitario e psicosociale.

L'équipe multidisciplinare del Centro è composta da ginecologhe, medici legali, chirurghi pediatriche, psicologhe, psicoterapeute, assistenti sociali, infermiere, ostetriche (tutti gli specialisti coinvolti hanno una specifica esperienza nella diagnosi e nella terapia delle vittime di violenza adulte e minori).

Grazie all'ausilio degli avvocati penalisti e civilisti di SVS Donna Aiuta Donna onlus, SVSeD è in grado di garantire a tutte le vittime, che non abbiano già consultato un avvocato, una consulenza e un'assistenza legale gratuita. I minori che arrivano a SVSeD, specialmente se la violenza sessuale e il maltrattamento sono avvenuti in ambito familiare, hanno bisogno di un percorso psicosociale dedicato, che spesso richiede anche il successivo coinvolgimento dei servizi territoriali in base alle decisioni del Tribunale per i Minorenni. Anche per tale motivo i rapporti con Forze dell'Ordine, Polizia Locale e Procura presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni sono tenuti costantemente dai collaboratori del Centro. Complessivamente, dal 1996 a tutto il 2015, SVSeD ha offerto assistenza a 7.815 vittime di violenza sessuale e domestica. Nel 2016 le vittime di violenza assistite dal personale SVSeD sono state 1.037.

<http://www.policlinico.mi.it/DiCosaHaiBisogno/SVSeD.html>



Note

- ¹ Si ringraziano: Federica Zanetto, presidente ACP e i pediatri Massimo Farneti, Annamaria Falasconi, Raffaella Schirò, Beppe Primavera, Rosa Maranto, Sandro Bianchi, Marco Debernardi, Marisa Bechaz, Enrica Gerace, Maria Grazia Fois.
- ² <http://www.saluter.it/news/regione/maltrattamento-e-abuso-sui-minori-le-raccomandazioni-per-lassistenza-e-il-vdeo-del-convegno-dell1-ottobre>
- ³ Ordine degli Psicologi del Lazio – Linee Guida per le perizie in caso di abuso sui minori. 2008 (<http://cismai.it/ordine-degli-psi-cologi-del-lazio-linee-guida-per-le-perizie-in-caso-di-abuso-sui-minori/>); Procedura aziendale sulla violenza sui minori. 2016 (http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/incontri_pediatrici/urg_ped_violenza_minori.pdf); Protocollo sull'ascolto del minore – Tribunale per i minorenni di Roma ed Ordine degli Avvocati di Roma Gli intervenuti. 2007 (<http://cismai.it/protocollo-sullascolto-del-minore-tribunale-per-i-minorenni-di-roma-ed-ordine-degli-avvocati-di-roma-gli-intervenuti/>); Atti della Giunta Regionale e degli Assessori Deliberazione 19 novembre 2013, n. 395 Approvazione modello di “Protocollo per l'adozione di interventi coordinati di prevenzione e intervento nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia “28/11/2013 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 98 (http://www.oaslazio.it/doc/DGR_nov_2013_protocollo.pdf); Piano regionale di interventi per il contrasto degli abusi e maltrattamento a danno dei minori (http://www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl_news/PSR_Piano_contrasto_abusi_e_maltrattamenti.pdf).
- ⁴ *Identificare e gestire i casi di maltrattamento: il ruolo del pediatra*, Quaderni ACP 2011; 18(6): 276; *L'ascolto del minore, parte offesa di abuso sessuale*, Quaderni ACP 2012; 19(5): 227-230; *Prevalenza e rischio di violenza verso i bambini con disabilità*, Quaderni ACP 2014; 21(2): 69; *L'abuso sessuale, qualche appunto per il pediatra delle cure primarie*, Quaderni ACP 2014; 21(2): 70-73; *Il maltrattamento fisico: quali conoscenze per il pediatra*, Quaderni ACP 2014; 21(5): 198-204; *Nati per non essere maltrattati*, Quaderni ACP 2016; 4: 169-70; *Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale*, Regione Emilia Romagna; *Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico*, Regione Emilia Romagna; Quaderni ACP 2016; 23(2):d.2.
- ⁵ <http://terredeshommes.it/comunicati/rima-indagine-di-terre-des-hommes-sbam-su-medici-e-pediatri-6-su-10-sospettano-maltrattamenti-a-danno-dei-minori-ma-1-su-2-non-li-denuncia/>.
- ⁶ Deliberazione G.Reg. Aut.VdA n.1114 del 27/04/2007; Documento PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE NELLE SITUAZIONI DI SOSPETTO MALTRATTAMENTO O VIOLENZA SUL MINORE a cura del Gruppo di Coordinamento Interistituzionale sul maltrattamento e l'abuso. Gennaio 2008 aggiornato a dicembre 2016; *Documento Parole, emozioni e... ascoltiamo i bambini. Suggerimenti e indicazioni per insegnanti e per chi lavora con bambini e adolescenti*, prodotto da operatori educativi scolastici ed operatori socio-sanitari del gruppo di Coordinamento Interistituzionale su Maltrattamento e Abuso, 2011.
- ⁷ www.regione.vda.it/servsociali/minori/attivit_a/gruppo_maltrattamento_e_abuso_i.asp
- ⁸ http://www.regione.toscana.it/zh_TW/web/toscana-notizie/dettaglio-notizia/-/asset_publisher/mk54xJn9fxJF/content/codice-rosa-dal-2012-oltre-12-000-accessi-nei-pronto-soccorso-della-toscana;jsessionid=38E1F659E372F7F0DB9C44A-FE96C5972.web-rt-as01-p2

GLOSSARIO DEGLI ACRONIMI

- ACP:** Associazione Culturale Pediatri
- AIPC:** Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva
- ANCI:** Associazione nazionale Comuni Italiani
- AOPI:** Associazione ospedali Pediatrici Italiani
- CBM:** Centro per il bambino maltrattato
- CISMAI:** Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia
- CRDBM:** Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Padova
- DiRe:** Donne in rete contro la violenza
- EMUR:** flussi Emergenza Urgenza (schede)
- FIMP:** Federazione Italiana Medici Pediatri
- GIADA:** Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati
- ISS:** Istituto Superiore di Sanità
- ISTAT:** Istituto Nazionale di Statistica
- IChiMa:** Italian Child Maltreatment study group
- NPI:** neuropsichiatria infantile
- OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO)
- O.N.Da:** Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
- O.R.A.:** Osservatorio Regionale Antiviolenza
- PIUMA:** Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso
- PS:** pronto soccorso
- RIMMI:** la Rete Interaziendale Milanese Materno Infantile
- SBAM:** Sportello Bambino Adolescente Maltrattato
- SDO:** Schede di Dimissione Ospedaliera
- SerT:** Servizi per le Tossicodipendenze
- SICuPP:** Società Italiana di Cure Primarie Pediatriche
- SIMG:** Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
- SIN:** Società Italiana di Neonatologia
- SIP:** Società Italiana di Pediatria
- SVSeD:** Soccorso Violenza Sessuale e Domestica
- WHO:** World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS)

Save the Children

è la più importante organizzazione internazionale indipendente, dedicata dal 1919 a salvare i bambini in pericolo e a promuovere i loro diritti, subito e ovunque, con coraggio, passione, efficacia e competenza.

Opera in oltre 120 Paesi per garantire a tutti i bambini salute, protezione, educazione, sviluppo economico, sicurezza alimentare e promuovere la partecipazione di tutti i minori. Inoltre risponde alle emergenze causate da conflitti o catastrofi naturali.

Save the Children è stata costituita in Italia alla fine del 1998 come Onlus e ha iniziato le sue attività nel 1999.

Oggi è una Ong riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri.

Oltre all'importante impegno a livello internazionale Save the Children Italia sviluppa programmi che hanno l'obiettivo di migliorare la vita dei bambini e delle bambine che vivono sul nostro territorio con interventi nell'ambito della lotta alla povertà minorile, della protezione dei minori a rischio di sfruttamento (come i minori stranieri non accompagnati), dell'educazione e della scuola, dell'uso sicuro delle nuove tecnologie, della tutela dei minori nelle emergenze.



Save the Children

Save the Children Italia Onlus

Via Volturmo 58 -00185 Roma

tel + 39 06 480 70 01

fax +39 06 480 70 039

info.italia@savethechildren.org

www.savethechildren.it