



Inquadra Qr Code
per scaricare il **Manuale operativo**



Contatti utili

NUMERO VERDE NAZIONALE ANTIVIOLENZA E ANTISTALKING
1522

U.O.S.D PSICOLOGIA - GIADA, CENTRO SPECIALISTICO REGIONALE
Tel. 0805596827 - email: giadainfanzia@policlinico.ba.it

<https://www.regione.puglia.it/web/welfare-diritti-e-cittadinanza/lotta-alla-violenza-di-genere>

La presente pubblicazione è resa possibile grazie al contributo del progetto PUGLIA FOR SPECIAL KIDS



Dipartimento
per le politiche della famiglia
Presidenza del Consiglio dei Ministri



Regione Puglia

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

MANUALE OPERATIVO

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



+manni

PRESENTAZIONE

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

Ed è proprio in quest'ottica che Regione Puglia ha inteso adottare strumenti operativi tesi a garantire, su tutto il territorio regionale, una presa in carico integrata e globale nelle diverse fasi, dalla rilevazione al trattamento, garantendo efficacia ed uniformità di procedure per la prevenzione ed il contrasto della violenza nei confronti delle persone minori per età.

Gli step che hanno segnato il percorso in questa direzione sono stati, in primis, l'elaborazione delle *“Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età”*, approvate con Del.G.R. n. 1878/2016, seguite dall'emanazione del *Manuale operativo*, adottato con Del.G.R. n. 1641/2020, che ha dato avvio anche all'iter istitutivo della rete regionale dei servizi.

Il Manuale rappresenta uno strumento concreto per rispondere al bisogno, diffuso tra gli operatori dei servizi socio sanitari e le operatrici dei centri antiviolenza pugliesi, di poter erogare interventi basati su un know how solido e condiviso. La sua pubblicazione è resa possibile grazie al contributo del Progetto *“PUGLIA FOR SPECIAL KIDS. Azioni di Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie su tutto il territorio della Regione Puglia”*, approvato e finanziato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio.

Nell'ambito del Progetto PUGLIA FOR SPECIAL KIDS il lavoro dell'equipe ha consentito di revisionare le procedure per la presa in carico delle persone minori per età vittime di violenza assistita e delle loro madri, delle vittime di crimini domestici e degli adulti affidatari che se ne prendono cura, contribuendo così allo sviluppo, messa a sistema e implementazione di prassi operative integrate per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica delle persone minori per età esposte ad esperienze traumatiche e dei loro caregivers, favorendo l'omogeneità dei percorsi nonché la qualità e l'accessibilità ai servizi preposti.

Al fine di integrare ulteriormente le azioni a tutela delle/dei minorenni vittime di maltrattamento e violenza, la Regione Puglia, con Del.G.R. n. 2238/2021, avente oggetto *“Del.G.R. N. 1641/2020 “Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età” - Avvio iter istitutivo della Rete Regionale dei Servizi. Adozione Manuale Operativo”*. Costituzione del gruppo di lavoro per il coordinamento e la supervisione della Rete Regionale dei Servizi” ha, di fatto, istituito un coordinamento regionale al fine di favorire il processo di costituzione ed implementazione della rete regionale anche attraverso il coinvolgimento attivo delle varie Istituzioni deputate alla tutela e cura dell'infanzia violata e il consolidamento degli interscambi tra le reti attraverso audit sistematici tra gli operatori.

La tematica è centrale anche per il V Piano Regionale delle Politiche Sociali 2022-2024, adottato con Del.G.R. n. 353/2022, sia per quanto attiene la strategia di intervento del Dipartimento Welfare nell'area strategica della prevenzione e il contrasto di tutte le forme di maltrattamento e violenza su donne e minori, sia per quanto concerne le principali azioni che richiedono la stretta e necessaria integrazione sociosanitaria.

Proseguire con determinazione nel percorso intrapreso dalla Regione Puglia sia per la qualificazione dei servizi, in primis sociosanitari, preposti alla tutela e protezione delle/dei minori, sia per la loro necessaria stabilizzazione, secondo un approccio improntato alla multidisciplinarietà, è la strada obbligata se si vuole far fronte anche alle nuove forme di maltrattamento/violenza, e che la pandemia da covid-19 ha purtroppo amplificato drammaticamente.

È fondamentale che tutte le Istituzioni collaborino fornendo tutti gli strumenti necessari per lo sviluppo di politiche per la tutela dei diritti dei bambini e adolescenti e per la promozione di attività di prevenzione e cura.

Direttore Dipartimento
“Promozione della Salute e del Benessere Animale”
Dr. Vito Montanaro

Direttore Dipartimento “Welfare”
Dr.ssa Valentina Romano



(ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 1641 del 8 Ottobre 2020)

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

Manuale operativo

CREDITS

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

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

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

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

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

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

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

Indice

PREMESSA	pag. 7
INTRODUZIONE	pag. 8
SEZIONE I – LINEE GUIDA REGIONALI: STATO DI ATTUAZIONE	pag. 9
1. Organizzazione della presa in carico	pag. 9
1.1. <i>I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI</i>	pag. 10
1.2. <i>II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE</i>	pag. 11
1.3. <i>III LIVELLO - CENTRO ALTAMENTE SPECIALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA - GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE e bambini ABUSATI (GIADA)</i>	pag. 13
1.4. <i>MINORENNI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI: DATI DI MONITORAGGIO AL 1 GENNAIO 2019</i>	pag. 14
1.5. <i>MINORENNI PRESI IN CARICO DAL CENTRO SPECIALISTICO REGIONALE: DATI di GIADA AL 1° GENNAIO 2019</i>	pag. 17
2. La formazione degli operatori della Rete Regionale	pag. 21
3. La Rete regionale dei referenti	pag. 22
SEZIONE II – RACCOMANDAZIONI	pag. 23
1. Raccomandazioni generali	pag. 23
2. Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza domestica	pag. 23
3. Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza tra pari on-line e off-line	pag. 25
4. Raccomandazioni per la segnalazione all’Autorità Giudiziaria	pag. 25
5. Raccomandazioni per il trattamento	pag. 25
SEZIONE III – PERCORSI OPERATIVI	pag. 27
1. Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (III livello)	pag. 27
2. Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (II livello)	pag. 29
3. Protocollo Assistenziale territoriale	pag. 31
4. Protocollo di intervento per il lutto traumatico nei bambini “special orphans”	pag. 33
5. Ascolto Giudiziario	pag. 35
6. Minori stranieri non accompagnati	pag. 37
7. Violenze tra pari ON-LINE e OFF-LINE	pag. 39
8. Cura del Trauma	pag. 41
SEZIONE IV – STRUMENTI OPERATIVI	pag. 43
1. Questionari per la rilevazione in Pronto Soccorso della violenza domestica e il rischio di re-vittimizzazione	pag. 43
2. Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso	pag. 45
3. Modulo per la richiesta di intervento dei Centri Specialistici per la cura del Trauma Interpersonale da parte delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali	pag. 48

- | | |
|--|---------|
| 4. Modulo per la richiesta di collaborazione per l'ascolto protetto da parte dell'Autorità Giudiziaria o Forze dell'Ordine | pag. 58 |
| 5. Modulo per l'analisi quali-quantitativa dell'attività del I livello | pag. 62 |
| 6. Modulo per l'analisi quali-quantitativa dell'attività del II livello | pag. 66 |

SEZIONE V - PERCORSI E STRUMENTI OPERATIVI AL TEMPO DELL'EMERGENZA PANDEMICA	pag. 76
--	---------

- | | |
|--|---------|
| 1. La tutela, la presa in carico e la cura psicologica delle persone minori per età durante l'emergenza sanitaria | pag. 76 |
| 2. Lutto traumatico durante l'emergenza sanitaria | pag. 78 |
| 3. PICCOLI PASSI ... per sconfiggere il virus! Indicazioni psicoeducative per pediatri, operatori del settore e genitori | pag. 81 |
| 4. PICCOLI PASSI ... per la tutela al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per educatori di comunità | pag. 84 |
| 5. PICCOLI PASSI ... per essere faro al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per insegnanti | pag. 87 |
| 6. Criteri e procedure per l'accesso alla telepsicologia di pazienti minorenni | pag. 89 |
| 7. Modulo di consenso informato alla Telepsicologia per genitori/caregivers | pag. 91 |
| 8. Informativa per ragazzi sulla Telepsicologia | pag. 93 |

SEZIONE VI – ALLEGATI	pag. 94
-----------------------	---------

- | | |
|---|----------|
| 1. La Sindrome da Alienazione Genitoriale (Risposta del Ministro della Salute all'Interrogazione parlamentare n. 4-02405) | pag. 95 |
| 2. Codici ICD9-CM per la rilevazione della violenza interpersonale | pag. 99 |
| 3. Prospetto quadri diagnostici a breve, medio e lungo termine correlati al trauma interpersonale infantile | pag. 101 |

APPENDICE	pag. 102
-----------	----------

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

INTRODUZIONE

Definizione e dimensione del fenomeno

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002)¹, per maltrattamento all'infanzia si intendono *“tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o altro che comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere”*.

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

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

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

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

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

In considerazione della portata del fenomeno l'OMS (2006)⁶ lo considera un **problema di salute pubblica**⁷, che va affrontato con la massima priorità; i costi in salute delle vittime è elevatissimo, pertanto è necessaria una diagnosi corretta e precoce⁸. L'ONU (2006)⁹ ha evidenziato che la violenza su minorenni è un problema globale che richiede interventi urgenti, ma che tuttavia rimane in gran parte *“nascosta, non denunciata e sottostimata”* e che si consuma prevalentemente tra le mura domestiche.

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

¹ World Health Organization (2002): *World Report on violence and Health*, World Health. Organization, Ginevra

² World Health Organization (2013): *European report on preventing child maltreatment*

³ Klevens J, Leeb RT. *Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System*. *Child Abuse Negl.* 2010 Apr;34(4):262-6

⁴ World Health Organization (2014): *Global Status Report on Violence Prevention 2014*

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

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

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

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

⁹ ONU (2006): Studio del Segretario Generale della Nazioni Unite sulla violenza sui bambini, www.unhcr.org/refugees/italy/2006/01/2006-report-on-violence-against-children.html

Sezione I

LINEE GUIDA REGIONALI: STATO DI ATTUAZIONE

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

1. ORGANIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI

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

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

La composizione minima dell’equipe deve prevedere:

- 1 assistente sociale di ambito territoriale con adeguata formazione in materia (cui si deve affiancare l’assistente sociale del comune di residenza del minore e della famiglia salvo che la titolarità della presa in carico non venga delegata per effetto della gestione associata dei servizi all’Ambito territoriale)
- 1 psicologo del Consultorio familiare del Distretto¹⁰, con adeguata esperienze e formazione in materia, per almeno 12 ore settimanali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso di impossibilità da parte delle Aziende Sanitarie Locali ad individuare il personale in servizio da impiegare presso i suddetti Centri Specialistici, si procederà a convenzionare specialisti ambulatoriali in possesso di particolari capacità professionali in materia, così come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale¹¹ ovvero ad attivare forme di convenzione con centri specialistici per lo studio, la diagnosi e la cura delle conseguenze psicologiche della violenza, in possesso di comprovata capacità professionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Centro svolge le seguenti funzioni:

- assistenza psicologica¹², pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni; l'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria*
- consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici*
- attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia*
- accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età*
- gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico*
- ricerca e formazione di base e specialistica*
- comunicazione, sito web www.giadainfanzia.it*
- audit clinici trimestrali con i centri specialistici di secondo livello*
- componente del Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni.*

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

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

Con il documento di linee guida veniva approvato anche il primo report di monitoraggio sui minori presi in carico dai servizi, integralmente riportato come allegato del documento stesso (monitoraggio anno 2015).

Il Servizio Minori, Famiglie e PO, con il supporto tecnico dell'Ufficio Statistico regionale, ha condotto la rilevazione nel corso del 2019 con riferimento ai minori complessivamente in carico al 1 gennaio 2019.

Alla rilevazione hanno partecipato 30 Ambiti territoriali sul totale di 45, solo 26 hanno fornito le schede compilate in modo da poterle comparare e analizzare. Pertanto, il secondo monitoraggio (1 gennaio 2019) ha riguardato un bacino pari al 56,5% del totale complessivo della popolazione minorile residente in Puglia.

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

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

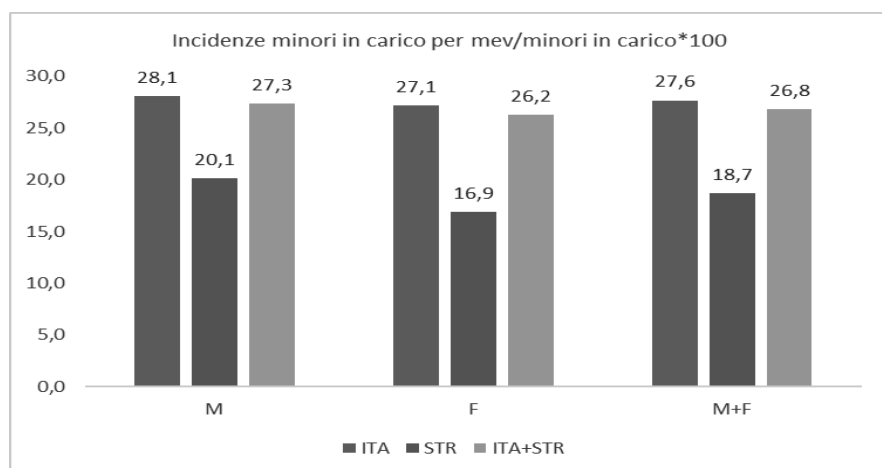


Grafico 1: incidenza minori in carico per maltrattamento/violenza su minori in carico*100

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

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

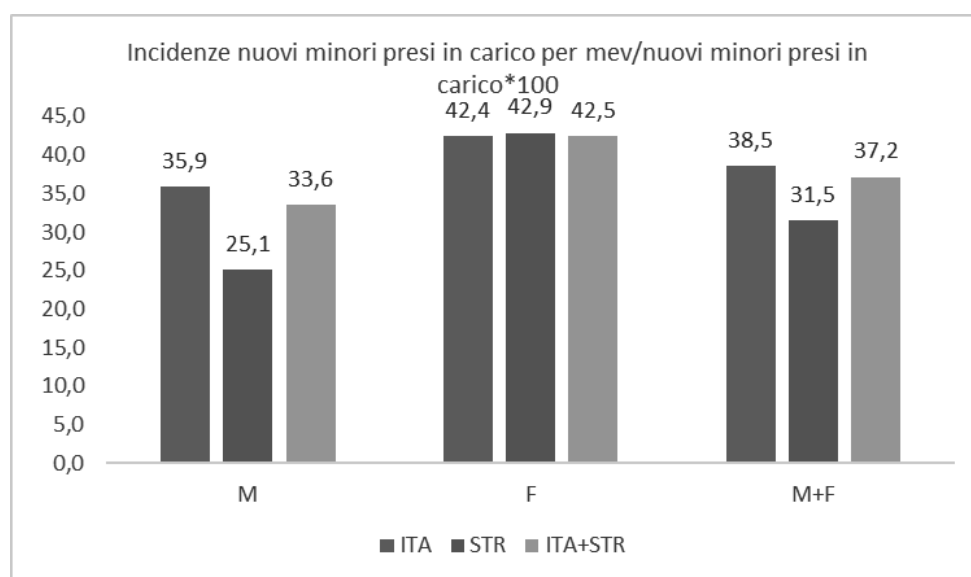
Tab. 1: Minori presi in carico dai servizi sociali nel corso del 2018

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

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

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

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

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

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

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

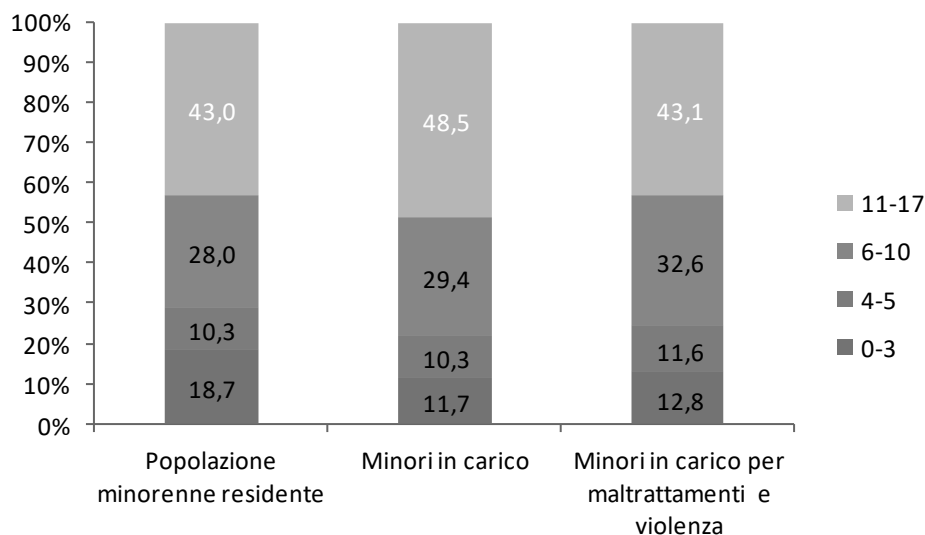


Grafico 3: Popolazione minorenni residente, minori in carico e in carico per maltrattamenti e violenza per età.

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

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

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

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

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

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

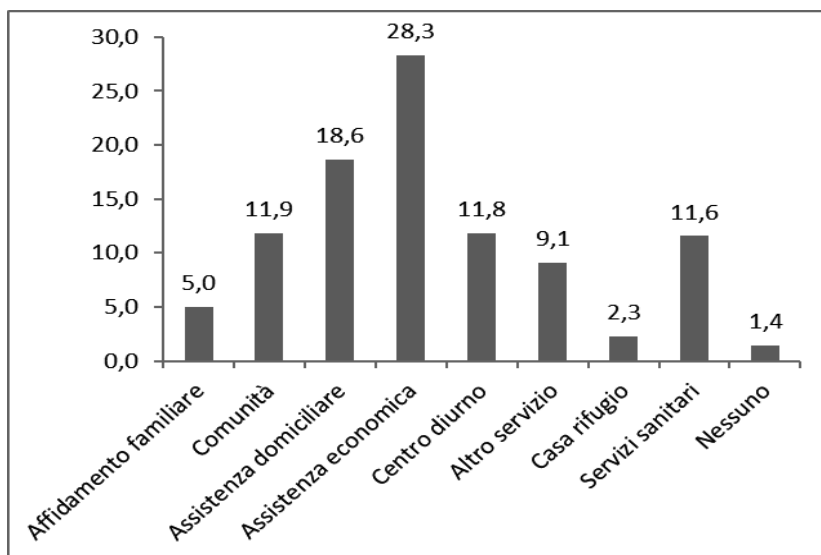


Grafico 4: Tipologia di servizio a cui il minore ha avuto accesso negli Ambiti territoriali rispondenti.

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

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

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

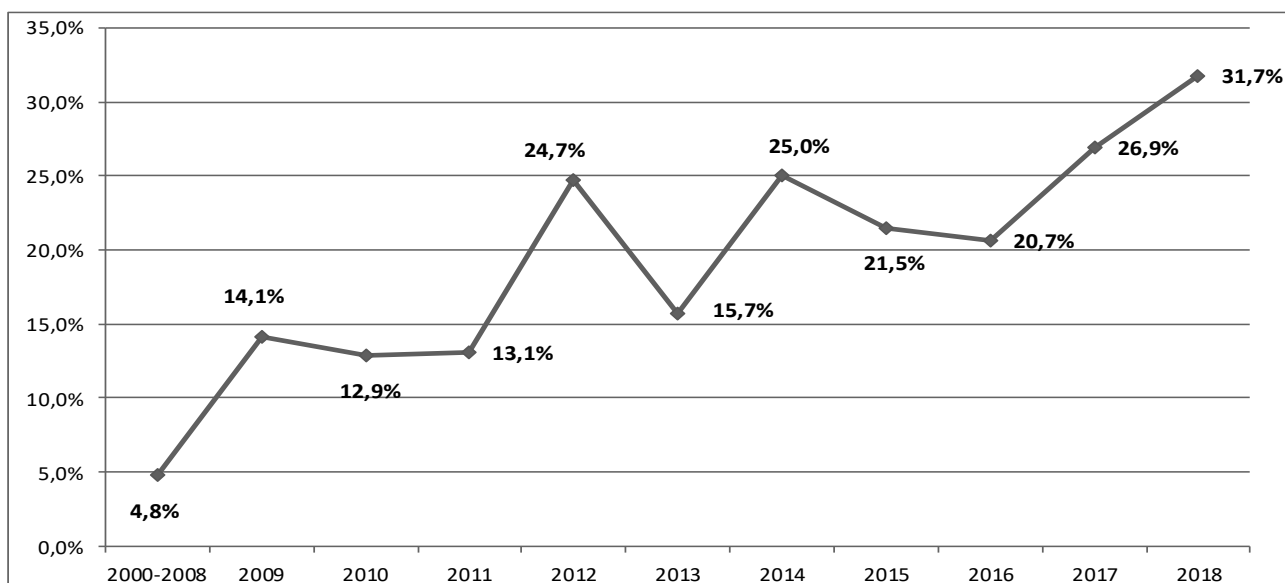


Grafico 5: incidenza dei casi GIADA sui casi giunti al Servizio fino al 2018

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

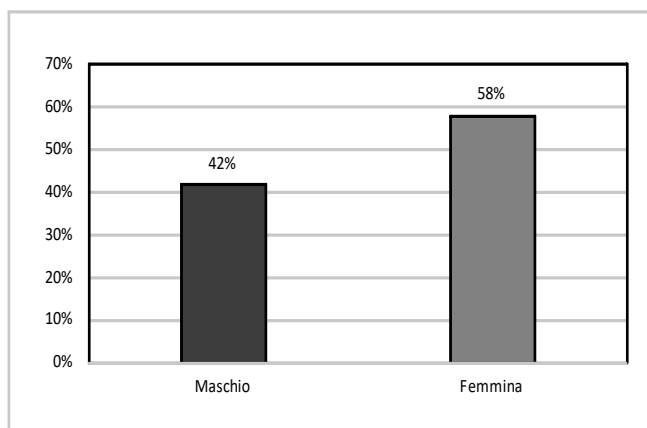


Grafico 6: distribuzione per genere

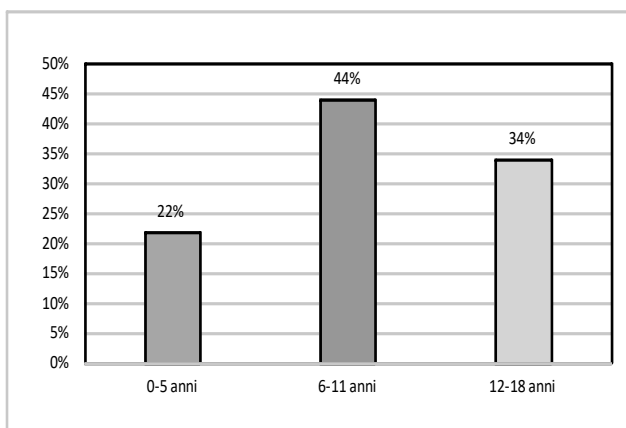


Grafico 7: distribuzione per fasce d'età

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

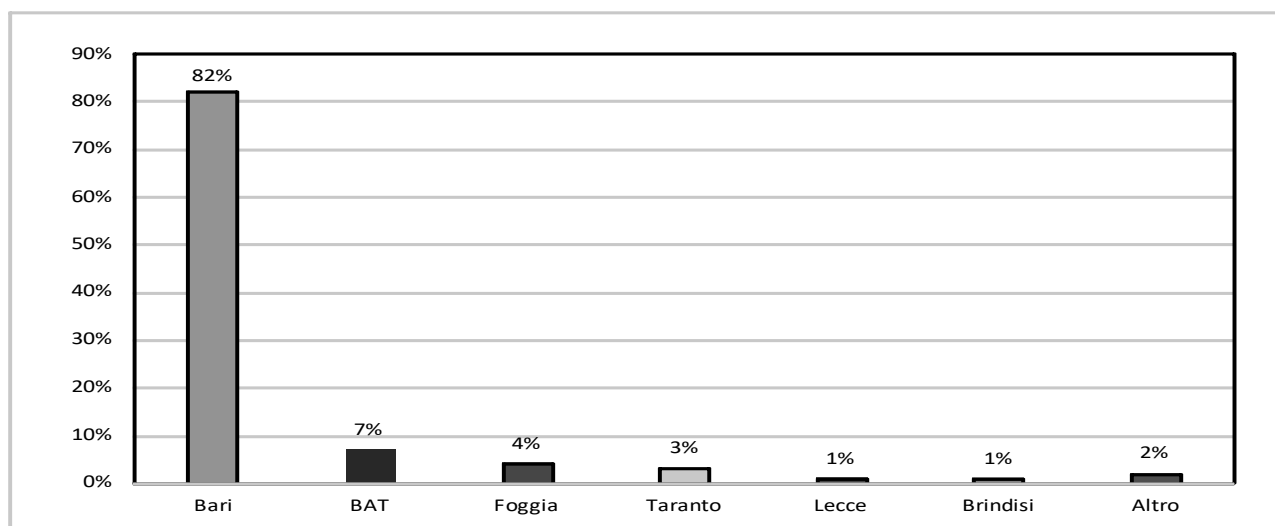


Grafico 8: distribuzione per territorio d'appartenenza

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

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

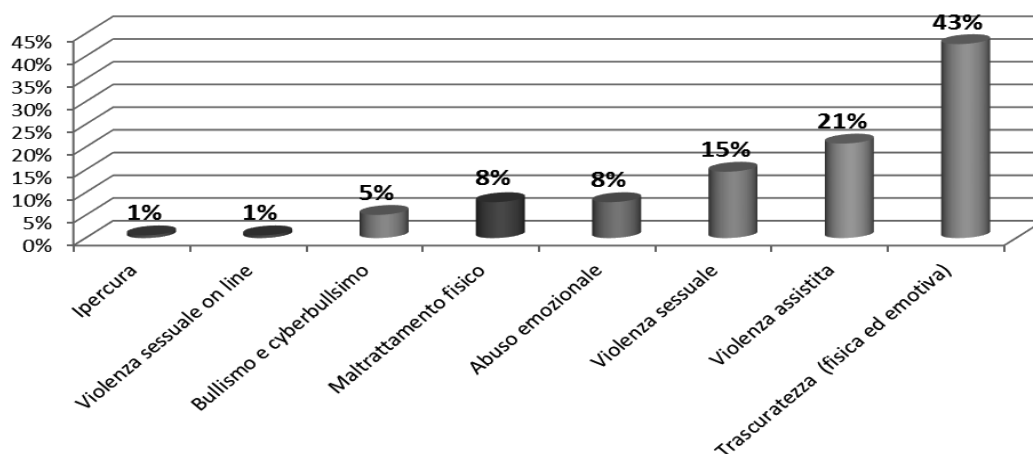


Grafico 9: distribuzione per tipologia di violenza

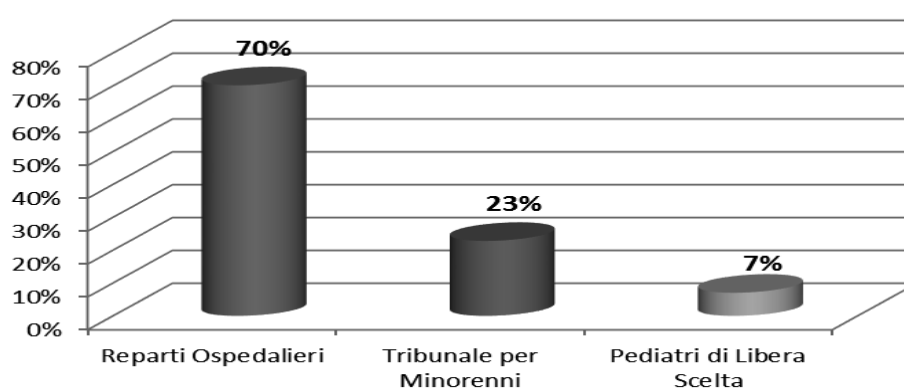


Grafico 10: distribuzione per tipologia di inviante

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

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

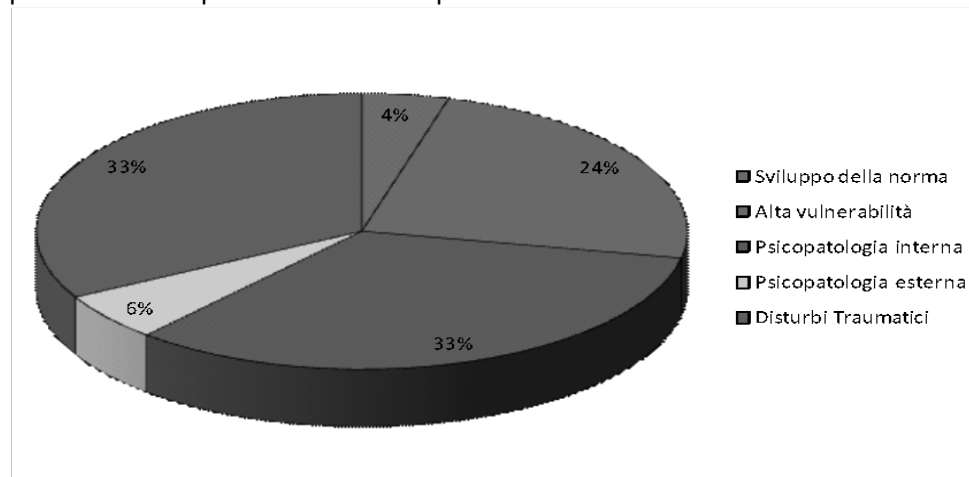


Grafico 11: distribuzione per tipologia diagnosi psicologica

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

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

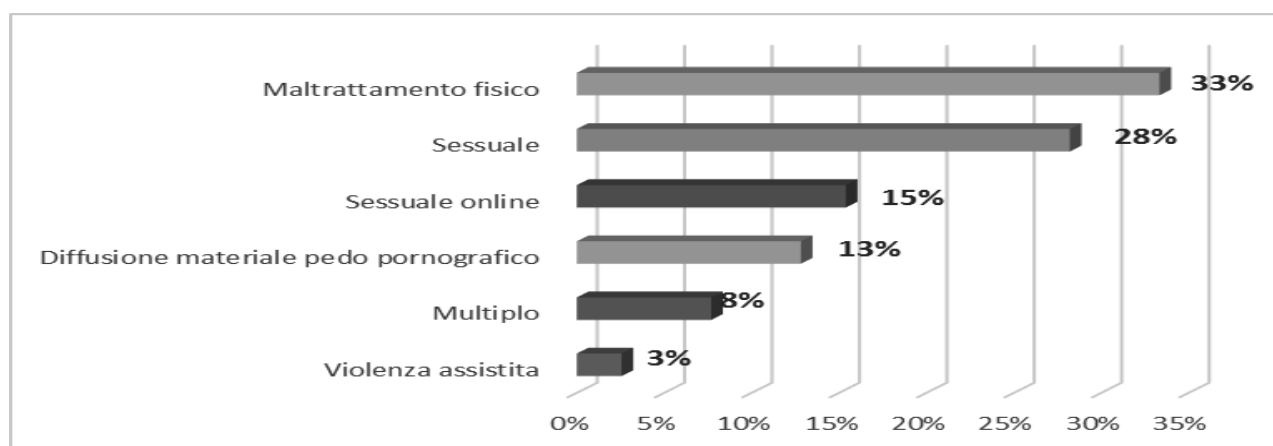


Grafico 12: distribuzione per tipologia di ipotesi di reato

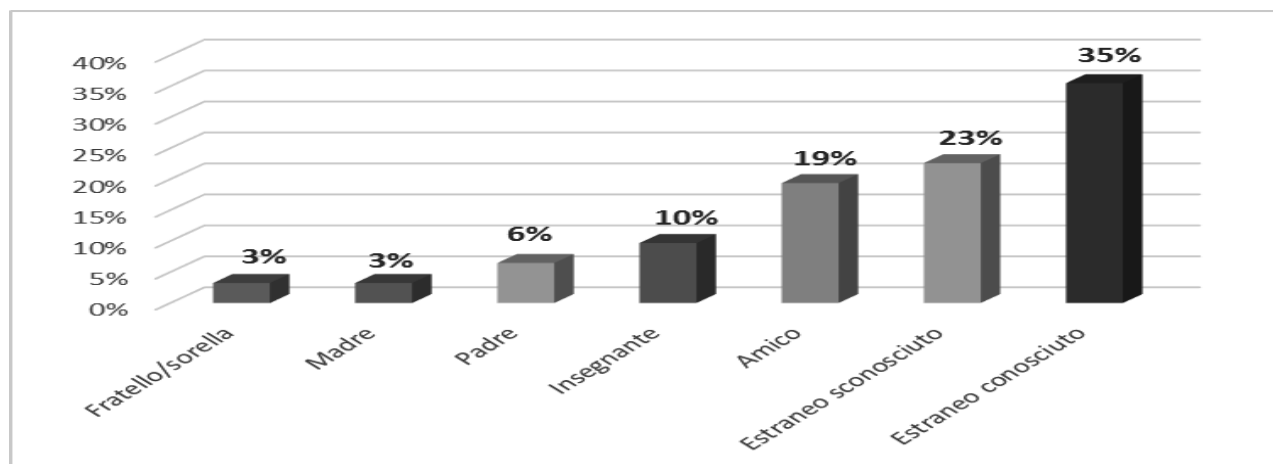


Grafico 13: distribuzione per tipologia di autore del reato

2. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA RETE REGIONALE

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

Ambiti Territoriali:

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

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

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

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

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

Gli obiettivi formativi sono stati:

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

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

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

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

3. LA RETE REGIONALE DEI REFERENTI

A seguito dell'espletamento della formazione specialistica la Regione Puglia ha una mappa della Rete dei referenti che copre l'intero territorio regionale e che individua, per ognuno dei 3 livelli previsti dagli indirizzi regionali, gli operatori che hanno acquisito specifiche competenze nella rilevazione e presa in carico di minori vittime delle diverse forme di violenza. In allegato si riporta l'elenco dei Referenti della Rete dei servizi che ha partecipato alla prima formazione specialistica regionale e l'elenco dei Centri Antiviolenza operativi in Puglia e che hanno partecipato alla formazione con alcune operatrici all'uopo individuate (vedi Appendice).

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

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

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

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

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

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

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

Sezione II

RACCOMANDAZIONI

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

1. RACCOMANDAZIONI GENERALI

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

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

2. RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE PER I CASI DI VIOLENZA DOMESTICA

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

esposto a violenza domestica devono:

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

Si allega al presente documento, per opportuno approfondimento (vedi Sezione VI – capitolo 1), la nota del

Ministro della Salute del 29.5.2020 che esprime la posizione del Governo in merito alla “Sindrome da Alienazione Genitoriale” che *“non risulta inserita in nessuna delle classificazioni in uso in ragione della sua evidente “ascientificità” dovuta alla mancanza di dati a sostegno”*. L’Istituto Superiore di Sanità ha segnalato che *“su questo argomento è in corso un vivace dibattito nella Comunità scientifica, anche e soprattutto, per il rischio di utilizzo strumentale di una definizione priva di validità diagnostica nelle controversie che coinvolgano minori”*.

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

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

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

4. RACCOMANDAZIONI PER LA SEGNALEZIONE ALL’AUTORITÀ GIUDIZIARIA

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

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

5. RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO

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

Anche nei casi di violenza assistita, in cui spesso viene posta l’attenzione prevalentemente sulla donna,

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

Pertanto, fatte queste premesse, occorre precisare che:

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

Sezione III

PERCORSI OPERATIVI

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

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

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

- su contatto diretto con l'equipe GIADA (da parte delle comunità/case rifugio, centri antiviolenza o operatori della Rete GIADA) la quale provvederà ad allertare il pronto soccorso e, se è il caso, le Forze dell'Ordine, vi è una pronta attivazione del codice denominato GIADA¹³;
- per accesso diretto al Pronto soccorso attraverso i vari canali (118, Forze dell'Ordine, accesso spontaneo, pediatra di libera scelta o servizi sociali del territorio) con conseguente attivazione del codice denominato GIADA¹³ nel caso in cui vengano rilevati sintomi, segni o elementi della storia anamnestica sospetti.

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

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

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

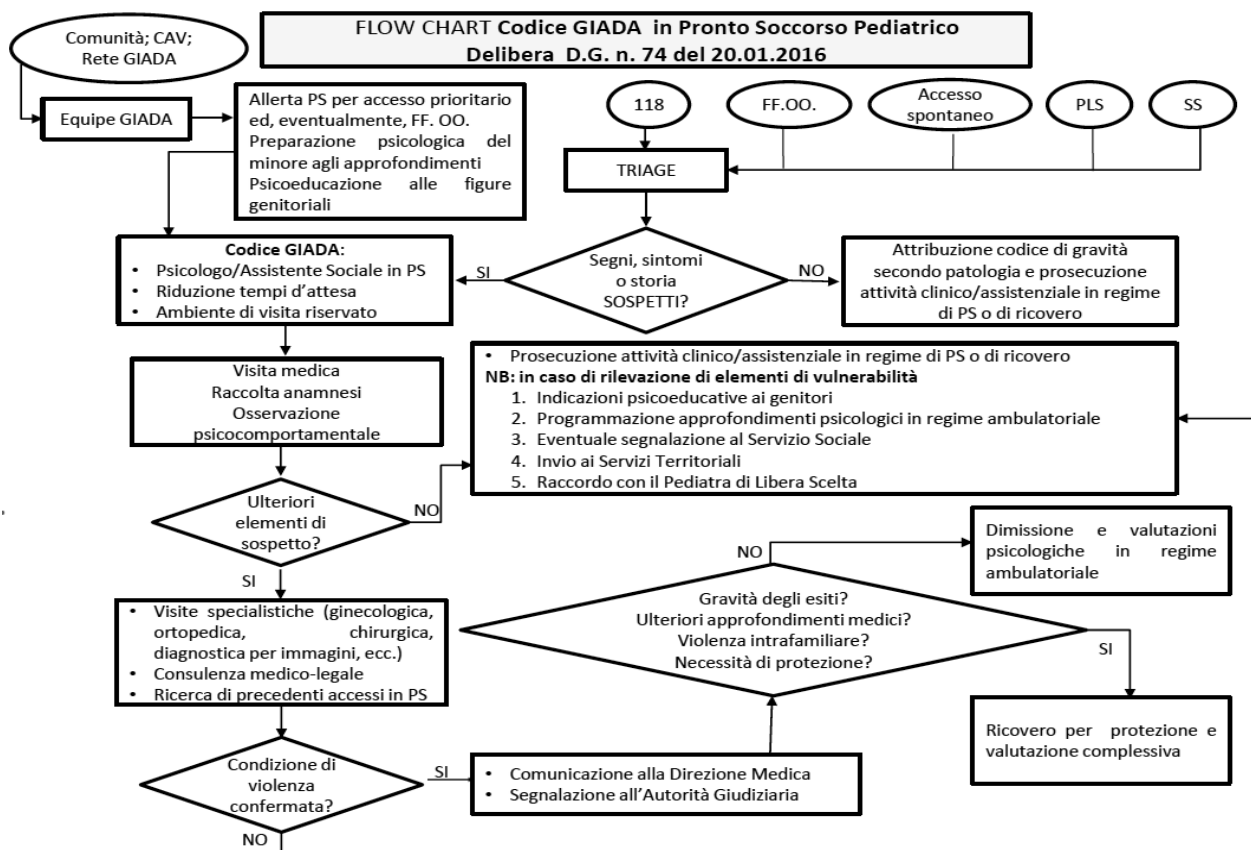
Al contrario, nel caso in cui vengano rilevati ulteriori elementi di sospetto, vengono effettuate visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.) ivi compresa la consulenza medico-legale, oltre che la ricerca di precedenti accessi in pronto soccorso. Se da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

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

¹³ Equiparato, per tempi e modalità di accoglienza, al codice giallo

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

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



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

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

- su contatto diretto con la Rete dei referenti GIADA (da parte delle comunità/case rifugio, CAV o operatori della Rete GIADA) la quale provvederà ad allertare il pronto soccorso e, se è il caso, le Forze dell'Ordine, vi è una pronta attivazione del codice denominato GIADA¹³;
- per accesso diretto al Pronto soccorso attraverso i vari canali (118, Forze dell'Ordine, accesso spontaneo, pediatra di libera scelta o servizi sociali del territorio) con conseguente attivazione del codice denominato GIADA¹³ nel caso in cui vengano rilevati sintomi, segni o elementi della storia anamnestica sospetti.

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

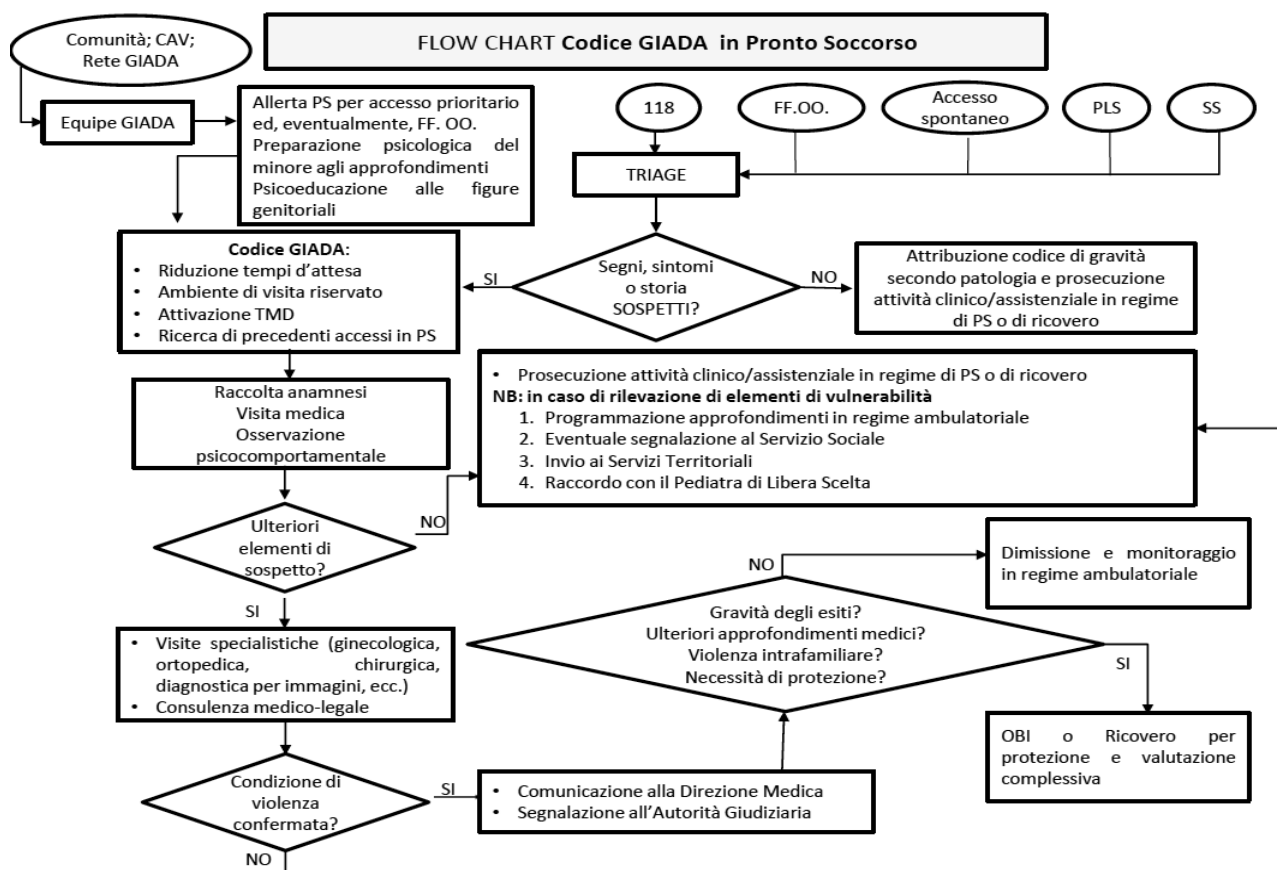
Successivamente all'attivazione del Codice GIADA, oltre a garantire la riduzione dei tempi di attesa per lo svolgimento della visita che viene effettuata in un ambiente riservato, si provvede all'attivazione di un *Team Multi-Disciplinare (TMD)*, composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi,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

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

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

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

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



3. PROTOCOLLO ASSISTENZIALE TERRITORIALE

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

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

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

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

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

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

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

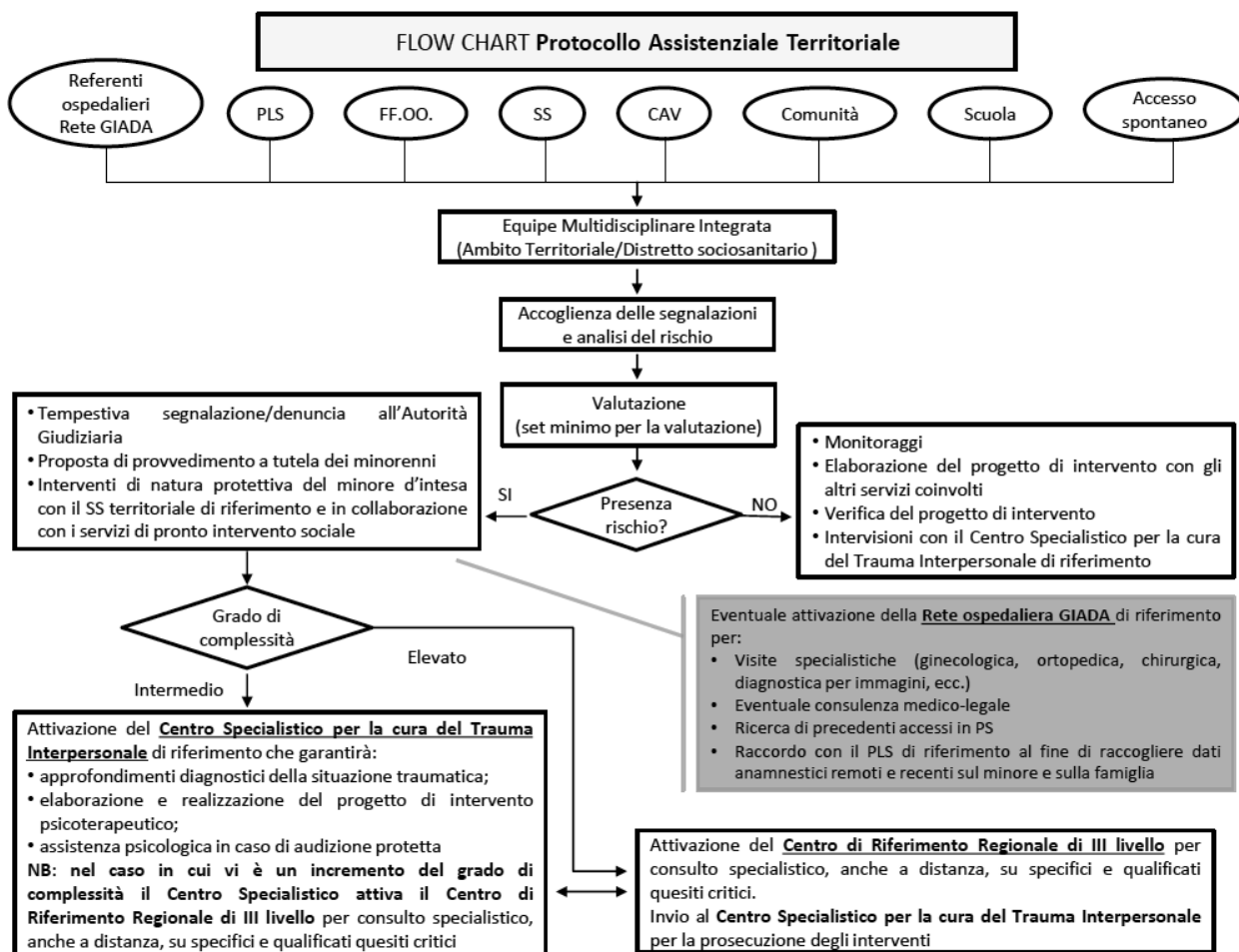
- approfondimenti diagnostici della situazione traumatica;
- elaborazione e realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico;
- assistenza psicologica in caso di audizione protetta.

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

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

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

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



4. PROTOCOLLO DI INTERVENTO PER IL LUTTO TRAUMATICO NEI BAMBINI “SPECIAL ORPHANS”

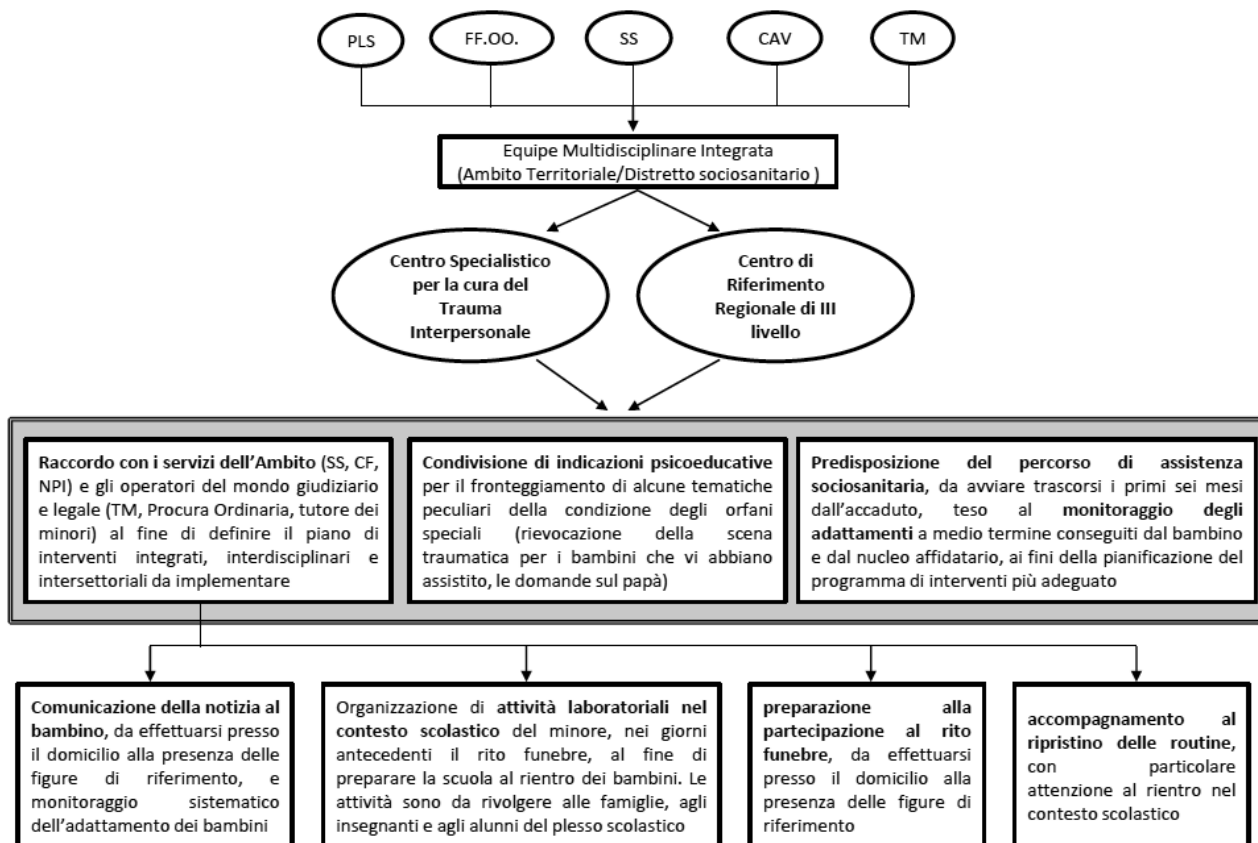
Gli interventi psicologici in emergenza rappresentano un importante fattore prognostico rispetto alla qualità degli adattamenti, a breve e medio termine, conseguiti da un individuo esposto ad un evento traumatico (Iacolino, 2016). La tempestività con la quale queste azioni sono messe in campo nell'immediato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

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

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

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

FLOW CHART Protocollo di intervento per il lutto traumatico nei bambini "Special Orphans"



5. ASCOLTO GIUDIZIARIO

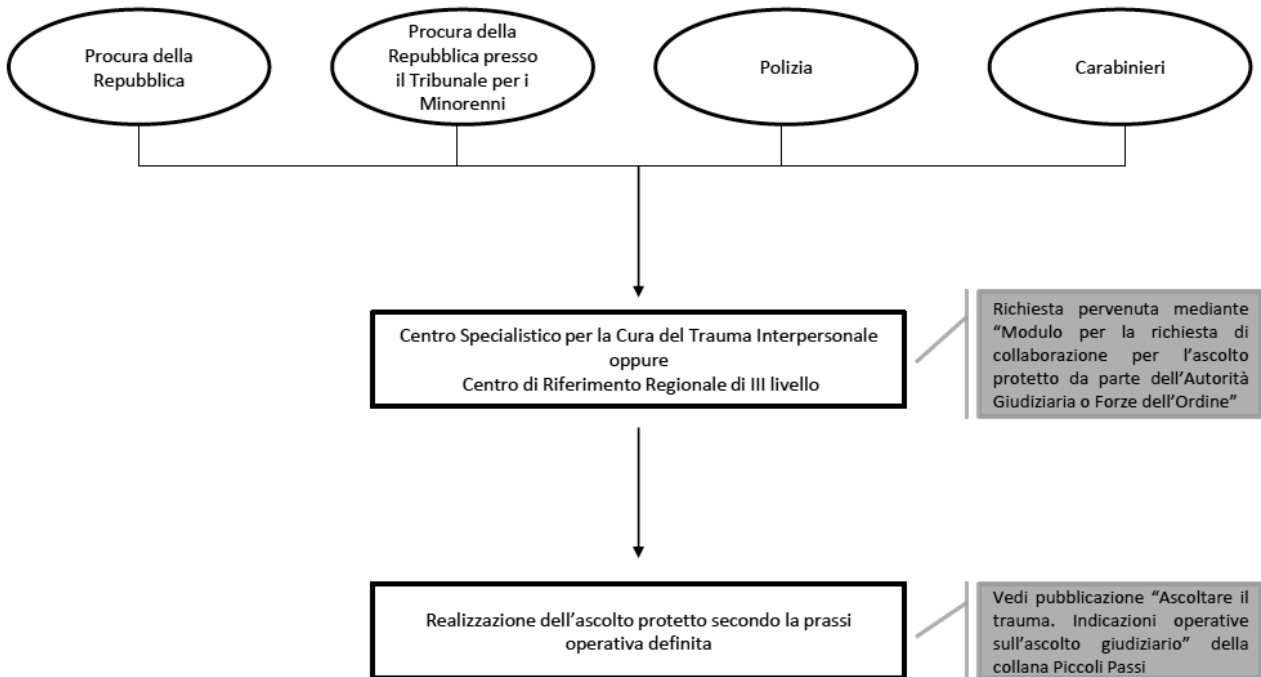
In linea con i Principi sanciti dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dalle altre Convenzioni internazionali recepite dall'Italia, e, tenendo conto delle opportune differenze tra i vari contesti giudiziari, i Centri Specialistici per la Cura Del Trauma Interpersonale organizzate su base provinciale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

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

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

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

FLOW CHART Ascolto Giudiziario



6. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

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

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

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

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

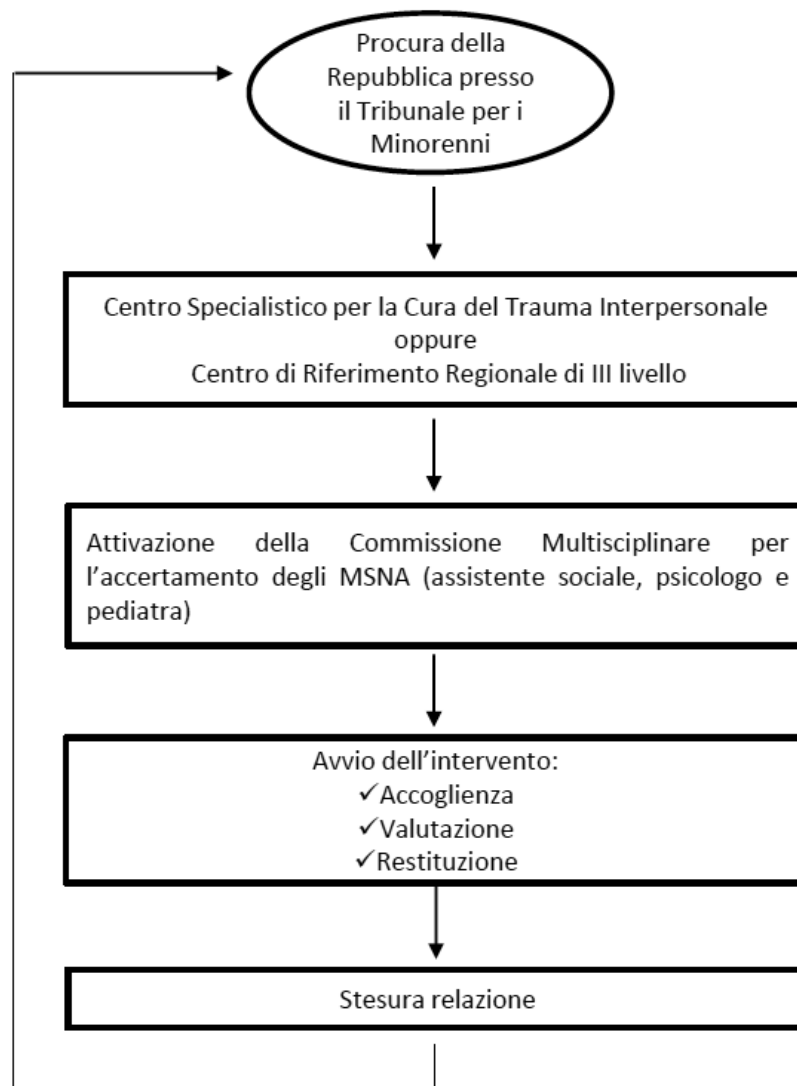
I Centri deputati a svolgere l'accertamento devono realizzare le seguenti fasi:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

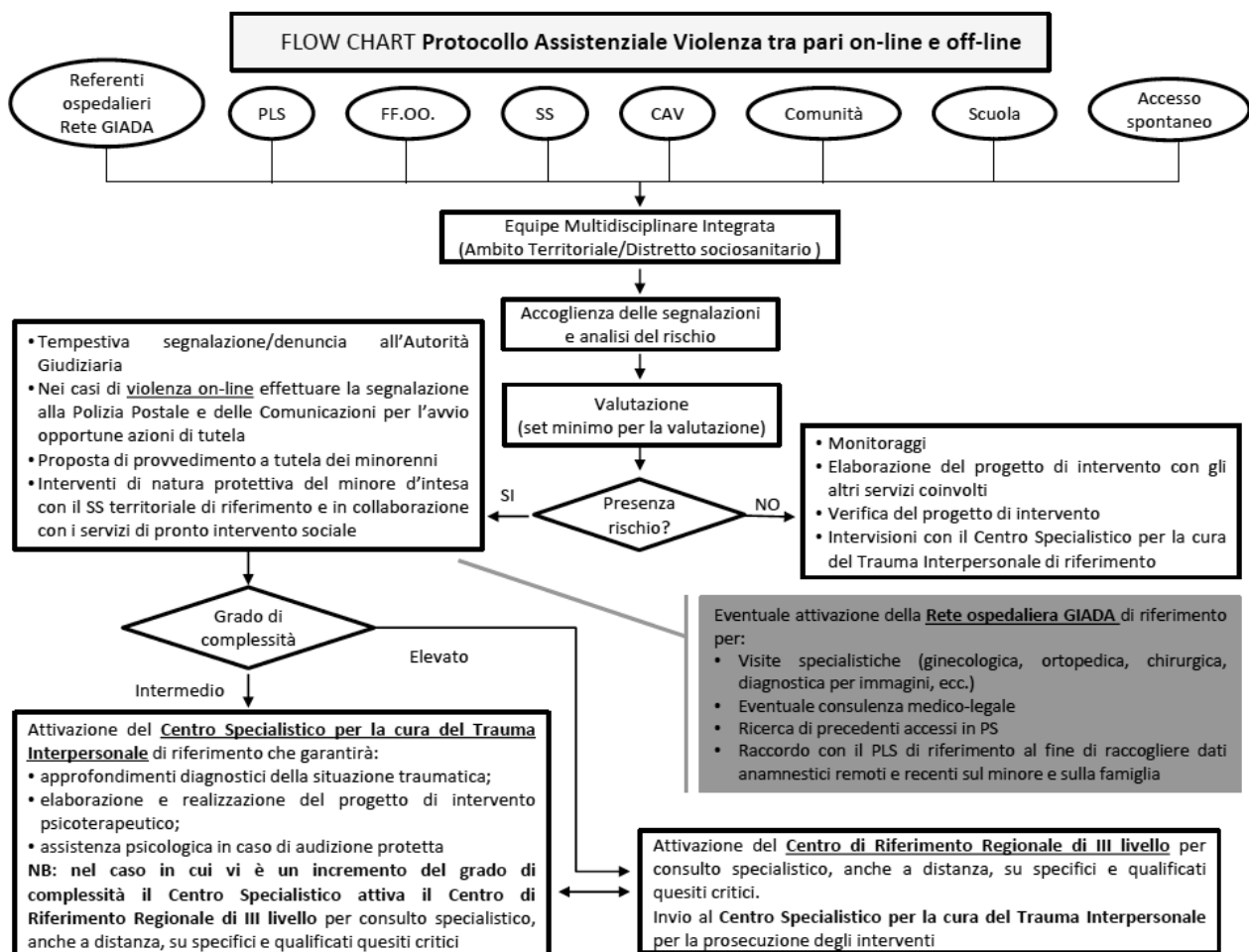
Nel caso in cui l'EMI rileva una condizione di rischio concreto procede ad effettuare:

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

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

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

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



8. CURA DEL TRAUMA

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

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

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

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

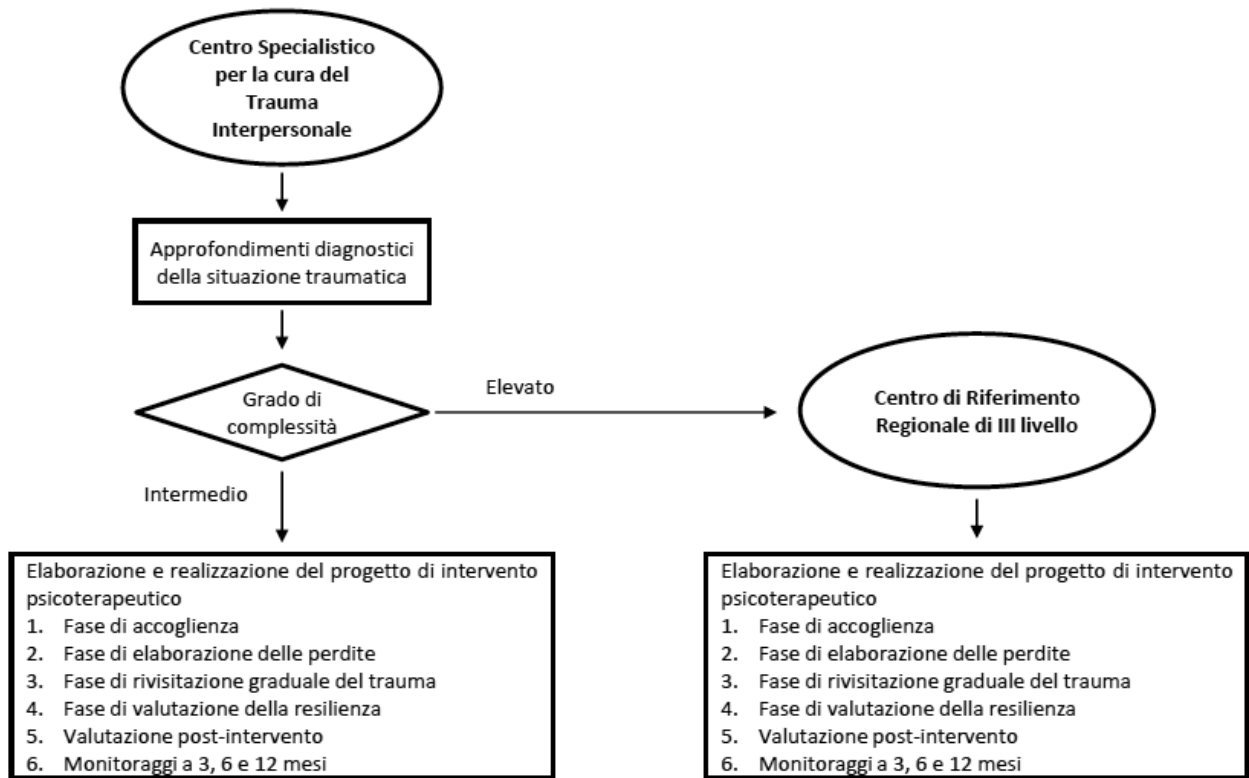
Per i bambini/adolescenti traumatizzati l'OMS (2013)¹⁴ raccomanda l'utilizzo di strategie psicoterapeutiche basate sull'evidenza scientifica.

I destinatari dei percorsi psicoterapeutici dovranno essere:

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

¹⁴ OMS (2013): Guidelines for the management of conditions specifically related to stress - http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/

FLOW CHART Cura del Trauma



Sezione IV

STRUMENTI OPERATIVI

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

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

L'operatore di Pronto Soccorso può trovarsi di fronte ad un caso di violenza intrafamiliare, ad opera del partner, dichiarata o solo sospetta. A tale proposito, al fine di acquisire ulteriori elementi rispetto al grado di rischio di esposizione anche dei figli a tale forma di violenza, si può utilizzare lo strumento di screening HITS¹⁵ (*Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed*) che è stato specificamente sviluppato come metodo breve ed efficace per lo screening della violenza domestica qualora non venga dichiarata ma ne sussista il sospetto da parte dell'operatore sanitario. Le domande possono essere poste verbalmente e riguardano la frequenza con cui il partner fa male, insulta, minaccia o urla contro la vittima; è indicato raccogliere tali notizie nel corso della visita evitando di porre le domande in maniera diretta. Il punteggio finale se è superiore a 10 indica che la persona è a rischio di violenza domestica, ma la certezza assoluta si ha con punteggi che vanno tra 15 e 20.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI PER I CASI DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO¹⁷

A - PARTE GENERALE

Identificativo scheda:

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

Data di accesso _____ (gg/mm/aaaa) Ora di accesso _____ (hh/mm) Sesso ☐ M ☐ F

Età della vittima _____ (anni)

B - RELAZIONE VITTIMA-AGGRESSORE

Autore della violenza:

- ☐ Partner attuale ☐ Parente
☐ Ex Partner ☐ Amico
☐ Genitore ☐ Altro (*specificare*) _____

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

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

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

D - VALUTAZIONE DELLE LESIONI

D.1 Lesioni conseguenti all'episodio di violenza attuale:

Modalità lesive

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

Prognosi/durata malattia

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

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

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

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

Sede 1

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

Tipologia lesione 2

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

Sede 2

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

Tipologia lesione 3

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

Sede 3

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

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

- ☐ ecchimosi/escoriazioni
- ☐ ustioni
- ☐ lacerazioni

Sede

- ☐ genitali esterni
- ☐ imene
- ☐ vagina
- ☐ ano

Modalità lesive

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

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

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

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

Sede (è possibile più di una risposta)

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

E - ATTIVAZIONE DELLA RETE

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

☐ SI ☐ NO (*specificare il motivo*) _____

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

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

Se NO, perché?

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

La vittima ha figli minori?

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

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

- ☐ SI (*specificare quale*) _____
☐ NO (*specificare il motivo*) _____

Sono state chiamate le forze dell'ordine?

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

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

Data _____

Al Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale

ASL _____

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

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

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ dell'Emi dell'Ambito di _____

e-mail _____

pec _____

recapiti telef. _____

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

CHIEDE

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La consulenza agli operatori | |
| <input type="checkbox"/> La diagnosi | <input type="checkbox"/> anche per minori autori di reato |
| <input type="checkbox"/> La presa in carico | <input type="checkbox"/> anche per minori autori di reato |
| <input type="checkbox"/> L'accompagnamento nell'iter giudiziario | |

Si ipotizza la presenza di:

(sono possibili più risposte)

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

SCHEMA ANAGRAFICA
da allegare alla richiesta di consulenza

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE

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

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI

PADRE:

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

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

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

MADRE:

☐ Deceduta (in data ___/___/___) ☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ___)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ___)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

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

EVENTUALI ALTRI FAMILIARI RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI E NON:

(1) *Specificare il grado di parentela:* _____

☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ___)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ___)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

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

(2) Specificare il grado di parentela: _____

☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ operaio/a
- ☐ impiegato/a
- ☐ casalinga
- ☐ dirigente/libero professionista/imprenditore
- ☐ pensionato/a
- ☐ disoccupato/a
- ☐ altro (specificare) _____

(3) Specificare il grado di parentela: _____

☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ operaio/a
- ☐ impiegato/a
- ☐ casalinga
- ☐ dirigente/libero professionista/imprenditore
- ☐ pensionato/a
- ☐ disoccupato/a
- ☐ altro (specificare) _____

SCHEDA PSICOSOCIALE
da allegare alla richiesta di consulenza

Rispetto al maltrattamento/abuso, il minore è:

- ☐ Autore
- ☐ Vittima
- ☐ Entrambi

Il minore vive presso:

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

Il minore è:

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

La filiazione è:

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

La tutela è esercitata:

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

I fratelli del minore sono (n.) ___ e vivono:

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

Il minore ha problemi di handicap?

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

Il minore frequenta servizi scolastici:

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

Il minore frequenta servizi educativi:

- ☐ Centro diurno
☐ Centro polivalente minori
☐ Educativa domiciliare

Il minore ha svolto un'attività lavorativa?

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

PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI E/O AMMINISTRATIVI NEI CONFRONTI DEL MINORE

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

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

AUTORE DEI MALTRATTAMENTI/ABUSI SEGNALATI:

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

Legenda:

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

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

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

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

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

INFORMAZIONI RILEVANTI PER LA SEGNALAZIONE:

(Informazioni medico-sanitarie del minore e della famiglia; eventuali interventi della Autorità Giudiziaria o delle Forze dell'Ordine; informazioni familiari relative a traumi, lutti, aborti etc...)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

Data _____

Al Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale
ASL _____

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

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

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di _____

del ☐ Corpo/Comando/... (specificare) _____
☐ Tribunale (specificare) _____
☐ Altro (specificare) _____

sito in (indirizzo completo) _____

e-mail _____

pec _____

recapiti telef. _____

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

CHIEDE

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

Si ipotizza la presenza di:

(sono possibili più risposte)

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

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

- Dati anagrafici minore
- Dati anagrafici familiari

Firma del richiedente

SCHEDA ANAGRAFICA
da allegare alla richiesta di consulenza

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE

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

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI

PADRE:

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

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

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

MADRE:☐ Deceduta (in data ____/____/____)☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO☐ nessuno☐ analfabeta☐ licenza elementare☐ licenza scuola media inferiore☐ diploma scuola professionale☐ diploma scuola media superiore☐ laurea/diploma di laurea**CONDIZIONE PROFESSIONALE**☐ operaia☐ impiegata☐ casalinga☐ dirigente/libera professionista/imprenditrice☐ pensionata☐ disoccupata☐ altro (*specificare*) _____**EVENTUALI ALTRI FAMILIARI RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI E NON:***(1) Specificare il grado di parentela:* _____☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO☐ nessuno☐ analfabeta☐ licenza elementare☐ licenza scuola media inferiore☐ diploma scuola professionale☐ diploma scuola media superiore☐ laurea/diploma di laurea**CONDIZIONE PROFESSIONALE**☐ operaio/a☐ impiegato/a☐ casalinga☐ dirigente/libero professionista/imprenditore☐ pensionato/a☐ disoccupato/a☐ altro (*specificare*) _____

(2) Specificare il grado di parentela: _____

☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ operaio/a
- ☐ impiegato/a
- ☐ casalinga
- ☐ dirigente/libero professionista/imprenditore
- ☐ pensionato/a
- ☐ disoccupato/a
- ☐ altro (specificare) _____

(3) Specificare il grado di parentela: _____

☐ Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune/Stato di nascita _____ (prov. ____)

Cittadinanza (Stato) _____ (In Italia dal _____)

Indirizzo di Residenza _____

Comune _____ (prov. ____)

TITOLO DI STUDIO

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

- ☐ dirigente/libero professionista/imprenditore
- ☐ pensionato/a
- ☐ disoccupato/a
- ☐ altro (specificare) _____

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ operaio/a
- ☐ impiegato/a
- ☐ casalinga

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

AMBITO TERRITORIALE di _____

ASL _____ DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ATTIVITÀ A FAVORE DELLE VITTIME

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

A.1 Età e genere

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

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

A.2 Residenza

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

A.3 Cittadinanza

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

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

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

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

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

A.6 Tipologia di presa in carico

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

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

Inviante	n. minori
Comune di residenza del minore	
Forze dell'Ordine	
Autorità Giudiziaria	
Scuola	
Centri antiviolenza	
Altri	
Non rilevato o indicato	
Tot.	

C - PRESTAZIONI¹⁸

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

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

C.2 Prestazioni relative alla fase di valutazione psicodiagnostica

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

¹⁸ La prestazione svolta da più operatori (prestazioni congiunte) va segnata come una prestazione

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

²⁰ Per la definizione di audit clinico fare riferimento al protocollo operativo

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

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

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

D - ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE SULLA VIOLENZA ALL'INFANZIA

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

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

CENTRO SPECIALISTICO PER LA CURA DEL TRAUMA ASL _____

ATTIVITÀ A FAVORE DELLE VITTIME

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

A.1 Età e genere

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

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

A.2 Residenza

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

A.3 Cittadinanza

Stato	n. minori
Non indicata	
Italiana	
Tot.	

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

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

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

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

A.6 Tipologia di presa in carico

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

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

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

C - PRESTAZIONI²²

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

Prestazione	violenza	violenza sessuale	Tot.
<i>Consulenze telefoniche²³</i>			
<i>Consulenze in servizio</i>			
<i>Audit clinico²⁴</i>			
<i>Segnalazione/Denuncia all'Autorità Giudiziaria</i>			
<i>Consulenza per interventi di natura protettiva del minore in collaborazione con SS e PIS</i>			
Tot.			

C.2 Prestazioni relative alla fase di valutazione diagnostica

Prestazione (n. interventi o sedute)	violenza	violenza sessuale	Tot.
<i>Colloqui psicologici clinici con il minore</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con genitore (madre)</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con genitore (padre)</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con la famiglia</i>			
<i>Somministrazione e interpretazione di test proiettivi e della personalità</i>			
<i>Somministrazione e interpretazione di test di intelligenza</i>			
<i>Osservazione relazione genitore/i-figlio/i</i>			
<i>Valutazioni neuropsichiatriche infantili</i>			
<i>Colloqui di restituzione al minore</i>			
<i>Colloqui di restituzione ai genitori/caregiver</i>			
<i>Incontri di restituzione ai Servizi invianti</i>			
<i>Udienze presso l'Autorità Giudiziaria</i>			
<i>Stesura di relazioni</i>			
<i>Altre prestazioni²⁵</i>			
Tot.			

²² La prestazione svolta da più operatori (prestazioni congiunte) va segnata come una prestazione

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

²⁴ Per la definizione di audit clinico fare riferimento al protocollo operativo

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

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

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

C.4 Prestazioni di Setting Multipli

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

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

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

E - PRESTAZIONI ATTIVITÀ DI ASCOLTO PROTETTO²⁶

E.1 Età e genere dei minori

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

E.2 Residenza

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

E.3 Cittadinanza

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

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

E.4 Richiedenti

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

E.5 Prestazioni

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

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

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

F - PRESTAZIONI ATTIVITÀ DI ACCERTAMENTO SOCIO SANITARIO DELL'ETÀ DI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)

F.1 Età dichiarata e genere dei minori

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

F.2 Domicilio

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

F.3 Cittadinanza

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

F.4 Richiedenti

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

F.5 Età accertata e genere dei minori

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

F.6 Profilo Comportamentale Interpersonale ed Emotivo

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

F.7 Identificazione precoce di esperienze traumatiche

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

F.8 Minori presi in carico per trattamento psicoterapeutico

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

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

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

ATTIVITÀ A FAVORE DEI MINORI AUTORI DI REATO

A - DATI UTENZA

A.1 Età e genere

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

A.2 Residenza

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

A.3 Cittadinanza

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

A.4 Tipologia secondo fase del procedimento penale

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

B - INVIANTI

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

C - PRESTAZIONI

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

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

C.2 Psicoterapia di gruppo

Psicoterapia di gruppo	Tot.
Numero utenti in terapia di gruppo	
Numero gruppi attivati	
Numero totale sedute di gruppo	

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

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

Sezione V

PERCORSI E STRUMENTI OPERATIVI AL TEMPO DELL'EMERGENZA PANDEMICA

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

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

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

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

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

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

Ferme restando le azioni da svolgere "in presenza" per quanto riguarda le condizioni di urgenza/emergenza, è opportuno garantire azioni specifiche (vedi tabella seguente) rivolte ai diversi destinatari mediante l'utilizzo di piattaforme informatiche (Skype, Zoom, Teams, etc). A tal proposito vengono di seguito riportati dei documenti prodotti dall'U.O.S.D. Psicologia GIADA - Centro Regionale di III livello in accordo con l'U.O.S.D.I. Rischio Clinico e la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari, che hanno la finalità di definire i criteri e le procedure per l'accesso alla Telepsicologia di pazienti minorenni (vedi Sezione V – capitolo 6) e di acquisire il consenso informato dei caregivers (vedi Sezione V – capitolo 7) e dei ragazzi (vedi Sezione V – capitolo 8) all'utilizzo della Telepsicologia.

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

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

2. LUTTO TRAUMATICO DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA

Le morti causate da una pandemia espongono chi sopravvive, anche i minorenni²⁷, ad un elevato rischio di sviluppare una patologia del lutto in considerazione delle peculiari modalità con cui si compie il processo della morte. Interventi precoci riducono il rischio che il normale processo di elaborazione del lutto diventi un disturbo psicopatologico: se il decesso è avvenuto in modo inaspettato e/o il minorenne non ha potuto accompagnare il fine vita, né partecipare ai riti funebri, c'è il rischio che si sviluppi un Disturbo da lutto persistente complicato (Cohen, et al., 2006²⁸; DSM 5, 2013²⁹, Courtright et al., 2017³⁰; SIAARTI et al., 2020³¹). Questa diagnosi è caratterizzata dal desiderio/nostalgia persistente della persona deceduta, preoccupazione per essa e/o profondo dolore. La persona può anche essere preoccupata per il modo in cui è avvenuto il decesso; nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo, negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto.

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

- rapida compromissione delle condizioni cliniche di una persona cara;
- separazione prolungata per il ricovero o per altri motivi;
- assenza di contatti con il proprio caro;
- assenza di aggiornamenti costanti sullo stato di salute;
- impossibilità di accompagnare la persona amata negli ultimi istanti di vita;
- morte inaspettata e prematura;
- perdite multiple;
- maggior isolamento sociale;
- assenza della salma per i riti funebri;
- risposte familiari disfunzionali: segreto familiare sulle ragioni della morte oppure aduttizzazione del bambino/adolescente (Di Caro, 2017)³²;
- crisi economica provocata dalla pandemia e aggravata dalla perdita (NCTSN, 2020)³³.

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

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

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

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

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

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

³³ NCTSN (2020). Helping children with traumatic separation or traumatic grief related to COVID-19 www.NCTSN.org

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

Quindi cosa possiamo fare? Consapevoli dei fattori di rischio è opportuno che la Rete dei Servizi attenzi le famiglie maggiormente vulnerabili, individuando e potenziando i fattori di protezione individuali, familiari e sociali disponibili. Anche il mondo della scuola e i contesti religiosi dovrebbero essere sensibilizzati sulle caratteristiche del lutto traumatico nei minorenni, al fine di rilevare precocemente condizioni di disagio e al tempo stesso offrire spazi di riflessione su aspetti esistenziali e valoriali associati alla malattia, al contagio e alla morte (Alleanza per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria, 2019³⁴).

Il dolore del lutto può essere condiviso, non eliminato; qualsiasi strategia deve dare spazio di espressione ai sentimenti del bambino/adolescente attraverso un ascolto attento e sensibile, in modo che il minorenne venga accompagnato ad attraversare questa sofferenza inevitabile. Di seguito alcune indicazioni specifiche per favorire l'elaborazione del lutto nel corso della pandemia (Ministero della Salute 2020³⁵; NCTSN, 2020; SIAARTI et al., 2020; Cohen, Mannarino e Staron, 2006³⁶):

1. Nella fase della lontananza per quarantena/ospedalizzazione cercare di mantenere dei contatti con la persona cara anche attraverso la collaborazione con i sanitari; è fondamentale che, sia il bambino/adolescente che il paziente, siano preparati all'eventuale contatto.
Se le condizioni del caro lo permettono e se c'è la possibilità per la struttura sanitaria in cui è ricoverato, può essere utile effettuare telefonate/videochiamate, far recapitare alla persona cara un oggetto significativo o un messaggio/disegno/lettera scritta dal minorenne; potrebbero essere gesti importanti sia per la persona cara che per il minorenne al fine di canalizzare le emozioni nel periodo di stress.
Se il minorenne manifesta tristezza, rabbia o vissuti di colpa per l'impossibilità di stare vicino alla persona cara, aiutarlo ad immaginare le cure che i medici e gli infermieri stanno dando alla persona amata. Tale dato influenzerà positivamente il processo di elaborazione del lutto (Benetti, 2020³⁷).
2. Fornire informazioni chiare sulle condizioni dell'adulto malato e sulla eventuale successiva morte. La comunicazione della morte deve essere data da una persona significativa per il minorenne con parole chiare; è importante sottolineare che la persona cara è deceduta perché era *"molto, molto malata, per questo è morta"* per evitare che, alla prossima notizia di qualcuno che sta male o di un proprio malessere, tali informazioni possano elicitare l'idea della morte.
3. Osservare le reazioni del minorenne e mettersi in una posizione di ascolto. Se un genitore è solo nella gestione del figlio è importante che la rete familiare e sociale (amici, scuola, parrocchia, ecc.) possa mantenere attivi canali di comunicazione sia gruppalmente che individualmente.

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

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

³⁶ Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG), J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006, 45 (12): 1465-73.

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

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

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

PICCOLI PASSI ... per sconfiggere il virus!

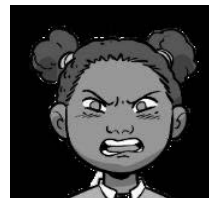
Quali emozioni stanno provando i bambini?



PAURA



TRISTEZZA



RABBIA

Quali domande o pensieri condividono con te?

Perché non posso uscire?

Voglio andare a trovare i nonni!

Mi manca la scuola, i miei compagni...

Non voglio più stare in casa!

Ho paura di ammalarmi!

Quando finirà questa quarantena?

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



CALMA



GIOIA

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

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

1. Invitiamo il bambino a parlarne e ascoltiamo

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

2. Prestiamo attenzione ai contenuti delle informazioni condivise

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

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



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

3. Prestiamo attenzione alle modalità della comunicazione delle informazioni

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

4. Cerchiamo di essere di esempio

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

5. Evitiamo commenti e affermazioni di discriminazione

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

6. Evitiamo la sovraesposizione alle informazioni

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

7. Offriamo costanti rassicurazioni

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

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

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

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

9. Costruiamo una routine giornaliera e settimanale

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

10. Valorizziamo le opportunità che arrivano dai nuovi media

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Di seguito riportiamo un messaggio per gli educatori ed alcune strategie per i bambini e gli adolescenti che, durante questo periodo, potrebbero manifestare malessere psicologico.

1. Focalizzati su te stesso per aiutare meglio gli altri

Nelle situazioni di emergenza è normale sperimentare paura, ansia, rabbia, tristezza, colpa, solitudine, frustrazione e confusione; è normale tentare di ritrovarsi e sistematicamente perdersi nelle preoccupazioni e nel rimuginio; è prevedibile sperimentare più ansia ed impotenza quando ci si concentra su ciò che non è sotto il proprio controllo. L'invito è ad accogliere i sentimenti e i pensieri difficili, riconoscere che sono normali, permettere loro di essere lì (anche se fanno male) e ad essere gentili con sé stessi mentre ne facciamo esperienza. Questo è un impegno verso sé e i bambini, aiuta a focalizzare il controllo sul proprio comportamento nel qui ed ora e ad affrontare bene questa crisi e tutti i problemi reali che sta comportando.

2. Dedicare spazi e tempi quotidiani all'ascolto e al dialogo

Spiegare le nuove regole e le motivazioni dell'interruzione della presenza dei visitatori esterni (familiari, volontari, consulenti), preferibilmente nelle stesse fasce orarie e con un linguaggio e materiale esplicativo (favole, video, cartoni animati, articoli di giornale) adeguato all'età dei bambini/adolescenti. È indispensabile aiutarli a "mettere fuori", individualmente e in gruppo, i propri stati emotivi connessi alle restrizioni, alla convivenza e alle separazioni forzate. Spiegare che gli scienziati, per salvaguardare la salute di tutti i cittadini, hanno chiesto al Governo di evitare gli incontri tra le persone e le uscite.

Il circle time potrebbe essere una modalità efficace per restituire circolarità alla comunicazione, promuovere l'espressività emotiva e cognitiva dei ragazzi, oltre che favorire l'integrazione delle esperienze e dei sentimenti attuali con la memoria di quotidianità passate. Laddove si presentassero difficoltà emotive e comportamentali, consigliare la compilazione di un diario giornaliero dove annotare sentimenti e riflessioni per sviluppare una maggiore autoconsapevolezza oppure promuovere la fantasticheria naturale del bambino perché diventi l'eroe di una storia, una canzone o un film in cui è lui a scrivere il destino dell'umanità. Scrivere in prima persona un nuovo capitolo di vita, in cui l'eroe si confronterà con avversità, alleanze, perdite, conquiste e tante meravigliose scoperte di sé e degli altri co-protagonisti.

3. Sperimentare nuove vicinanze pur nella distanza spaziale

È importante ancorare la relazione dei bambini/adolescenti con gli operatori che si succedono nei turni di lavoro ad una nuova prossemica, rispettosa delle misure di sicurezza e al contempo sempre sensibile ai bisogni di vicinanza del bambino. Pertanto, le attività, gli spazi e la pianificazione del tempo andranno accomodati su questa finalità. Potrebbe quindi, introdursi come necessario oltre che creativo e divertente, l'utilizzo di un gesto del saluto alternativo, al momento del cambio operatore. Così come l'utilizzo di bambole, marionette o altro materiale disponibile per veicolare gesti di tenerezza e di corporeità.

L'utilizzo alternativo degli spazi potrebbe essere utile da proporre anche tra i bambini/adolescenti. A ciascuno potrebbe essere suggerito di ritagliarsi degli ambienti che siano solo propri o degli orari durante il giorno in cui possano esserlo, anche al fine di evitare di stare tutti insieme, che allo stato attuale potrebbe assumere il significato di un'esperienza forzata.

4. Restituire significato ai comportamenti di rabbia o aggressività

Nel caso di manifestazioni di rabbia o aggressività, sarebbe utile intervenire immediatamente bloccando fisicamente i comportamenti aggressivi o distruttivi oppure intervenire per mediare i conflitti tra i ragazzi coinvolti. Successivamente fermarsi con il ragazzo o bambino per riflettere se, nel conflitto, l'azione aggressiva ha portato il risultato desiderato e nel caso negativo cosa pensa sarebbe stato più efficace; suggerirgli la compilazione di un diario giornaliero sui suoi sentimenti per promuovere una maggiore autoconsapevolezza; usare l'ascolto attivo e comprensivo perché il bambino/adolescente possa verbalizzare la carica emozionale piuttosto che agirla.

L'educatore in questo momento non dovrebbe né criticare né dare consigli.

5. Orientare l'attività motoria al tipo di disregolazione

In questo periodo si potrebbero osservare diverse alterazioni del comportamento e la pratica dell'attività fisica potrebbe favorire una migliore regolazione.

Potreste giocare a "Sacco pieno, sacco vuoto" facendo salire e scendere i bambini; potreste giocare ai "Passi grandi come un elefante e passi piccoli come una formica" creando movimenti in avanti o indietro; potreste giocare a "Un, due, tre stella" per farli spostare velocemente e fermarsi rapidamente.

Per i bambini/adolescenti con agitazione motoria è opportuno, inoltre, dedicarsi ad esercizi sistematici di respirazione.

Se, invece, notiamo stanchezza e lentezza eccessive, si potrebbe configurare uno stato di ipoattivazione, da fronteggiare con giochi motori scandendo il tempo con un tamburo, accelerando e decelerando, veloce/piano,

lento/forte, un battito si salta, due battiti si gira, tre battiti si corre da A a B. Per questi bambini/adolescenti è opportuno, inoltre, dedicarsi ad esercizi di risveglio corporeo.

In generale, è opportuno preferire attività che contribuiscano allo sviluppo del sentimento di reciprocità, come il lancio della palla, il ping pong, il tiro alla fune, la staffetta, il gioco del fazzoletto.

6. Orientare i laboratori ludico creativi al tipo di disregolazione

Con i bambini che presentano disregolazione è utile programmare laboratori manipolativi (carta pesta, pasta di sale, plastilina, argilla, impasti alimentari). È possibile programmare diverse varianti della caccia al tesoro per stimolare i sistemi sensoriali, programmare laboratori di ballo, canto o karaoke, teatro.

Per i bambini/adolescenti con calo del tono dell'umore, tendenza all'isolamento e difficili da coinvolgere, è utile promuovere giornalmente almeno un'attività per loro piacevole e favorire la ripresa dei contatti con i pari o adulti per loro significativi.

7. Riflettere sulle eventuali opportunità di questo periodo

È utile promuovere giornalmente uno spazio di riflessione sulla propria crescita personale in queste settimane, in cui stanno sperimentando una convivenza diversa tra di loro, nuove regole, nuove abitudini e nuovi spazi di condivisione. Aiutarli a focalizzarsi sui lati positivi di questa esperienza, sia in termini di scoperta di qualità proprie ed altrui, sia di strategie e impegno profuso da parte dell'intero gruppo.

8. Favorire la consapevolezza dei propri superpoteri

Per impegnare attivamente il bambino/adolescente nella scoperta e presa di consapevolezza delle proprie risorse e capacità sviluppate in questo periodo, potrebbe essere utile strutturare una vera e propria "caccia al tesoro alla ricerca delle proprie ricchezze personali e di gruppo". Creando un appuntamento serale sistematico in circle time, sulle scoperte giornaliere personali e dell'altro, si inviterebbe ciascuno ad elencare sia tutti gli aspetti positivi che questa condizione sta evidenziando, sia le difficoltà sperimentate da sé e dagli altri. L'attività si completerebbe con l'impegno da parte di ciascuno a trovare nuove strategie per fronteggiare le difficoltà riscontrate. Domande stimolo potrebbero essere "Cosa mi sta piacendo di me in questo periodo?", "Chi tra i miei compagni di comunità ho riscoperto?", "Quali sono le difficoltà più grandi per me in questo momento?", "Cosa potrei fare per superarle?", "Come potrei aiutare i miei compagni in questo momento difficile?". Questa esperienza stressante, se opportunamente colta e raccolta, potrebbe essere occasione di resilienza, di nuove prospettive, nuove strategie, nuove capacità, nuove modalità di stare in relazione con se stessi e con gli altri.



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

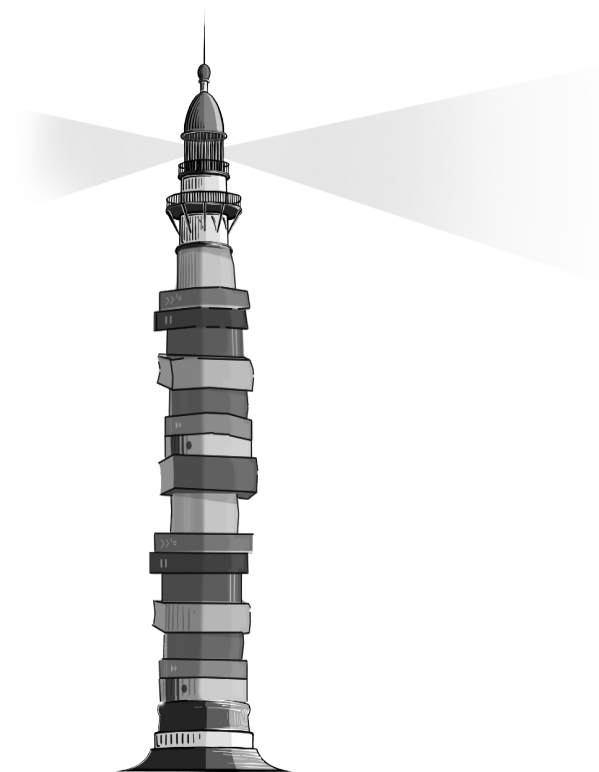
Per eventuali informazioni o necessità specifiche è possibile contattare l'Equipe dell'UOSD Psicologia-GIADA dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, all'indirizzo mail info@giadainfanzia.it

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

- <http://www.animazione sociale.it/category/raccontailtuoservizio/>
- "FACE COVID" Come rispondere efficacemente alla crisi Coronavirus di Russ Harris (www.TheHappinessTrap.com)
- "IL CORONA-EROE ORDINARIO: TU COME PUOI AGIRE EROICAMENTE DI FRONTE ALLA PANDEMIA di S. Hayes (<http://www.facebook.com/people/Steven-C-Hayes/590277205>)
- "E i bambini come stanno vivendo la quarantena da Coronavirus? (<https://roma03.it/>)
- Cismai (<https://cismai.it/>)

5. PICCOLI PASSI ... PER ESSERE FARO AL TEMPO DELLA PANDEMIA. INDICAZIONI PSICOEDUCATIVE PER INSEGNANTI.

Indicazioni psicoeducative per gli insegnanti



Occuparsi ogni giorno della didattica a distanza, significa restituire normalità a bambini e adolescenti che stanno affrontando l'emergenza sanitaria.

Questo periodo, come tutte le situazioni di stress, può rappresentare però nella vita un'opportunità di crescita, in grado di promuovere strategie di adattamento più funzionali e di mettere in luce nuove capacità e risorse.

Gli insegnanti attraverso schede, video, audio e lezioni a distanza entrano nelle case e nelle stanze degli alunni e possono essere per loro, e per le famiglie, fonte di apprendimento cognitivo, ma soprattutto emotivo. Il confronto con l'emergenza sanitaria obbliga tutte le istituzioni e in particolare la scuola a confrontarsi con una importante sfida che impone il cambio di rotta: la didattica non come obiettivo, ma come strumento di promozione della crescita dei bambini e degli adolescenti.

Tutto questo acquista ancora più senso se pensiamo a quei bambini e adolescenti esposti alle varie forme di violenze domestiche, alle famiglie fragili e vulnerabili schiacciate dall'isolamento, incapaci di essere riferimento per i figli, i quali si trovano in balia di esperienze emotive intense non condivise, né spiegate e tanto meno regolate. La scuola, come la sanità, è chiamata a presidiare la salute dei bambini e adolescenti, soprattutto di quelli che sono esposti anche al virus della violenza domestica o della violenza sulla rete. Le misure di contenimento del contagio impongono di restare in casa, con molto più tempo libero da passare anche in rete, e questo accresce il rischio di adescamenti

online, cyberbullismo e uso smodato di smartphone.

In questi casi il rapporto con gli insegnanti potrebbe rappresentare l'unico approdo educativo, una bussola per provare ad orientarsi in una realtà caotica o addirittura pericolosa, un faro per chi si sente smarrito ed impotente. In questo momento gli alunni potrebbero sperimentare una disregolazione emotiva (avere le emozioni "congelate", provare un "vulcano" di emozioni a cui non sanno dare un nome, avere paura di parlare delle loro emozioni perché percepiscono i genitori spaventati o minacciosi), quindi la relazione con gli insegnanti e/o con la classe potrebbe essere un contenitore in cui aiutarli a parlare e ad individuare strategie per fronteggiare i loro vissuti o in cui formulare richieste di aiuto, più o meno chiare; in tali situazioni ci potrebbe essere la necessità di attivare azioni di protezione e tutela attivando la rete dei servizi socio-sanitari.

Qui di seguito riportiamo alcune strategie per sostenere i bambini e gli adolescenti durante la pandemia, affinché la scuola possa essere un ponte con l'esterno, soprattutto nelle situazioni in cui gli alunni inviano direttamente o indirettamente richieste di aiuto.

1. Focalizzarsi su ciò che è sotto il proprio controllo

Nelle situazioni di emergenza è normale provare paura e ansia, tutto ciò che non è sotto il nostro controllo incrementa il vissuto di ansia e impotenza. L'invito agli insegnanti è di focalizzarsi su ciò che è possibile fare in questo momento, accettare come normali le intense emozioni sperimentate ed essere gentili con sé stessi mentre ne facciamo esperienza. Questa focalizzazione verso sé, renderà probabilmente più facile l'ascolto empatico degli alunni nei vari momenti di contatto.



2. Dedicare spazio quotidiano all'ascolto

È indispensabile aiutare gli alunni a "mettere fuori" individualmente e/o in gruppo i propri stati emotivi sia connessi alle restrizioni e all'interruzione dei contatti con l'esterno, che ad altre possibili fonti di stress individuale e/o familiare.



3. Creare uno spazio per la "scuola" a casa

Aiutare i bambini e gli adolescenti ad adattarsi all'ingresso della scuola in casa, a tal fine, soprattutto per i più piccoli, che spesso non studiano nella loro cameretta, potrebbe essere utile favorire la creazione di uno spazio dedicato alla scuola, anche in cucina o soggiorno, un piccolo angolino separato soprattutto dallo spazio del gioco.



4. Proporre attività espressive

Le attività creative e motorie proposte ai bambini e agli adolescenti sono funzionali a favorire l'espressione delle emozioni sperimentate, al fine di permettere una migliore gestione della possibile disregolazione emotiva.



5. Saper cogliere il positivo

Questa occasione, se opportunamente colta e raccolta, potrebbe essere portatrice di nuovi orizzonti, nuove strategie, nuove capacità e nuove modalità di stare in relazione. Supportare gli alunni nell'individuazione di risorse interne ed esterne a cui far riferimento.



6. Vigilare sui rischi della rete

È necessario raccomandare ai ragazzi di limitare il più possibile l'uso in solitudine dei dispositivi elettronici; in questa convivenza forzata con la famiglia si può provare a utilizzarli in modo più "social" condividendo insieme le iniziative di informazione e intrattenimento messe a disposizione gratuitamente online (solidarietadigitale.agid.gov.it). I millennials possono aiutarsi e aiutare i genitori a orientarsi tra l'enorme quantità d'informazioni sull'emergenza provenienti dal web e selezionare le fonti ufficiali dalle fake news che ci confondono, disorientano e aumentano le paure. Questo è il momento di usare le capacità digitali dei ragazzi per limitare al massimo il contagio dei rischi qualunque sia il "virus".



Sulla pagina Facebook GIADA – Gruppo Interdisciplinare Donne bambini Abusati ci sono dei documenti psicoeducativi per parlare del coronavirus

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

- www.TheHappinessTrap.com "FACE COVID" Come rispondere efficacemente alla crisi Coronavirus di Russ Harris
- <https://www.ispcan.org/covid19resourcepage/> The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic, Version 1, March 2019
- <https://cismai.it/> CISMAI
- www.commissariatodips.it "CORONAVIRUS": RISCHIO ADESCAMENTO MINORI ONLINE
- www.difesaipopolo.it Coronavirus, tecnologia e adolescenti: 5 consigli per evitare l'Overdose digitale
- www.agi.it Tutti a casa davanti al pc, cresce rischio adescamento minori online

6. CRITERI E PROCEDURE PER L'ACCESSO ALLA TELEPSICOLOGIA DI PAZIENTI MINORENNI



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "POLICLINICO DI BARI-GIOVANNI XXIII"

OSPEDALE PEDIATRICO "GIOVANNI XXIII", Via Amendola, 207 - Bari

U.O. Semplice Dipartimentale (SD) PSICOLOGIA - Tel. 0805596601 Fax 0805596828

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie afferibili alla telepsicologia possono assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle condizioni di fragilità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multiprofessionale e multisettoriale.

Destinatari delle attività ambulatoriali psicologiche sono famiglie/caregiver e bambini/adolescenti in condizioni di vulnerabilità:

- minorenni con malattie croniche, malattie inguaribili e disabilità;
- minorenni esposti ad esperienze sfavorevoli infantili, conclamate o a rischio, quali violenze, trascuratezza, lutti traumatici;
- minorenni preadolescenti ed adolescenti.

Inviati sono:

- medici specialisti della nostra Azienda Ospedaliera;
- PLS/MMG;
- Tribunale per i Minorenni;
- equipe integrate multidisciplinari del territorio regionale.

Modalità

La telepsicologia sarà utilizzata per tutti i pazienti preadolescenti ed adolescenti, salvo diverse indicazioni, ovvero laddove si configurino ostacoli alla relazione di fiducia necessaria per l'intervento psicologico; sono esclusi da tale modalità i bambini in età prescolare, che accederanno in presenza, utilizzando il laboratorio di osservazione con specchio unidirezionale.

In tutti i casi in cui si procederà con la visita in presenza, sarà garantito il rispetto delle norme di prevenzione del contagio in ordine alle direttive ministeriali vigenti.

Condizioni

A. In seguito alla richiesta di presa in carico si procederà con i seguenti step:

1. contatto telefonico con i caregiver (genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore), per verificare le condizioni materiali e tecniche di realizzazione di televisita quali:
 - disponibilità ad incontri online
 - accesso a uno smartphone, tablet o computer/con webcam
 - accesso a WiFi o hotspot cellulare
 - disponibilità di una stanza con una porta o una parte della casa lontana dagli altri membri della famiglia;
 - disponibilità di scrivania o tavolo, dove sarà seduto il paziente;
 - disponibilità di un adulto o un caregiver ad essere presente in casa per motivi di sicurezza durante la telepsicologia;
2. si procederà ad accertarsi che le condizioni cliniche e l'età del paziente consentano la costruzione di un'alleanza terapeutica in modalità online: è importante discutere con i caregivers e i piccoli pazienti in merito alle aspettative, ai confini e alla sicurezza delle attività al fine di verificare l'opportunità della visita da remoto, garantendo che i servizi siano erogati in modo adeguato, etico ed efficiente;

3. condividere i moduli per il consenso alla telepsicologia e l'informativa aziendale sulla privacy; è indispensabile riservarsi uno spazio di dialogo con il ragazzo per condividere le finalità e le modalità della telepsicologia affinché, con un linguaggio semplice e chiaro, si possa acquisire il consenso consapevole del minorenne attraverso l'informativa di consenso per ragazzi.

B. Una volta definiti i pazienti eleggibili al servizio di telepsicologia provvedere a:

- acquisizione obbligatoriamente di indirizzo mail del caregiver
- acquisizione di documentazione pregressa, attraverso l'inoltro telematico da parte dei caregivers del minorenne all'indirizzo istituzionale del dirigente psicologo
- prenotazione della visita, garantendo un lasso temporale adeguato per eventuale invio di documentazione sanitaria integrativa e per la trasmissione della impegnativa ed eventuale pagamento ticket
- i caregivers dei minorenni riceveranno le credenziali di accesso al portale dedicato, informativa e consenso informato alla telepsicologia, specifica informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Art. 13 del GDPR), adottata dalla A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari
- i caregivers riceveranno una mail generata automaticamente dalla piattaforma informatica aziendale dedicata (C4C) contenente il link per la televisita e il promemoria dell'appuntamento, con preavviso di 1 ora rispetto all'appuntamento
- al termine della prestazione sanitaria, laddove necessario sarà redatta relazione psicologica che potrà essere corrisposta via mail alla famiglia e/o ai caregivers e/o alla rete.

Prestazioni erogabili in telepsicologia

- 94.09 (52221) Colloquio psicologico clinico
- 94.083 (52173) Somministrazione di test proiettivi e della personalità
- 943 (52245) Psicoterapia individuale
- 94.42 (52269) Psicoterapia familiare
- 94.44 (52281) psicoterapia di gruppo

Al fine di poter svolgere nel modo più corretto l'attività di televisita o di teleconsulto, il dirigente psicologo deve essere dotato di:

- computer, cavo di ricarica, cuffie con microfono.

Il professionista dovrebbe inoltre adottare le seguenti regole di comportamento:

- garantire che le sessioni si svolgano in privato
- premunirsi del cellulare dell'adulto di riferimento
- prestare attenzione a ciò che può essere nel raggio della telecamera
- garantire uno sfondo neutro usando uno schermo regolabile o a divisore dietro la sedia.
- rimuovere le distrazioni udibili dalla stanza
- vestirsi in modo appropriato per la sessione
- utilizzare le cuffie con un microfono.

7. MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA TELEPSICOLOGIA PER GENITORI/CAREGIVERS

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA TELEPSICOLOGIA (TELEVISITA E TELESALUTE E TELEASSISTENZA)

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani";

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP

Si informa che la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.

Il sottoscritto _____ nato/a il ____/____/____ a _____, in
qualità di genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore
_____ nato/a il ____/____/____ a _____ residente
a _____ < via _____
telefono _____ codice fiscale _____

rivolgendosi alla UOSD Psicologia, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari è informato/a sui seguenti punti:

1. l'assistenza psicologica è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
2. lo scopo e la natura dell'intervento professionale è una consulenza psicologica e/o un colloquio psicologico clinico e/o un trattamento psicoterapeutico con finalità di valutazione e intervento psicologico-psicoterapeutico, per migliorare il benessere psicologico e gestire disagi e difficoltà psicologici (cognitivi, affettivi, relazionali, comportamentali) e/o disturbi psicopatologici, rivolti al singolo minorenne e/o ai caregivers di riferimento (genitori, famiglia, educatori), che possono essere effettuati attraverso trattamenti individuali, familiari e/o di gruppo;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi (tra i quali il colloquio psicologico -clinico, i test psicodiagnostici, l'osservazione) e di intervento (colloqui, tecniche di intervento psicologico-clinico e/o psicoterapeutiche) per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico e/o l'intervento psicoterapeutico;
4. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori per motivi clinici; dopo una fase di valutazione, la durata dell'eventuale presa in carico dipenderà necessariamente dall'evoluzione del processo clinico e sarà concordata di volta in volta con il minorenne e il/i genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore;
5. la frequenza delle sedute (settimanale, quindicinale o mensile etc.) è concordata in base al progetto di intervento psicologico, e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione professionale; tale modifica verrà condivisa con minorenne e il/i genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno dello stesso;
6. le prestazioni potranno essere prenotate dopo presentazione della impegnativa del PLS/MMG, e saranno erogate attraverso la piattaforma C4C dell'AOU Policlinico-Giovanni XXIII di Bari, dedicata alla Televisita/Telesalute, fatti salvi la verifica dei criteri di applicabilità della prestazione in remoto;
7. in assenza di esenzioni, sarà necessario effettuare pagamento ticket, che avverrà, secondo le indicazioni della AOU Policlinico-Giovanni XXIII, mediante bonifico bancario o versamento C/C oppure utilizzando il servizio PoliTicket presso i totem presenti al CUP del Policlinico o del Giovanni XXIII. La ricevuta verrà condivisa via mail;
8. durante le consulenze non saranno presenti terzi non previsti e non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
9. i colloqui non saranno registrati né in audio né in video, salvo necessità cliniche che verranno preliminarmente condivise con l'assistito;

10. in qualsiasi momento si può interrompere l'intervento psicologico/psicoterapeutico, dopo aver concordato tale possibilità con lo psicologo/psicoterapeuta e/o con la rete dei servizi/terzo settore, coinvolti dal provv del Tribunale per i Minorenni. In tal caso sarà opportuna un'ultima seduta, per la sintesi del lavoro svolto;
11. è possibile disdire ciascun appuntamento comunicandolo almeno 24 ore prima dell'appuntamento stesso;
12. al fine di facilitare e monitorare l'evoluzione del lavoro clinico nel tempo, verrà raccolto quanto prodotto nel corso del rapporto professionale in forma di cartella clinica, siano essi appunti di sedute, dati ed esiti di strumenti di valutazione. I dati saranno conservati, anche per motivi legali e deontologici, secondo le modalità adottate dall'A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII. La loro conservazione avviene, secondo quanto previsto dal GDPR in merito alla conservazione di dati sensibili, in modalità sicura (pseudonimizzazione, crittografia di files, armadi di sicurezza) e senza che terzi possano avervi accesso.
13. alcuni elementi del processo clinico potranno eventualmente essere condivisi, esclusivamente in forma anonima, a colleghi psicologi e/o medici (parimenti tenuti al segreto professionale), per fini didattici o di supervisione clinica. In alcuni casi, previa informazione e consenso esplicito del cliente, determinati dati potrebbero essere integrati in modo completamente non riconoscibile e non riconducibile alla persona (procedure di "mascheramento") in presentazioni scientifiche (ad es. articoli, conferenze).

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ in
qualità di genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore
_____ nato/a il __/__/____ a _____, residente
a _____ in Via _____ n. _____ avendo ricevuto
l'informativa di cui sopra dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il Servizio (UOSD Psicologia - Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII")
- di aver corrisposto impegnative come sopra indicato e, in assenza di esenzioni, anche pagamento ticket.

Luogo e data _____

Firma (leggibile)

Informativa per ragazzi sulla telepsicologia



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico-Giovanni XXIII di Bari

Data _____

Mi chiamo _____ sono nato/a a _____ il _____
vivo a _____ in via _____

Sono stato/a informato/a dal dr/dr.ssa _____ del Servizio di Psicologia che le attività psicologiche, a cui dovrei partecipare per stare meglio psicologicamente, prevedono l'uso di smartphon, tablet o computer (Telepsicologia), in particolare ho capito che:

- le attività che realizzeremo insieme con l'uso delle tecnologie sono finalizzate a stare meglio e consistono in incontri online:



- con l'obiettivo di comprendere meglio le mie opinioni, le mie emozioni, i miei bisogni di salute, le esperienze problematiche vissute o in corso (colloqui, test psicologici)
- per risolvere o ridurre problemi legati alla gestione delle mie emozioni o dei miei comportamenti o alle relazioni con gli altri (sedute di psicoterapia o di psicoeducazione)
- decideremo insieme quando incontrarci online e per quanto tempo; anche se per conoscerci bene sarà utile incontrarsi spesso, in qualsiasi momento potrò proporre di concludere gli incontri
- per connettermi con le videochiamate o con il tablet o il computer devo scegliere una stanza della casa che mi permetta di sentirmi tranquillo/a, di non essere disturbato/a né interrotto/a
- devo mettermi seduto/a ad un tavolo o ad una scrivania. Durante gli incontri online, in casa ci deve essere sempre un genitore o un adulto di riferimento



- l'incontro sarà interrotto nel caso si verificassero problemi tecnici che disturbano la comunicazione o la qualità della relazione
- l'intervento psicologico sarà impostato sempre nel rispetto del mio interesse garantendo riservatezza e privacy
- non è prevista la registrazione audio o video degli incontri, salvo necessità cliniche che mi verranno spiegate prima
- non ci sarà la partecipazione di altre persone non previste: tutti i presenti dovranno essere concordati e comunque essere visibili in video;
- lo psicologo mi ha informato con chiarezza e ha risposto alle mie domande per permettermi di dire, in modo consapevole insieme ai miei genitori o a chi si prende cura di me, se sono d'accordo o in disaccordo con le attività proposte.



Sono soddisfatto/a delle informazioni ricevute e do il mio consenso informato ad intraprendere le attività psicologiche online (Telepsicologia) per il mio benessere psicologico

Firma ragazzo/a _____ Firma genitore/tutore _____

Sezione VI

ALLEGATI

- La Sindrome da Alienazione Genitoriale (Risposta del Ministro della Salute all'Interrogazione parlamentare n. 4-02405)
- Codici ICD9-CM per la rilevazione della violenza interpersonale
- Prospetto quadri diagnostici a breve, medio e lungo termine correlati al trauma interpersonale infantile
- Elenco dei Centri Antiviolenza operativi in Puglia

1. LA SINDROME DA ALIENAZIONE GENITORIALE (RISPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE ALL'INTERROGAZIONE PARLAMENTARE N. 4-02405)



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Ufficio Rapporti Parlamento

Lungotevere Ripa, 1 – 00153 Roma

Registro - classif. N.: ...I.6.b.b/2019/1629

Risposta al Foglio del:

N.:

29 MAG. 2020

Alla Sen. Valeria Valente
Senato della Repubblica

e. p.c.:

Alla Presidenza del Consiglio dei
Ministri
Dipartimento Rapporti con il
Parlamento Ufficio II

Al Senato della Repubblica
Segretariato Generale
Ufficio del sindacato ispettivo

ROMA

OGGETTO: Interrogazione parlamentare n.4-02405.

La Sindrome da Alienazione Genitoriale o da Anaffettività Genitoriale (Parental Alienation Syndrome - PAS) è una “Sindrome” ipotizzata da uno studioso americano (R. Gardner), come un’ipotetica e controversa dinamica psicologica disfunzionale che si attiverebbe sui figli minori coinvolti in contesti di separazione e divorzio conflittuale dei genitori, non adeguatamente mediate.

Gardner ne ha descritto gli elementi costitutivi in diversi lavori auto-pubblicati, e pertanto, privi di verifica da parte della letteratura scientifica, in particolare della revisione di esperti, (la cosiddetta “peer review”), che oggi è il parametro principale di valutazione della validità delle pubblicazioni scientifiche anche nei concorsi universitari.

Tale “Sindrome”, in effetti, pur essendo oggetto di dibattito in diversi Paesi, ad oggi non è riconosciuta come disturbo psicopatologico dalla grande maggioranza della Comunità scientifica e legale internazionale, e anche negli Stati Uniti è soggetta ad amplissime discussioni.

Detta “Sindrome” non risulta inserita in alcuna delle classificazioni in uso, come la “International classification of diseases” (ICD 10), o il “Diagnostic and statistical manual of mental disorders” (DSM 5), in ragione della sua evidente “ascientificità” dovuta alla mancanza di dati a sostegno.

Riguardo a quest'ultima classificazione, infatti, l'Istituto Superiore di Sanità ha inteso precisare che la proposta avanzata dallo studioso statunitense W. Bernet durante un "working committee" del DSM 5 di inserire la categoria PAS, non è stata accolta, in quanto si è ritenuto che l'esclusione e l'alienazione di un genitore non corrisponda ad una sindrome, né ad un disturbo psichico individuale definito, ma piuttosto a un disturbo della relazione tra più soggetti, una relazione disfunzionale alla quale contribuiscono il genitore alienante, quello alienato e il figlio/la figlia, ciascuno con le proprie responsabilità e con il proprio "contributo", che può variare di caso in caso.

L'Istituto Superiore di Sanità segnala che su questo argomento è in corso un vivace dibattito nella Comunità scientifica, anche e soprattutto per il rischio di utilizzo strumentale di una definizione priva di validità diagnostica nelle controversie che coinvolgono minori.

Le varie critiche rivolte al concetto di PAS concordano nel considerare scientificamente infondato il riferimento a una "sindrome" come ad una costellazione di sintomi che caratterizzano il disagio di un bambino conteso durante una causa di affidamento.

Gli studiosi che hanno approfondito tale tematica hanno introdotto correttivi e spunti di riflessione, anche critici, sia preoccupandosi di individuare i criteri per una diagnosi differenziale, sia inserendo tale problematica nel "continuum" di relazioni che si instaurano tra ciascun genitore e il figlio, prima durante e dopo la separazione, di cui l'alienazione può essere l'esito finale di processi relazionali sempre più negativi, sia chiedendosi se effettivamente sia legittimo parlare di sindrome e, ancora, se gli interventi di «riprogrammazione del bambino» attraverso l'allontanamento siano efficaci e psicologicamente adeguati, come segnalato nella interrogazione in esame.

La Comunità scientifica sembrerebbe concorde nel ritenere che l'alienazione di un genitore non rappresenti, di per sé, un disturbo individuale a carico del figlio, ma un grave fattore di rischio evolutivo per lo sviluppo psicologico e affettivo del minore stesso.

Tale nozione compare nel "DSM IV" tra i Problemi Relazionali Genitore - Figlio; e nel citato "DSM 5" all'interno dei Problemi correlati all'allevamento dei figli.

Sembra quindi che la PAS sia meglio definita come un "Disturbo del comportamento relazionale", e non come una sindrome.

Il "DSM 5" definisce i problemi relazionali come "modelli persistenti e disfunzionali di sentimenti, comportamenti e percezioni che coinvolgono due o più partner in un importante rapporto personale".

Per essere diagnosticato come tale, un disturbo relazionale richiede l'esistenza di un'interazione patologica tra gli individui coinvolti nella relazione.

Pertanto, sebbene la descrizione del disordine abbia una certa validità, devono essere condotte ricerche approfondite per chiarire le sue caratteristiche (ad esempio, durata e intensità dei sintomi), altrimenti esse potrebbero essere utilizzate strumentalmente nelle controversie legali.

Anche le Società scientifiche di psichiatria italiane, oltre a non riconoscere tale disturbo come patologia, non ritengono giustificati interventi terapeutici specifici.

Nonostante la mancanza di evidenze scientifiche nella Letteratura medica, la Sindrome da Alienazione Genitoriale continua, ancora oggi, ad essere utilizzata in ambito giudiziario.

Infatti, sono ancora molti i casi di bambini affidati ad un genitore sulla base dell'uso improprio della PAS, così come sono molti i casi di bambini inviati nelle comunità rieducative.

Questo Ministero, già nel 2012, ha puntualizzato la non attendibilità della PAS e il rischio dell'uso distorto di tale diagnosi nei casi dei bambini contesi, proprio a fronte del mancato riconoscimento del disturbo in questione sia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sia da parte di tutta la Comunità scientifica internazionale.

In particolare, nei casi di violazioni attribuibili a difetti o abusi di competenza o coscienza medica, il Ministero della salute si attiva tempestivamente ogni qual volta venga a conoscenza di presunte violazioni di norme deontologiche, chiedendo all'Ordine professionale di riferimento di effettuare gli opportuni accertamenti e di comunicarne al Ministero gli esiti.

Anche qualora siano segnalati casi di diagnosi di PAS da parte di medici o psicologi, il Ministero della salute ha cura di informare con sollecitudine gli Ordini professionali di appartenenza, per gli accertamenti sulle eventuali violazioni di norme deontologiche.

Rientra nell'ambito delle competenze del Ministero della giustizia intraprendere le adeguate iniziative finalizzate a garantire che, nelle sedi processuali, non vengano riconosciute patologie prive delle necessarie evidenze scientifiche, tanto più pericolose, poiché aventi ad oggetto decisioni in materia di minori.

Da ultimo, l'Istituto Superiore di Sanità ha precisato che è opinione condivisa tra gli studiosi che sia utile la promozione di ulteriori studi sistematici e su larga scala dell'alienazione dei genitori, che tengano conto delle questioni discusse allo scopo di definire criteri diagnostici oggettivi adeguati per una diagnosi scrupolosa ed un trattamento valido.

E' certamente utile una ricerca sistematica a livello nazionale, che potrà essere promossa dai Ministeri interessati, coinvolgendo un "panel" di esperti riconosciuti nel settore e le relative Società Scientifiche.

Sono disponibili, infatti, valide rassegne sistematiche sulla questione della PAS pubblicate su riviste internazionali anche da parte di gruppi di studiosi italiani, che possono rappresentare un punto di riferimento avanzato per evitare l'uso improprio del concetto di alienazione dei genitori nelle controversie sui bambini e per consentire un uso corretto di tale concetto in aree cliniche e forensi.



Il Ministro
(On. Roberto Speranza)

2. CODICI ICD9-CM PER LA RILEVAZIONE DELLA VIOLENZA INTERPERSONALE ³⁸

ICD9-CM ver.2007						
Capitolo	Codice Blocco	Descrizione blocco	Codice Categoria	Descrizione categoria	Codice sotto categoria	Descrizione sottocategoria
Traumatismi e avvelenamenti	995	Alcuni effetti avversi non classificati altrove	995.5	Sindrome del bambino maltrattato	99550	Abuso di minore non specificato
					99551	Abuso di minore emotivo/psicologico
					99552	Trascuratezza di minore (nutrizionale)
					99553	Abuso sessuale su minore
					99554	Abuso fisico di minore
					99555	Sindrome del bambino agitato
					99559	Altri abusi e trascuratezze di minori
			995.8	Effetti avversi specificati non classificati altrove	99580	Maltrattamento di adulto, non specificato
					99581	Sindrome dell'adulto maltrattato
					99582	Abuso emotivo/psicologico di adulto
					99583	Abuso sessuale di adulto
					99584	Trascuratezza di adulto (nutrizionale)
					99585	Altri abusi e trascuratezze di adulto
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	V15	Altra anamnesi personale con rischio di malattia	V15.4	Anamnesi personale di trauma psichico con rischio di malattia	V1541	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica
					V1542	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva
	V61	Altri problemi familiari	V61.1	Problemi coniugali	V6111	Abuso da parte del coniuge o del partner
					V6112	Abuso sul coniuge o sul partner
			V61.2	Problema nel rapporto genitori-figli	V6121	Maltrattamento del bambino
					V6122	Abuso sul bambino da parte del genitore
	V71	Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose	V71.5	Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione		
			V71.6	Osservazione successiva ad altra lesione volontaria		
			V71.8	Osservazione e valut. per sospetto di manifestazioni morb. spec.	V7181	Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza

³⁸ Prospetto tratto dal Corso FAD "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità

Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	E960-69	Omicidio e lesioni volutamente inflitte da altre persone	E960	Combattimento, rissa, stupro		
					E9601	Stupro
			E961	Aggressione con sostanza caustica o corrosiva, eccetto avvelenamento		
			E962	Aggressione con avvelenamento	E9620	Droghe e sostanze medicinali
					E9621	Altre sostanze liquide o solide
					E9622	Altri gas o vapori
					E9629	Avvelenamento non specificato
			E964	Aggressione con immersione (affogamento)		
					E9650	Arma da fuoco
					E9651	Fucile da caccia
					E9652	Carabina da caccia
					E9653	Armi da fuoco militari
					E9654	Altra e non specificata arma da fuoco
					E9657	Lettera esplosiva
					E9658	Altro esplosivo specificato
					E9659	Esplosivo non specificato
			E966	Aggressione con strumento tagliente e pungente		
			E967	Esecutore di abuso su bambino e di adulto	E9670	Da padre, patrigno o fidanzato
					E9671	Da altra persona specificata
					E9672	Da madre, matrigna o fidanzata
					E9673	Da consorte o partner
					E9674	Da figlio
					E9675	Da fratello
					E9676	Da nonno
					E9677	Da altro parente
					E9678	Da badante non parente
					E9679	Da persona non specificata
			E968	Aggressione con altri mezzi non specificati	E9680	Incendio
					E9681	Spinta da un luogo elevato
					E9682	Colpo con oggetto contundente o lanciato
					E9683	Liquido bollente
					E9684	Negligenza criminale
					E9685	Veicolo da trasporto
					E9686	Fucile ad aria compressa
					E9687	Morso umano
					E9688	Altro mezzo specificato
					E9689	Mezzo non specificato
			E969	Postumi di lesioni volutamente inflitte da altra persona		

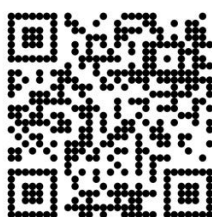
3. PROSPETTO QUADRI DIAGNOSTICI A BREVE, MEDIO E LUNGO TERMINE CORRELATI AL TRAUMA INTERPERSONALE INFANTILE ³⁹

DSM5 (Codice)	DC 0-5 TM Zero to Three	ICD10 (Codice)	ICD9-CM (Codice)
Disturbo da Stress Post Traumatico (309.81)	Disturbo da Stress Post Traumatico sotto i 6 anni	Disturbo da Stress Post Traumatico (F43.10)	Disturbo Post Traumatico da stress (309.81)
Disturbo reattivo dell'attaccamento (313.89)	Disturbo Reattivo dell'attaccamento	Disturbo Reattivo dell'attaccamento (F94.1)	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e della prima fanciullezza (313.89)
Disturbo da Impegno sociale disinibito (313.89)	Disturbo da Coinvolgimento Sociale Disinibito	Disturbo da attaccamento disinibito dell'infanzia (F94.2)	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e della prima fanciullezza (313.89)
Disturbo dell'adattamento (309)	Disturbo dell'adattamento	Disturbo non specificato dell'adattamento (F43.20)	Reazione di adattamento – disturbo di adattamento – reazione di adattamento a stress cronici (309)
Disturbo da Stress acuto (308.3)		Reazione acuta da stress (F43.0)	Altre Reazioni acute allo stress-Disturbo da situazione acuto –Disturbo da stress acuto (308.3)
Altri disturbi specifici correlati al trauma e allo stress (309.89)	Disturbo da Lutto Complicato dell'infanzia	Altre reazioni a stress grave (F43.8)	Razione di adattamento – altre reazioni (309.89)
Disturbo da trauma e stress collegato non specificato (309.9)	Altro disturbo da Trauma Stress e Deprivazione dell'infanzia	Reazione a grave stress non specificato (F43.9)	Reazione di adattamento non specificata (309.9)
Disturbo dissociativo dell'identità (300.14)		Disturbi di personalità multipli (F44.81)	Disturbo dissociativo dell'identità (300.14)
Amnesia dissociativa (300.12)		Amnesia dissociativa (F44.0)	Amnesia dissociativa (300.12)
Disturbo di Depersonalizzazione - Derealizzazione (300.6)		Sindrome di depersonalizzazione e-derealizzazione (F48.1)	Disturbo di depersonalizzazione (300.6)
Disturbo Borderline di Personalità (301.83)		Disturbo di personalità instabile tipo borderline (F60.31)	Disturbo di personalità borderline (301.83)
Disturbo antisociale di Personalità (301.7)		Sindrome antisociale di Personalità (F60.2)	Disturbo di personalità antisociale (301.7)

³⁹ Prospetto realizzato dalla Dott.ssa Enza Bicchieri, Dirigente Psicologo Consultorio Familiare Andria - Coordinatrice del Centro di Cura del Trauma Interpersonale

APPENDICE

QR-Code con l'elenco dei referenti delle Reti territoriali antiviolenza
in appendice al *Manuale operativo* di cui alla DGR 1641/2020



QR-Code con l'elenco dei contatti dei Centri Antiviolenza della Regione Puglia



Esiti del progetto PUGLIA FOR SPECIAL KIDS

PUGLIA FOR SPECIAL KIDS

Azioni di Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie su tutto il territorio della Regione Puglia

AVVISO "PER IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI AFFERENTI LE POLITICHE PER LA FAMIGLIA"

È oramai ampiamente riconosciuta la stretta associazione che lega l'esposizione a condizioni croniche di violenza durante l'infanzia allo sviluppo di patologie fisiche e mentali lungo l'intero ciclo di vita. Pertanto, il poter usufruire in maniera tempestiva di un piano integrato di interventi interdisciplinari e intersettoriali, di carattere specialistico, consente di ridurre l'entità delle conseguenze negative sulla salute psicofisica, a breve termine, generalmente associate a suddette esperienze traumatiche; ancor di più, viene a configurarsi come prezioso fattore di protezione rispetto alla qualità degli esiti sulla salute a medio e lungo termine.

La complessità del fenomeno della violenza riconosce, pertanto, come indispensabile la costituzione di una Rete di contrasto caratterizzata da multidisciplinarietà e multiprofessionalità delle figure coinvolte, realizzabile attraverso il coordinamento di tutti gli attori presenti sul territorio, istituzionali e non. La presenza della "rete" può facilitare la promozione della conoscenza del fenomeno, consentire la definizione, l'attuazione e la valutazione di percorsi per l'attivazione di iter condivisi e per la pianificazione di progetti di intervento, può offrire un aiuto specifico ed integrato per i bisogni espressi dai minorenni.

Il progetto Puglia for Special Kids nasce all'interno di questa cornice concettuale, ponendosi come finalità cardine *la messa a sistema e l'implementazione di prassi operative integrate per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica dei minori esposti ad esperienze traumatiche ed anche degli adulti che se ne prendono cura, favorendo l'omogeneità dei percorsi nonché la qualità e l'accessibilità ai servizi preposti*. In tal senso, il progetto ha riconosciuto l'implementazione di un ampio spettro di azioni, su tutto il territorio della regione Puglia, che spaziano tra azioni di sistema in favore degli stakeholders intermedi (servizi ed enti pubblici, soggetti del privato sociale e dell'ambito giudiziario) ed interventi psicologici di carattere specialistico direttamente rivolti alla popolazione target. Le priorità perseguite sono state:

- il consolidamento del lavoro di rete fra i Servizi e centri antiviolenza e case rifugio che si occupano della tutela e dell'assistenza dei minori esposti a violenza, nell'intento ultimo di ridurre la variabilità nella qualità ed accessibilità a tali servizi
- la tutela dai processi di vittimizzazione secondaria a cui sono spesso esposte le diadi madri-figli minori vittime di violenza domestica;

- l'elaborazione di prassi operative per la presa in carico psicosociale dei minori orfani di crimini domestici e degli adulti affidatari, con la definizione degli interventi da attuare sin dalle prime fasi dell'emergenza ed anche nel prosieguo del percorso di sviluppo.

Il Progetto è stato realizzato in tutte le sue azioni sull'intero territorio regionale pugliese in quanto si è avvalso delle reti antiviolenza locali esistenti, dei centri antiviolenza e dell'equipe specialistica sul trattamento del trauma infantile GIADA-Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati (UO Semplice a Struttura Dipartimentale Psicologia GIADA Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” Bari) riconosciuta quale III Livello “*Centro altamente specializzato per il trattamento dei minorenni vittime di violenza*” dalle **Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età (Del.G.R. 1878/2016).**

Puglia For Special Kids ha come soggetto capofila l'**Aps Sud Est Donne** e come partner l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari, GIADA, la Cooperativa “**Comunità San Francesco**”, l'**Associazione Riscoprirsi** e l'**Associazione Impegno Donna**.

La **Regione Puglia** ha aderito al progetto con il compito di monitorare e orientare le azioni in continuità e in coerenza con le “*Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*” e di valutare gli esiti del progetto ai fini della replicabilità su tutto il territorio regionale.

Risultati ottenuti

Il progetto ha preso il via il 31 luglio 2020 e ha avuto una durata di quasi due anni, beneficiando di una proroga motivata dalle difficoltà causate dall'emergenza da Covid-19, particolarmente ostative per la realizzazione di alcune azioni.

In linea con gli indirizzi del *Manuale operativo in materia di maltrattamento nei confronti delle persone minori per età*, adottato con la deliberazione di Giunta Regionale n. 1641/2020, il progetto ha avuto come focus principale le prassi operative integrate per la presa in carico globale di minori vittima di violenza assistita e delle loro madri, nonché dei minori orfani di crimini domestici e degli adulti affidatari che se ne prendono cura, al fine di qualificare le competenze della rete dei servizi antiviolenza territoriali, favorendo il loro raccordo.

Una delle principali azioni di sistema, attuata con il Coordinamento del “Servizio minori, famiglie, pari opportunità e tenuta registri” della Regione Puglia e dell'U.O.S.D. Psicologia- GIADA, ha visto la realizzazione, tra il 2020 e il 2022, di n. 3 focus per provincia a cui hanno partecipato in media 150 referenti delle reti antiviolenza (EMI, Centri trauma, referenti ospedalieri, cav, case rifugio), con l'obiettivo di monitorare l'organizzazione e le prassi di intervento delle reti locali già costituite, a cominciare dal funzionamento delle equipe multidisciplinari integrate (emi) di contrasto alla violenza. Gli audit realizzati hanno consentito la ricognizione complessiva delle prassi operative per la presa in carico globale di minori vittime di violenza assistita e delle loro madri, attraverso un questionario di monitoraggio. Tale strumento ha evidenziato punti di forza e criticità sulla organizzazione dei servizi pugliesi, con riferimento alla EMI (equipe multidisciplinari integrate) e alla integrazione con gli altri soggetti

della rete; in aggiunta a ciò è stata rilevata la qualità dell'integrazione tra la rete dei Servizi e le Autorità giudiziarie.

Il lavoro in favore delle donne e bambini vittime di violenza domestica si è articolato in diverse linee di intervento.

Un'azione ha riguardato l'esplorazione degli adattamenti psicosociali conseguiti dalle madri vittime di violenza domestica e i propri figli, inseriti presso una struttura residenziale (due tipologie: casa rifugio di prima e di seconda accoglienza), nell'intento ultimo di giungere alla definizione e diffusione di prassi di accoglienza che promuovano negli utenti un migliore adattamento. In tal senso, dopo un'attenta analisi della letteratura nazionale ed internazionale sul funzionamento psicologico delle donne/madri vittime di violenza domestica e sul funzionamento psicologico dei minori vittime di violenza assistita in situazione di protezione, sono stati esplorati gli adattamenti psicosociali di 25 diadi ospitate in 8 diverse strutture attraverso la somministrazione di una batteria di questionari.

A seguire, sono stati effettuati n. 6 focus group al fine di co-costruire strategie psicoeducative e procedure condivise di accoglienza tra cav, case di prima e seconda accoglienza. Questo momento ha rappresentato per la rete del cav pugliesi il raggiungimento di un obiettivo strategico per uniformare le procedure di raccordo e di presa in carico e contemporaneamente ha permesso di far emergere istanze e bisogni delle donne da rappresentare ai Tavoli regionali e Nazionali. Altro risultato output di questa azione sarà proprio la definizione del protocollo operativo contenente le procedure di accoglienza e di raccordo per le case rifugio e le case di seconda accoglienza.

Un altro prezioso obiettivo perseguito da Puglia for Special Kids concerne il sostegno all'operatività dei CAV su una dimensione spesso trascurata: la relazione madre-figli. Se l'accompagnamento delle donne alla consapevolezza della violenza è nelle azioni ordinarie dei cav, il lavoro sulla relazione all'interno della diade è spesso trascurato o addirittura fuori dall'attenzione degli organi giudiziali e dei servizi. Il considerare i danni della violenza sia sull'essere donna ma anche sull'essere madre, aiuta le donne ad elaborare e riparare gli effetti della frammentazione della violenza subita. È importante specificare che "lavoro di rete" con la donna non significa frammentazione della stessa tra le diverse professionalità; piuttosto si configura come necessario l'intervento univoco di uno/due servizi che la guidi e sostenga rispetto ai danni inferti dalla violenza subita nelle diverse aree di funzionamento (relazionale, psicologica, traumatica, sanitaria, genitoriale ecc), confrontandosi tra loro e con la rete delle professionalità coinvolte.

È stata potenziata l'attività dei gruppi di Fempower: suddivisi per provincia, sono state sostenute n. 66 donne, accelerando i tempi di elaborazione e fuoriuscita dalla violenza.

Sono state allestite n. 3 stanze all'interno delle sedi dei centri antiviolenza e n. 1 stanza all'interno di una casa delle case di seconda accoglienza, "dedicate" ai e alle minori, che spesso seguono le madri che si rivolgono al centro antiviolenza.

Per quanto riguarda l'intervento in favore degli orfani di crimini domestici è stato possibile effettuare la valutazione degli adattamenti a breve e medio termine per 3 nuclei familiari, per un totale di 7 minori e 4 caregivers; è stato avviato un intervento psicologico specialistico, in setting individuale in favore di n. 4 minori.

Il progetto Puglia for Special Kids ha tenuto conto del potenziamento della rete non solo in termini di raccordo, ma anche in termini di formazione specialistica continua e integrata. La tematica della violenza assistita è stata affrontata seguendo due diversi percorsi: il primo, più specificatamente centrato sulla comprensione del fenomeno e sugli strumenti di trattamento della violenza assistita, ha visto la partecipazione di n. 377 professionisti/e; il secondo, riguardante un approfondimento sull'area degli e delle orfani/e speciali e sulla comprensione del trattamento vicario, ha coinvolto n. 183 partecipanti.

La rete delle case rifugio di prima e seconda accoglienza (n. 55 professionisti/e) ha potuto contare su approfondimenti specialistici relativi all'accoglienza dei/le minori nei contesti di protezione e alle procedure di rapporto con gli altri nodi della rete.

Il progetto ha visto anche la realizzazione di diversi output, tra cui due brochure: la prima riguardante la rappresentazione grafica sintetica delle procedure per la presa in carico dei bambini e bambine vittime di violenza assistita; la seconda afferente le procedure da mettere in atto per la presa in carico di orfani/e speciali e le indicazioni sulle leggi da applicare in favore degli stessi. I contenuti delle brochure sono stati trasposti in un cartonato formato A3 che sarà consegnato a tutti gli operatori e operatrici della rete locale antiviolenza: equipe multidisciplinari per la presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e violenza, centri trauma, rete ospedaliera, rete dei servizi sociali e consultoriali.

Altro prodotto, attorno al quale la rete dei cav sta lavorando, è una brochure sulla violenza assistita da destinare alle mamme (presso studi medici, Consultori, ecc...), la cui progettazione sta offrendo un momento di particolare riflessione su quali modalità comunicativa adottare al fine di informare le madri sui pericoli della violenza assistita, evitando inopportune colpevolizzazioni.



Procedure Operative per la presa in carico delle donne e dei/delle minori
vittime di violenza domestica e assistita e orfani speciali

LA NORMATIVA



Su scala nazionale

La legge 11 gennaio 2018, n. 4, contiene una serie di disposizioni rivolte ai figli minorenni e maggiorenni economicamente non autosufficienti, della vittima di un omicidio commesso dal coniuge (anche se separato o divorziato), dal partner di un'unione civile (anche se cessata) o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza.

I principali elementi contenuti nella legge sono: patrocinio a spese dello stato, equiparazione dei rapporti di coniugio con i rapporti di convivenza, pensione di reversibilità, diritto di accesso ai servizi di assistenza, assistenza medico-psicologica, affidamento, fondo di rotazione per la solidarietà, cambio del cognome.

Dettaglio sui fondi destinati agli orfani per crimini domestici

- La legge n. 122 del 7 luglio 2016 Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea- Legge europea 2015 - 2016, stabilisce all'articolo 11 il diritto all'indennizzo in favore delle vittime di reati intenzionali violenti, in attuazione della Direttiva 2004/80/CE.

- Il Ministero dell'Interno, con decreto del 22 novembre 2019, determina gli importi dell'indennizzo alle vittime dei reati intenzionali violenti

Regione Puglia

- Delibera n. 1878 del 2016 "Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età".
- Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2019, n. 1556 L.R. 29/2014 - Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017 - 2020. "Adozione del Piano integrato di interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere 2019 - 2020".
- Delibera n. 1641 del 2020 "Avvio iter istitutivo della Rete Regionale dei Servizi. Adozione Manuale Operativo".

exStoLab

Il progetto ha come obiettivo fondamentale lo sviluppo, la messa a sistema e l'implementazione di prassi operative integrate per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica dei minori esposti ad esperienze traumatiche ed anche degli adulti che se ne prendono cura, favorendo l'omogeneità dei percorsi nonché la qualità e l'accessibilità ai servizi preposti.

Si articola nelle seguenti azioni:

- 1) messa a sistema di prassi operative integrate e condivise per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica dei minori vittime di violenza assistita e delle loro madri, dei minori vittima di crimini domestici e degli adulti affidatari che se ne prendono cura;
- 2) definizione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici rivolti ai bambini vittime di violenza assistita ed implementazione degli stessi sul territorio regionale (6 province);
- 3) azioni di sostegno per l'accesso dei minori ai servizi socio educativi e del tempo libero;
- 4) sperimentazione del Pronto Soccorso Psicologico, mobile sull'intero territorio pugliese, per l'attuazione di interventi peri-traumatici nei casi di femminicidio (nella fase immediatamente a ridosso del femminicidio) destinati ai bambini orfani di crimini domestici e agli adulti affidatari;
- 5) formazione degli operatori sociali e sanitari dei servizi pubblici e privati;
- 6) elaborazione e diffusione di materiale psicoeducativo.

Inquadra il QR-Code, per approfondimenti scaricare (www.giadainfanzia.it) il volume "Piccoli passi verso i bambini Orfani Speciali. Indicazioni Psicoeducative" della Collana Piccoli Passi.



Inquadra il QR-Code per il Manuale Operativo delle Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età



Informativa a cura di

Marvita Goffredo, Grazia Tiziana Vitale, Maria Grazia Foschino Barbaro



Azione di Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie su tutto il territorio della Regione Puglia

Avviso "Per il finanziamento di progetti afferenti le politiche per la famiglia" - Linea Intervento "Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie"



**Procedure Operative
per la presa in carico
dei Minorenni Orfani Speciali**



Riscoprire Se...
CENTRO
ANTIVIOLENZA

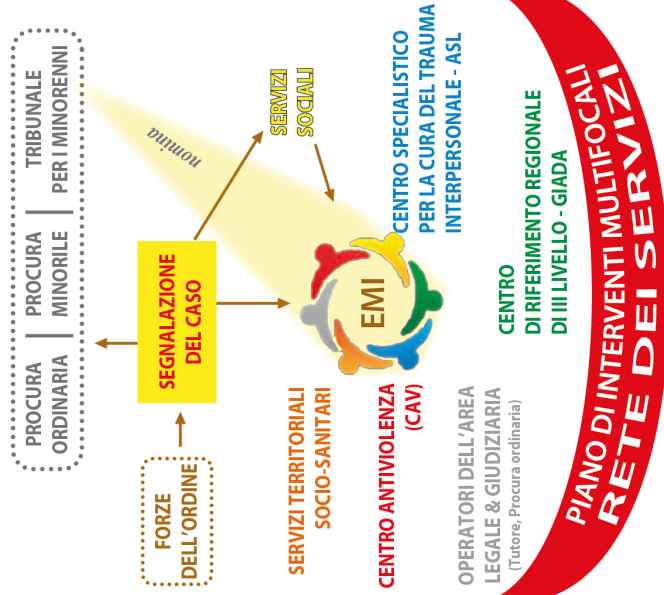




PROCEDURE OPERATIVE ATTORI & FASI DI LAVORO

In occasione di un **crimine domestico**, in presenza di minori nel nucleo, le Forze dell'Ordine allertano il Servizio Sociale di competenza che, a sua volta, fornisce immediata comunicazione dell'accaduto all'Equipe Multidisciplinare Integrata (EMI).

L'EMI si occupa di attivare la Rete dei Servizi - Centro di Riferimento Regionale di III livello GIADA, Centro per la cura del Trauma Interpersonale, gli operatori dell'area legale e giudiziaria, i Servizi socio-sanitari territoriali di riferimento e il Centro Antiviolenza di riferimento - e in raccordo con essa giunge alla definizione ed implementazione del Piano di interventi multifocale, in favore dei minori e degli adulti affidatari, da avviare nella prima fase di emergenza e sviluppare lungo l'intero percorso di crescita dei minori coinvolti.



INTERVENTI IN EMERGENZA

PERCORSO POST EMERGENZA
(trascorsi 6 mesi dall'accaduto)

GLI INTERVENTI IN EMERGENZA

Gli interventi in emergenza agiscono da fattore di protezione riducendo la possibilità di reazioni acute da stress e l'insorgenza di sintomi post traumatici.



COMUNICAZIONE DELLA NOTIZIA AL/AL MINORENNE/I

- da effettuarsi presso il domicilio, alla presenza delle figure di riferimento
- Riferimento esplicito alla morte del genitore e come questa sia avvenuta
- Informazioni sul genitore che commette il reato
- Informazioni sui cambiamenti di vita conseguenti (nuova abitazione, nuove figure di riferimento)

MONITORAGGIO SISTEMATICO degli adattamenti del minorenne/i nei giorni immediatamente successivi (da effettuarsi attraverso richiesta di informazioni agli adulti affidatari) e **CONDIVISIONE DI INDICAZIONI PSICOEDUCATIVE** per il fronteggiamento di alcune tematiche peculiari (es. rievocazione della scena traumatica e domande sul genitore che commette il reato)

PREPARAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AL RITO FUNEBRE da effettuarsi presso il domicilio, alla presenza delle figure di riferimento

- Descrizione realistica del funerale e della sepoltura
- Scelta dei regali di addio
- Parlare delle emozioni che si possono provare e di come si possono affrontare
- Modi alternativi per dare l'ultimo saluto

ACCOMPAGNAMENTO AL RIENTRO NEL CONTESTO SCOLASTICO e ripristino delle altre principali routine (attività extrascolastiche, gruppo dei pari).

- Laboratorio con i compagni di classe
- Incontro con i docenti e i genitori del gruppo classe



Gli interventi in emergenza di comunicazione della notizia, monitoraggio degli adattamenti e preparazione al rito funebre richiedono la tempestiva individuazione di un unico operatore che si interfacci direttamente con il contesto di caregiving affidatario e i minori, agendo da mediatore nella relazione tra il nucleo e tutti gli altri attori della Rete dei Servizi, per evitare di esporre minori e adulti coinvolti a episodi di vittimizzazione secondaria, derivanti da possibili condizioni di frammentazione e sovrapposizione nei processi comunicativi, che divergono altamente probabili in presenza di molteplici interazioni con operatori differenti.



PERCORSO POST EMERGENZA

A distanza di circa 6 mesi dall'accaduto, diviene opportuno monitorare gli adattamenti psicosociali conseguiti dal/i minorenne/i al fine di predisporre un piano di interventi psicosociali e clinici continuativi nel tempo, e dinamici rispetto all'evoluzione dei fattori di protezione e rischio agenti nell'intero sistema relazionale in cui lo/la stesso/i è/sono inserito/i.



VALUTAZIONE DEGLI ADATTAMENTI (a distanza di 6 mesi circa dall'accaduto)

Area da esplorare

- sviluppo cognitivo e socio-emotivo
- la dimensione del lutto
- la qualità della relazione di accudimento
- problematiche connesse ad eventuale disturbo trauma-correlato e/o disturbo da lutto persistente
- esperienze sfavorevoli infantili
- fattori di rischio e di protezione individuali e relazionali

INTERVENTO CLINICO INDIVIDUALE

Focus dell'intervento

- stabilizzazione sintomi post traumatici, se presenti
- il lutto
- empowerment individuale
- elaborazione esperienze traumatiche

SUPPORTO AGLI ADULTI AFFIDATARI

Focus dell'intervento

- stabilizzazione sintomi post traumatici nei caregivers, se presenti
- fronteggiamento sintomi post traumatici nel/i minorenne/i
- qualità del parenting

INTERVENTO PSICOSOCIALE

per il potenziamento dei fattori di protezione individuali e relazionali, lungo l'intero percorso di crescita

L'espressione "violenza domestica" designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima. Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte della/del bambina/o e adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori (c.d. stalking) su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni (CISMAI, 2017). Tale forma di violenza ha ottenuto, sin dal 2003, il riconoscimento come forma di maltrattamento primario nei confronti dell'infanzia.

Inquadra il QR-Code per il Manuale Operativo delle Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età



Il progetto ha come obiettivo fondamentale lo sviluppo, la messa a sistema e l'implementazione di prassi operative integrate per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica dei minori esposti ad esperienze traumatiche ed anche degli adulti che se ne prendono cura, favorendo l'omogeneità dei percorsi nonché la qualità e l'accessibilità ai servizi preposti.

Si articola nelle seguenti azioni:

- 1) messa a sistema di prassi operative integrate e condizionate per la tutela e l'assistenza sociale e psicologica dei minori vittime di violenza assistita e delle loro madri, dei minori vittima di crimini domestici e degli adulti affidatari che se ne prendono cura;
- 2) definizione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici rivolti ai bambini vittime di violenza assistita ed implementazione degli stessi sul territorio regionale (6 province);
- 3) azioni di sostegno per l'accesso dei minori ai servizi socio educativi e del tempo libero;
- 4) sperimentazione del Pronto Soccorso Psicologico, mobile sull'intero territorio pugliese, per l'attuazione di interventi peri-traumatici nei casi di femminicidio (nella fase immediatamente a ridosso del femminicidio) destinati ai bambini orfani di crimini domestici e agli adulti affidatari;
- 5) formazione degli operatori sociali e sanitari dei servizi pubblici e privati;
- 6) elaborazione e diffusione di materiale psicoeducativo.

*Informativa a cura di
Alessandra Sgaramella, Grazia Tiziana Vitale
Maria Grazia Foschino Barbaro*



Azione di Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie su tutto il territorio della Regione Puglia

Avviso "Per il finanziamento di progetti afferenti le politiche per la famiglia" - Linea Intervento "Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie"

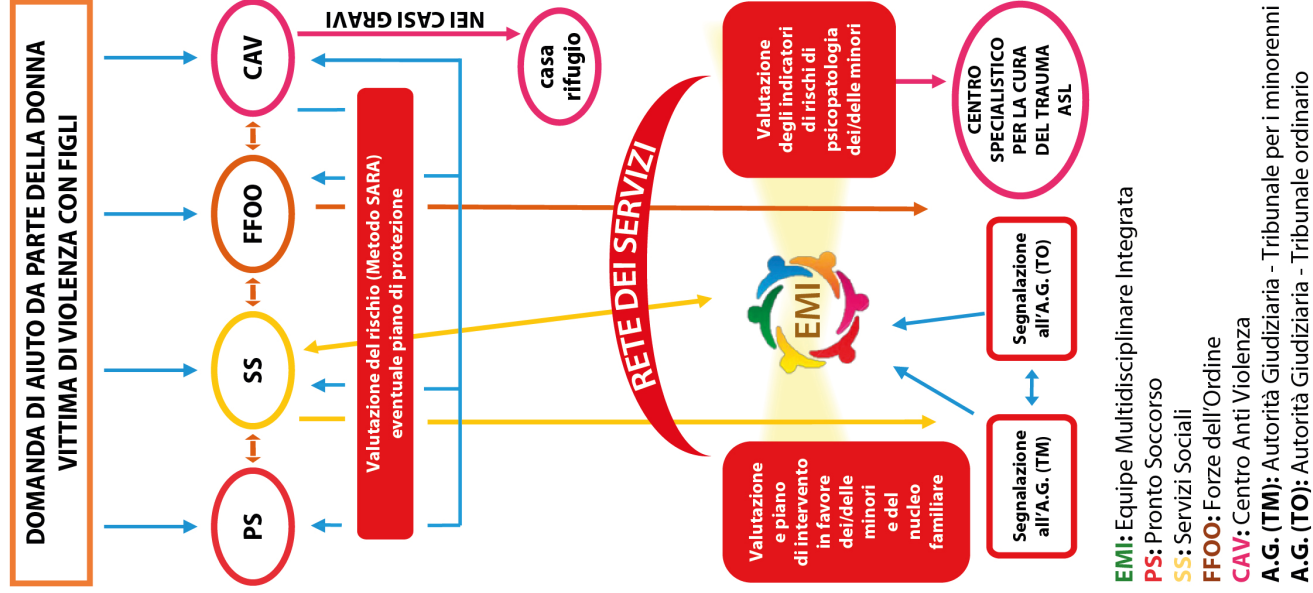


**Procedure operative
per la presa in carico delle donne
e dei/delle minori vittime
di violenza domestica e assistita**



RACCOMANDAZIONI

-
- ACCESSO IN OSPEDALE**
- NEI CASI GRAVI**
- Nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche ai/alle minori e famiglie straniere, relativo a:
- violenza assistita e altre tipologie di violenza;
 - effetti della violenza sulla salute;
 - normativa di riferimento;
 - indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;
 - indicazioni relative al numero di pubblica utilità per la violenza alle donne 1522.
- Disporre ricovero dei/delle minori per 24/32 ore ove possibile e/o per la donna
- SEMPRE**
- Predisporre un percorso specifico:
- riduzione dei tempi d'attesa ed accoglienza in un luogo adeguato/riservato;
 - eventuale ricerca dei precedenti accessi al PS;
 - richiesta di consulenze specialistiche ad opera di personale specializzato;
 - invio del caso all'Equipe Multidisciplinare Integrata (EMI) di riferimento sul territorio.
- Definizione del piano di intervento per la tutela ed eventuale protezione dei/delle minori
- Invio alla rete dei servizi antiviolenza territoriali per la definizione del piano di intervento per la tutela ed eventuale messa in protezione della donna e dei minori (consultare il Manuale Operativo tramite il QR-Code)
- Invio della donna al **Centro Anti Violenza (CAV)** e monitoraggio delle condizioni dei/delle minori



Finito di stampare nel mese di maggio 2022
presso Industria Servizi Grafici Panico - Soletto (LE)
per conto di Piero Manni s.r.l.