

Multidisciplinare). In Veneto per esempio, secondo la normativa di pianificazione sociosanitaria regionale l'UVM è lo strumento operativo del distretto chiamato a garantire l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali a livello territoriale. Per i casi di pregiudizio è il luogo di decisione sulla segnalazione all'autorità giudiziaria e luogo di attivazione degli interventi della rete. Le decisioni prese nell'UVM vengono firmate da tutti i partecipanti.

2) La seconda tipologia prevede equipe multidisciplinari con compito precipuo **la realizzazione di attività dirette con l'utenza**, con un grado più o meno elevato di 'specializzazione'. Sono in genere composte da un numero minore di persone, solitamente psicologi e assistenti sociali, talvolta ci sono degli educatori ed un pool di consulenti (medico, avvocato, ecc.) attivabili ad hoc.

Possono essere costituite grazie a protocolli d'intesa tra istituzioni pubbliche (un esempio è il centro specialistico del Faro di Bologna, due dei centri specialistici del Veneto, il centro specialistico dell'asl di Genova) ed essere gestiti in forme varie, dal pubblico così come dal privato sociale accreditato

In questa categoria si possono collocare gli assetti organizzativi assunti da numerosi servizi di tutela minori diffusi per esempio in Lombardia e in alcune zone della Liguria, che adottano una forma 'mista', in cui esistono dei servizi di tutela, composti da assistenti sociali e psicologi collocati nell'ambito dei servizi sociali comunali, che svolgono sia la funzioni di consulenza nei confronti del territorio, che di presa in carico diretta. Ci sono aree nelle quali si è diffusa la presenza di centri specialistici di **terzo livello** a cui i servizi dedicati alla tutela hanno la possibilità di far riferimento per situazioni molto complesse¹⁵.

Le equipe si differenziano poi a seconda che si occupino solo dei minori per i quali è intervenuta un'autorità giudiziaria ed equipe che si occupano anche delle situazioni di più generico rischio; per i servizi di tutela di ambito comunale, in territori piccoli, è inoltre importante la connessione sia con gli altri settori del sistema dei servizi dell'ente e a come il servizio sociale professionale si intreccia con i luoghi del segretariato sociale.

In alcuni Comuni si è scelto di adottare un'impostazione 'generalista' dei servizi sociali ovvero il servizio sociale professionale non è diviso per aree tematiche e gli assistenti sociali intervengono in un'ottica trasversale. In questi casi, la costituzione di equipe di secondo livello gioca un ruolo cruciale di supporto.

Nella costituzione delle equipe specializzate e **dell'allocazione delle risorse umane** è necessario tener conto degli elevati rischi di *burn out* degli operatori, messi costantemente a contatto con situazioni molto gravi e di difficile soluzione, in cui è necessario conservare un grande equilibrio e mantenere un'elevata capacità di accogliere ed essere consapevoli degli aspetti emotivi. Per questo le equipe specializzate tendono a impegnare gli operatori su diversi versanti della tutela dell'infanzia.

Inoltre va presa in considerazione la *precarietà contrattuale* in cui si trovano numerosi professionisti. Il massiccio coinvolgimento del privato sociale avvenuto nelle regioni del nord è stato talvolta provocato più dalle necessità di rispettare vincoli di bilancio e blocchi di assunzione che non in base a specifiche scelte di qualità. Ciò ha prodotto il rischio di ulteriore precarizzazione delle condizioni dei lavoratori e una riduzione della qualità degli interventi per demotivazione ed elevato turn over. Peraltro è anche difficile per il privato sociale fare investimenti sull'incremento della qualità a medio lungo termine a causa della discontinuità dei finanziamenti.

Nelle regioni centro meridionali non vi è una tradizione dei servizi di tutela, per cui i Servizi per i minori, in gran parte proposti a partire dalla l. 285/97 si occupano in realtà delle differenti questioni

¹⁵ Per esempio, nella città di Milano, il sistema di intervento in favore dei bambini vittime di maltrattamenti e abusi prevede le Unità di tutela minori gestite dall'ASL con la funzione di diagnosi e cura e i servizi sociali comunali con funzione di protezione e vigilanza; entrambi gli enti hanno attivato convenzioni con alcuni centri specialistici "storici" per la presa in carico di situazioni di elevata complessità

ad essi relative. A volte anche la denominazione dei Servizi nasce dall'individuazione di priorità che la Regione o il Piano per l'infanzia o poi Piano sociale di zona hanno fatto: vi sono quindi SAT, Centri per le famiglie, ecc.

Una ulteriore considerazione generale da fare è che molti Servizi nascono da organizzazioni/gruppi motivati ad un intervento specifico e si sono poi inseriti in modi vari nel Sistema senza però sempre connettersi tra loro: per esempio la distanza tra i servizi contro la violenza di genere, i servizi per la tutela dell'infanzia e quelli contro la prostituzione a volte sembrano viaggiare su binari paralleli e non Comunicabili.

Ciò è ascrivibile ad aspetti culturali:

- le diverse matrici culturali dei promotori,
- le visioni di fondo che ispirano i Servizi,

e ad aspetti organizzativi:

- le diverse centrature dell'oggetto di lavoro,
- un'assenza di sistema sia nel quadro istituzionale sia nelle rappresentazioni degli operatori
- la scarsità di risorse che sollecita a volte logiche di orticelli.

Focalizzando l'attenzione sui servizi specifici di contrasto alla violenza:

in **Abruzzo** vi è una consolidata esperienza, preesistente alle Linee Guida: da circa 10 anni vi sono due Centri specialistici, il Centro Maria Regina di Scerne di Pineto (TE) e il Piccolo Principe di Pescara, organizzazioni del terzo settore, che si occupano in particolare del lavoro di presa in carico di secondo livello. Si è così sviluppata una pratica operativa, in gran parte recepita nelle Linee Guida, per la tutela de minori. Le criticità del modello sono da ricondurre sia alla mancanza di un sistema di accreditamento per le strutture specialistiche sia alla connessione tra servizi di cura e percorsi giudiziari.

In **Campania**, la Regione ha in corso un monitoraggio sull'applicazione delle linee guida. Dai primi dati emerge un processo in via di attivazione. Le Linee Guida promuovono l'iniziativa degli Ambiti e accolgono la possibilità che un triennio possa permettere di sperimentare anche diversi modelli per facilitare l'attivazione di un territorio molto disomogeneo per caratteristiche di base ed opportunità.

In alcuni Ambiti vi sono dei centri specialistici del Terzo settore, mentre in altri delle esperienze attuate dall'ASL.

Sono da segnalare le esperienze, ormai decennali, del Progetto di rete per la prevenzione ed il trattamento del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia promossa dal Comune di Napoli con il Consultorio familiare Toniolo, che propone un modello di integrazione e un centro specialistico. Recentemente la Asl Napoli 1 sta avviando la progettazione di equipe specialistiche di contrasto alla violenza.

Si è avviato anche in regione un processo di connessione tra le esperienze di tutela delle donne e la tutela dell'infanzia a partire da una riflessione condivisa, in particolare sul tema della violenza assistita, con un'attenzione specifica da parte della cooperativa EVA di Maddaloni (CE).

In Campania, si individuano **alcune criticità** che paralizzano il processo di sviluppo:

- i conflitti di competenze tra Comuni e aziende sanitarie sulla titolarità degli interventi o all'interno della stessa Asl;
- l'assenza di risorse dedicate, per cui gli stessi operatori si occupano dell'ordinaria attività e di una molteplicità di funzioni che richiedono una preparazione specialistica e, oltre l'attività frontale con gli utenti, anche un imprescindibile lavoro di raccordo ed integrazione;
- la precarietà degli operatori: lì dove vengono individuate, attraverso i fondi dei progetti, risorse specializzate e dedicate, la loro efficacia è pregiudicata dalla precarietà del

sistema dei progetti che rende pregiudizievole la presa in carico per l'alternanza di operatori ed organizzazioni nella gestione dei servizi.

I punti di forza sono rappresentati dalla promozione delle linee guida e dal monitoraggio avviato nell'arco del 2007 con un lavoro capillare che permette di individuare le resistenze culturali, le criticità organizzative e le risorse attivate nell'arco del primo biennio.

In **Calabria**, ricorrono le stesse criticità. Per tentare di superare la frammentazione si vanno stipulando vari protocolli operativi e accordi di programma nelle singole realtà territoriali tra diversi enti sia del pubblico che del privato sociale.

Al momento di definire i piani di zona, se da un lato si ritirano le deleghe alle Aziende Sanitarie, dall'altro si fanno i conti con le esigue risorse disponibili. I Comuni sono sprovvisti di mezzi e di personale.

Si è aperto un contenzioso tra Comuni, ASL e Regione per la gestione del personale delle ex equipe psicopedagogiche, che transitarono alle ASL o ai Comuni a secondo dell'utilizzo pur restando inquadrati nell'organico della regione Calabria e che si è concluso con l'assegnazione definitiva.

Punti di forza: la Legge regionale sul sistema sociale dei servizi stabilizza i Centri e servizi di cura e recupero psico-sociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze anche di tipo sessuale, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico.

In **Sicilia**, rispetto al fenomeno specifico si è avviata da circa 10 anni l'esperienza dei Goiam Gruppi Operativi Interistituzionali contro Abuso e Maltrattamento all'infanzia sia a Palermo che in altre realtà e di equipe specialistiche in alcune province della regione, promosse dalle ASL, in particolare a Messina ed a Catania. A Palermo esiste anche una rete antiviolenza molto ben funzionante.

Tra le criticità più significative sono da evidenziare:

- Scarso investimento finanziario e di risorse umane
- Tendenza a finanziare un privato sociale non specializzato.

Un punto di forza è rappresentato dalla realizzazione di un sistema di formazione permanente sia promosso dal Cefpass, il Centro di formazione della Azienda sanitaria siciliana sia dall'ESIS che si occupa di personale di servizio sociale, ma anche degli educatori. Entrambe le due organizzazioni curano da diversi anni sia una formazione diffusa sui temi della rilevazione, protezione e cura, sia una formazione specialistica e sul lavoro integrato di rete. Inoltre, anche il Ministero di Giustizia, attraverso il Centro per la Giustizia Minorile per il personale penitenziario minorile e gli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) per il personale penitenziario per gli adulti, ha realizzato delle iniziative specifiche sviluppando attenzioni e competenze non solo per le vittime ma anche per gli autori di violenza.

Altre iniziative poi sono state promosse a livello locale da singole ASL e Province (Agrigento, Messina, ecc.)

III.5. Rischi e opportunità dei modelli organizzativi utilizzati nelle diverse fasi dell'intervento

In generale, rispetto all'articolazione degli interventi sociali e sanitari nelle diverse fasi/funzioni di rilevazione, protezione, valutazione e trattamento, **l'ambito dei servizi dell'ente locale** tende a posizionarsi nelle fasi della rilevazione, della protezione e di alcuni interventi di prevenzione e negli interventi sociali riparativi mentre per la valutazione e il trattamento sono più presenti, accanto ai servizi tutela comunali, **i servizi dell'area sanitaria**. Il **privato sociale** si differenzia in un privato di eccellenza, depositario di conoscenze tecniche e scientifiche consolidate, che si colloca nella fase di *protezione* e nella fase di *valutazione e trattamento*. Nell'alveo di questo tipo di privato sociale,

che ha dato vita al Cismai¹⁶, a cui appartengono quasi tutti i centri italiani, sia pubblici che privati, si è sviluppata la maggioranza delle conoscenze e ricerche scientifiche a livello nazionale.

Esiste poi un altro settore privato, costituito da un ampio numero di associazioni del terzo e quarto settore, quasi sempre di taglio educativo, non specializzato, che si posiziona nella fase di *protezione e*, in parte di rilevazione.

Entrando più nel merito del processo di intervento e di come si articola dal punto di vista organizzativo la presa in carico, l'esame che segue si articolerà lungo le quattro fasi/funzioni dell'intervento, cercando di cogliere elementi caratterizzanti, dove possibile applicando la tecnica dell'analisi SWOT che consente di individuare elementi non solo di criticità e di forza, ma anche i fattori di rischio e le opportunità di sviluppo.

III.5.1. La rilevazione

E' divenuto patrimonio comune la consapevolezza che il fenomeno, che per le sue caratteristiche si configura come sommerso e negato, richiede, per essere osservato e curato, l'attivazione di mirate strategie di rilevazione di cui sono responsabili tutti i soggetti che quotidianamente sono a contatto con il mondo dell'infanzia.

Per rilevazione si intende, quindi, il percorso di approfondimento che trae spunto da osservazioni compiute, nell'ambito della loro funzione istituzionale, da insegnanti, medici, educatori nonché da familiari o cittadini preoccupati dall'emergere di comportamenti di disagio e sofferenza vissuti da un minore.

In tale fase si effettua una prima rilevazione dei segnali di malessere dei minori, dei rischi per la loro crescita, della connessione dei segni di disagio con le eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti.

Sono stati attuati interventi di sensibilizzazione e formazione capillare:

a) sulle competenze tecniche, per affinare la capacità di discriminazione tra le condizioni di rischio e le situazioni in cui si è già verificato un danno, nonché la possibilità di approfondire, e se necessario intervenire, su quelle situazioni che frequentemente si presentano in modo "mascherato" e quindi difficilmente individuabili;

b) sulle competenze emotive, se da una parte è necessario non lasciarsi coinvolgere in allarmismi ingiustificati è altresì cruciale che nella mente degli adulti esista uno spazio di accettazione e di disponibilità a lavorare su confusione, dubbi, emozioni e pensieri, a volte contraddittori e ambivalenti, che questo tipo di problemi facilmente evocano.

Un lavoro significativo è stato svolto, pur non essendo ancora compiuto, rispetto alla individuazione del fenomeno del maltrattamento e dell'abuso, differenziandolo in modo netto dalle condizioni di povertà e miseria grave in cui una quota significativa della popolazione meridionale vive e che si riflette anche sulle condizioni di agio/disagio dei bambini.

I punti della rete sensibili rispetto al mondo dell'infanzia operanti sul territorio sono individuati a due livelli: un livello primario in cui i minori vengono incontrati nella "normalità" per bisogni generali legati alla loro crescita:

- nidi d'infanzia e scuola;
- associazioni religiose, culturali, del tempo libero, sport, ecc...;
- servizi sanitari di base: pediatri di base, medici di base, consultori, medicina scolastica;
- ospedali (punti nascita);

Un livello secondario di soggetti istituzionali che incontrano bambini o famiglie già portatori di una richiesta di aiuto a carattere socio-assistenziale o educativo:

- servizi sociali territoriali;
- neuropsichiatria infantile;
- consultori familiari;
- ospedali (pronto soccorso, pediatria)

¹⁶ (Coordinamento italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia)

- servizi educativi domiciliari;
- case famiglia, Comunità;
- forze dell'ordine.

In tutte le aree del Centro – nord sono stati identificati i servizi di riferimento per la segnalazione delle situazioni di rischio o pregiudizio per i minori a cui si rivolgono principalmente le agenzie educative del territorio. Tali servizi tendono identificarsi nei servizi sociali territoriali o in équipe specializzate che possono appartenere al settore pubblico oppure al privato sociale specializzato. Nella città di Milano, è stata istituita una linea telefonica specificatamente dedicata agli operatori sia quelli dei servizi sociali sia per i servizi e le agenzie educative della città

Per facilitare la segnalazione di situazioni di disagio lieve o grave, sono stati creati anche dei servizi ad hoc per la scuola, quale ad esempio, a Roma, il Progetto Girasole, un punto telefonico di consulenza per gli insegnanti, gestito a lungo dall'Ospedale pediatrico Bambin Gesù e oggi diventato una realtà associativa per proseguire la funzione di consulenza.

Nelle Regioni meridionali non è riscontrabile un'omogeneità dei soggetti che si fanno carico della rilevazione, sia per i differenti assetti organizzativi all'interno di ciascuna Regione, sia per le diversità negli Ambiti. Tuttavia, sono cresciute le competenze soggettive nella rilevazione da parte degli assistenti sociali impegnati nei diversi servizi e da parte dei medici (pediatri di base, ospedalieri).

In Campania si nota come, in presenza di servizi sociali territoriali ancora non stabilmente presenti in tutti i Comuni, a volte è il segretariato sociale a svolgere una funzione di rilevazione. Sono da rilevare, inoltre, come aspetti positivi, le iniziative di sensibilizzazione richieste dagli istituti scolastici al fine di una più attenta lettura dei disagi degli alunni e, più in generale, da educatori territoriali: cresce cioè la consapevolezza dell'attenzione alla rilevazione precoce. Per esempio in Calabria e in Sicilia, le scuole sono particolarmente sensibili a rilevare un generico disagio familiare. Anche gli operatori sociali e sanitari hanno accresciuto, in generale, la capacità di riconoscere le situazioni di rischio, ma esistono ancora notevoli resistenze culturali, anche nel mondo dei servizi, a porsi come osservatori del funzionamento della famiglia.

Rispetto alla rilevazione, inoltre va osservato che alcune particolari fasce deboli, in particolare i rom e gli immigrati dai paesi extracomunitari, sono più invisibili di quanto già non lo siano, per le ragioni esposte, i bambini in generale: ciò potrebbe essere dovuto ad una serie di fattori, che vanno dalla diffusione di pregiudizi e diffidenze razziali al numero insufficiente di attività e servizi finalizzati all'inclusione sociale ed al sostegno alla famiglia.

E' ancora da sviluppare una attenzione ed una competenza negli operatori nel rilevare le forme di sfruttamento di cui più recentemente c'è consapevolezza, legate alla violenza tra minori, ai bambini che vivono in contesti caratterizzati dalla violenza criminale organizzata, alla pedofilia connessa alla rete, alla prostituzione, lavorando sempre sia sugli aspetti cognitivi che sulle resistenze emotive e culturali che ostacolano il riconoscimento.

A livello nazionale, in questa fase/funzione dell'intervento, i punti di forza dei modelli organizzativi oggi riscontrabili possono essere così sintetizzati:

- diffusione di una maggiore attenzione e consapevolezza sulle diverse forme di maltrattamento, ivi compreso il tema dell'abuso sessuale intrafamiliare che oggi non viene più negato e l'incremento della sensibilità della Comunità locale.
- Miglioramento della capacità di cogliere i segnali nei diversi ambiti in cui si trovano o bambini (in particolare la scuola, mentre per gli altri luoghi di aggregazione tipo oratori, palestre etc si è ancora all'inizio) e nei servizi per adulti, dove si sta diffondendo una maggiore attenzione al problema.

- Individuazione di luoghi in cui gli operatori possono confrontarsi, ricevere una consulenza ed effettuare una prima valutazione in merito alla gravità e alla necessità di intervento dell'autorità giudiziaria, sia civile sia penale, e per poter procedere ad un intervento adeguato, senza né minimizzare né muoversi in modo allarmistico. La condivisione in forme di equipe anche molto leggere rappresenta un punto di forza strategico per una rilevazione sufficientemente buona.
- Ancora è da segnalare lo sviluppo di un'attenzione non solo alle competenze tecniche, ma anche ad una competenza emotiva che permetta di affrontare le resistenze che albergano tanto in chi chiede aiuto quanto negli stessi operatori.

I punti deboli sono

- L'aleatorietà e *discontinuità dei programmi* di sensibilizzazione e formazione dedicati agli insegnanti (non sono messo a sistema) e scarsa diffusione presso altre categorie (es pediatri, volontari, agenzie del privato sociale)
- Le equipe di consulenza, con *risorse dedicate multidisciplinari* specializzate, sono previste solo in alcune zone; i servizi sociali rischiano di essere lasciati soli e sovraesposti con conseguenze negative a più livelli.
- Difficoltà di rilevazione nel caso di *minori stranieri*, vuoi per minori capacità di accedere al sistema di aiuto da parte loro e degli adulti protettivi, vuoi perché esiste una difficoltà a distinguere il maltrattamento dalle differenze culturali negli stili di accudimento.
- L'assenza di procedure che tutelino i bambini e gli operatori scoraggia l'assunzione di responsabilità, quando a seguito di una rilevazione non vengono attivati adeguati interventi di protezione o gli operatori sono lasciati soli o diventano quasi colpevoli di un inevitabile conflitto che si solleva quando la tutela di un bambino mette in gioco le relazioni familiari;

Le **opportunità** date dalla presenza di un luogo specifico dedicato alla funzione di consulenza permette di :

- Fare analisi congiunte e valutazioni territoriali sullo stato di malessere e rischio per i minori, ampliando il confronto alla collettività locale per evitare che venga 'evacuato' il problema della violenza all'infanzia
- Progettare azioni formative e iniziative di sistema per potenziare rilevazione precoce
- Essere indicatore e termometro e suggeritore di possibili interventi preventivi
- osservare il fenomeno delle recidive e dell'efficacia degli interventi

I rischi dell'attuale situazione sono legati a:

- **Riduzione dell'attenzione specifica al fenomeno**, nel momento in cui le condizioni di vita delle famiglie peggiorano, aumentano i problemi portati ai servizi e le problematiche sociali 'coprono' le inadeguatezze genitoriali.
- Riduzione delle risorse per la sensibilizzazione e la formazione alla rilevazione precoce
- Rischio che la rilevazione e l'accertamento si orientino più sulla 'colpevolizzazione' dei genitori che sulla diagnosi del malessere del bambino.
- La paura di sbagliare e la preoccupazione riguardo la personale implicazione in percorsi giudiziari, che sono vissuti come non tutelanti, possono fungere da deterrente rispetto alla rilevazione e quindi all'intervento.
- I processi mediatici: piuttosto che aumentare sensibilità e consapevolezza, agiscono da deterrente rispetto alla motivazione ed al dovere della tutela.
- Interferenza della componente amministrativa per la copertura delle spese sulle possibili misure di protezione.

III.5.2. La segnalazione all'autorità giudiziaria

Uno degli snodi cruciali della rilevazione è la segnalazione all'autorità giudiziaria, sia quella civile sia quella penale. Questo snodo è quello maggiormente trattato dalle linee guida ed è stato approfondito, con numerosi protocolli di intesa locali, volti a precisare e chiarire alcune specifiche procedurali, in particolare per le interazioni tra il penale e gli interventi civili.

La *diffusione di esperti giuridici* (in Emilia Romagna formati con un apposito corso di formazione) supporta in modo consistente la funzione di segnalazione dei servizi, pur permanendo l'esigenza di *connettere in modo più armonico il sapere legale con quello della relazione di aiuto* e i compiti di protezione, esigenza che può essere trattata nelle equipe di consulenza laddove queste integrano il consulente giuridico (tra le altre, il Faro di Bologna, il centro d'ascolto del progetto 'indifferenti mai' della provincia di La Spezia,) la provincia di Milano ha attivato un progetto specifico di consulenza giuridica a supporto dei servizi tutela della provincia, in molte regioni del nord (Liguria, Veneto, Piemonte Lombardia) si è avvertita l'esigenza di supportare gli operatori con una funzione di consulenza giuridica.

Nella prospettiva di servizi territoriali responsabili degli interventi sia di tutela dei minori vittime di maltrattamento che a sostegno della famiglia, resta una criticità generale relative **al ruolo istituzionale del servizio nella relazione con la famiglia**. In particolare, quando il sospetto di abuso riguarda nuclei famigliari già conosciuti dal servizio, il sospetto di abuso produce una frattura nella relazione fiduciaria con la famiglia e la segnalazione all'Autorità Giudiziaria ridefinisce i ruoli, attribuendo una funzione di vigilanza e controllo nei confronti degli adulti genitori, a protezione dei minori. L'obbligo di denuncia dei sospetti reati penali pone ulteriori dilemmi agli operatori relativamente al tema della trasparenza da un lato e la necessità di tutelare i minori e il buon andamento delle indagini.

Un'ulteriore criticità è *l'incremento di azioni giudiziarie* (o di denunce agli ordini professionali) nei confronti di servizi o professionisti (sia pubblici che privati) da parte dei genitori coinvolti nei procedimenti penali, in particolare quando questi si risolvono con archiviazioni.

Altri aspetti riguardano:

- la carenza della connessione tra la procura minori e la procura ordinaria, malgrado le strategie individuare dai protocolli d'intesa locali (segnalazioni disgiunte, possibilità/impossibilità di secretare gli atti, etc);
- la sovraesposizione degli operatori che effettuano la denuncia e la loro scarsa tutela;
- la mancata assunzione di una responsabilità collettiva, in particolare nelle realtà più piccole quando la segnalazione di abuso sessuale coinvolge persone socialmente riconosciute nella Comunità locale (per esempio nei confronti di bambini adottati o in affido);
- la disomogenea e discontinua preparazione delle forze dell'ordine.

Non è chiaro l'impatto giocato dalla frequentissima nomina dei CTU, in entrambi gli ambiti; da un lato, sembrano avere maggiore autorevolezza e credito da parte dell'autorità giudiziaria, dall'altro rischiano di duplicare gli interventi e moltiplicare le valutazioni.

Nelle regioni del Sud, i conflitti rispetto alla segnalazione sono ascrivibili alla cultura — particolarmente radicata nel meridione — della famiglia come sacra, per cui, sia da parte degli operatori che della società, l'intervento è considerato aprioristicamente intrusivo e, contemporaneamente, si assiste ad una rappresentazione diffusa di una funzione vessatoria delle Istituzioni, quando esulano da una forma assistenziale.

Una criticità organizzativa è rappresentata dall'affidamento del Servizio sociale professionale al Terzo settore: ciò pone il problema concettuale legale della legittimità e legittimazione di esternalizzare la funzione di tutela e, dal punto di vista operativo, dell'inevitabile turn over degli operatori legato alle scadenze di progetti.

Vi sono, inoltre, le resistenze soggettive degli operatori che vivono in sé stessi la fatica di porsi nel conflitto tra il bambino e l'adulto genitore.

III.5.3. La protezione

Gli interventi di protezione hanno lo scopo di mettere il bambino al riparo dai comportamenti più direttamente traumatizzanti sia fisici che psicologici e di essere in grado di contribuire proficuamente al processo di recupero di benessere sia a livello individuale sia per ciò che riguarda le sue relazioni familiari. Possono essere sia di tipo 'amministrativo', messi in atto con un consenso da parte della famiglia, sia di tipo giudiziario, regolati e stabiliti dalla magistratura. Tali interventi devono essere strettamente connessi ai tempi evolutivi e ai bisogni del minore. Le azioni protettive non devono solamente essere orientate alla protezione fisica, cioè impedire il comportamento maltrattante, ma anche alla protezione mentale, vale a dire impedire comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti, nonché pressioni psicologiche nei confronti del minore e degli adulti protettivi.

Gli interventi di protezione devono essere modulati in relazione alla gravità del pregiudizio ed alla presenza o meno di risorse protettive nel contesto familiare anche allargato.

Nelle situazioni più gravi è invece necessario collocare il bambino in un contesto diverso da quello familiare, sia per interrompere la sua esposizione agli atti dannosi sia per impostare un efficace percorso di diagnosi e cura.

Il lavoro è contraddistinto in tutte le Regioni da criticità ascrivibili ad aspetti culturali, ideologici, organizzativi.

Il Comune, attraverso i servizi sociali territoriali o – qualora non siano presenti – quelli dell'Ambito sociale, ha istituzionalmente la funzione di protezione ed è l'interlocutore dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Tuttavia, l'attenzione e la cooperazione nell'attivare e gestire azioni protettive coinvolge tutti gli operatori e servizi, poiché per essere realmente protettivi gli interventi vanno calibrati nella scelta dei tempi e delle modalità.

Per i bambini vittime di abuso sessuale va prevista un'attenzione alla protezione durante il percorso giudiziario penale, al fine di evitare vittimizzazioni secondarie.

Le regioni del centro nord si caratterizzano per la *diffusione ed articolazione di diverse risorse protettive*, in genere gestite dal privato sociale. Sono abbastanza numerose le **Comunità** di tipo familiare o educative, con alcune punte di eccellenza nell'accoglienza di bambini vittime di abusi. Esistono alcune Comunità¹⁷ che, pur essendo qualificate come educative, sono risorse specializzate per i bambini vittime di maltrattamento e abusi in quanto, caratterizzate da un'elevata capacità protettiva, accoglienza d'emergenza in situazioni di crisi, accompagnamento nel procedimento giudiziario, rielaborazione di traumi conseguenti alla violenza. Si stanno inoltre sempre più diffondendo Comunità per madri con bambini e vari percorsi di sostegno alle madri con i loro figli.

I servizi di "**spazio neutro**" dedicati all'esercizio del diritto di visita nelle separazioni conflittuali sono stati progressivamente estesi ed utilizzati anche nei casi di maltrattamenti e abusi, laddove è utile mantenere un rapporto tra genitori e figli, in condizioni di sufficiente sicurezza, in un contesto in grado di contribuire alla valutazione complessiva della situazione¹⁸. Si pongono qui alcuni snodi critici principalmente dovuti alla scarsa connessione tra l'autorità giudiziaria penale (che può

¹⁷ Nella città di Milano, il CBM (Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare), Caf (centro di aiuto alla famiglia e al bambino maltrattato) e il Ctif (Centro trauma infanzia), a Torino la coop Paradigma, a Mestre il CTB (Centro Tutela bambino).

¹⁸ Da una decina d'anni il Comune di Milano ha attivato, in convenzione con un centro specialistico, un servizio di spazio neutro dedicato alle situazioni di maltrattamento e abuso e su tale scia si stanno orientando anche altri servizi analoghi (luoghi neutri di Torino).

richiedere la sospensione degli incontri tra la vittima e il sospetto abusante) e l'autorità giudiziaria civile, che non ha gli elementi per impedire l'esercizio del 'diritto di visita'. Infine, si stanno sperimentando alcune esperienze di **collocamento familiare** di bambini gravemente traumatizzati, anche a seguito di abusi sessuali: la prima esperienza in tal senso è stata quella dell'*affido professionale*¹⁹ promossa dalla Provincia di Milano, nell'ambito della 285/97

L'assistenza domiciliare educativa al minore e la famiglia rappresentano un'altra risorsa protettiva.

È diffuso e condiviso il ruolo del servizio tutela e dell'ente locale nell'assunzione di una responsabilità sia nella **regia** e **vigilanza** del progetto protettivo rispetto al minore sia nel monitoraggio e vigilanza sulle strutture e le risorse.

Si diffondono poi gli *interventi di protezione realizzati in forma di emergenza* (art 403 cc) e la costituzione di uffici centralizzati, in alcune grandi città, dedicati al **Pronto Intervento** che lavorano spesso anche sul problema dei minori stranieri non accompagnati.

Nella realtà **delle Regioni meridionali**, si registra una minore presenza di strutture di accoglienza che limita le risorse di protezione sia nell'emergenza (come è spesso accade nel caso di minori vittime di tratta a fini di prostituzione) sia nella realizzazione di progetti amministrativi correnti.

In alcune realtà questa fase prevede interventi coordinati tra servizi pubblici territoriali e strutture specializzate del terzo settore, che intervengono non solo per l'accoglienza, ma anche nella presa in carico per la prima valutazione utile a impostare le misure protettive. Questo accade per esempio in Campania dove prevale l'azione dei Servizi sociali territoriali, a volte appoggiati da operatori della ASL o dell'equipe specialistica gestita dal Terzo settore – in particolare questa è l'esperienza di Napoli.

In Calabria l'uso di misure amministrative di protezione da parte dei servizi sociali territoriali è raro, sono i servizi consultoriali della ASL ad attivarsi maggiormente, anche come formulazione di segnalazioni che coinvolgono altri Servizi o l'Autorità Giudiziaria.

In Sicilia, vi è una realtà molto eterogenea in quanto i servizi sociali sono prevalentemente discontinui, in quanto gestiti con il sistema degli avvisi pubblici e dei Progetti; quindi a volte le iniziative di protezione vengono promosse dai Servizi della Asl, soprattutto i Consultori e dalle Comunità che magari accolgono già i bambini e gli adolescenti per motivi assistenziali. Prevalentemente le richieste di protezione attraverso le segnalazioni alla Procura Minori provengono quasi esclusivamente da Operatori sanitari delle Equipe Specialistiche o Servizi Sociali sensibilizzati.

Punti di forza

La costituzione di *mini equipe* tra operatori di diversi Servizi ed organizzazioni costituisce un elemento di forza perché permette di lavorare con uno sguardo sulla complessità della situazione, di progettare interventi di protezione che tengano conto del pericolo fisico e mentale; che permette di affrontare i conflitti di interessi tra bisogni del minore e salvaguardia delle relazioni familiari che inevitabilmente queste situazioni producono.

In questa direzione, negli ultimi anni vi è stato un significativo sviluppo delle competenze degli operatori sulla elaborazione di una prima ipotesi e di un percorso di protezione che non si esaurisce con la segnalazione.

¹⁹ Avviata quattro anni fa in via sperimentale dalla Provincia di Milano e successivamente diffusa ad altre realtà. L'affido professionale è una formula che garantisce l'accoglienza in un contesto familiare unitamente alla 'professionalità', la dedizione e la competenza ad occuparsi di bambini con gravi difficoltà

Le debolezze dei modelli organizzativi nella fase di protezione sono legate a

- i tempi di collocamento in Comunità troppo lunghi, disancorati da un accurato e integrato lavoro di valutazione delle risorse familiari e sottoposti a ulteriori rallentamenti in relazione ai contenziosi giudiziari, alla nomina di ripetute CTU
- la scarsa diffusione quantitativa delle diverse risorse
- il sovraccarico dei servizi sociali che spesso ostacola una buona presa in carico della situazione del minore e la tenuta della funzione di regia e connettore di rete
- la scelta delle risorse protettive è influenzata da vincoli di bilancio
- le strutture di accoglienza sufficientemente competenti per i problemi degli abusi, in grado di intervenire in situazioni di emergenza, capaci di attuare una valutazione globale tempestiva sono poche
- continuano ad esistere anche al nord alcuni ‘classici istituti’
- E’ ancora da segnalare la scarsa protezione fisica e mentale della vittima e dell’adulto protettivo, sia nel percorso giudiziario che nella vita quotidiana (possibilità di contatti con indagato se a piede libero o suoi familiari).
- Un altro problema è rappresentato dalla fuga di notizie nei piccoli centri e dalle difficoltà di garantire una protezione in realtà molto piccole.

Le **Opportunità** sono la possibilità offrire ai minori luoghi adeguati in cui ricevere un’adeguata assistenza per la rielaborazione del trauma, sviluppando anche la risorsa dell’accoglienza familiare; inoltre la pluralità delle risorse permette di articolare gli interventi protettivi a seconda delle specifiche esigenze.

Rispetto alle risorse infatti è da segnalare come, negli ultimi anni, in tutte le Regioni meridionali siano sorte Comunità per bambini ed adolescenti, ma la mancanza di normativa sugli standard fa sì che spesso queste organizzazioni propongano un nuovo fenomeno di protezione assimilandola tout court all’istituzionalizzazione. Pur essendoci dei documenti specifici di orientamento sull’organizzazione di Comunità che accolgono bambini da proteggere, tuttavia gli atti regionali sono più orientati a definire aspetti burocratici e requisiti legati alle strutture anziché al modello organizzativo.

I rischi sono di :

- sovrainvestire il collocamento familiare come risorsa protettiva adeguata in tutti i casi, trascurando le risorse di un collocamento Comunitario in situazione di crisi, e dimenticando che molti inserimenti familiari falliscono
- **minimizzare le esigenze di protezione**, sia perché vincolati dalla scarsità di risorse si in nome del mantenimento del minore con la famiglia, con il rischio di rinviare un intervento protettivo e aggravare la situazione
- la **precarietà** delle risorse economiche e la discontinuità dei finanziamenti cui è sottoposto in particolare il settore del privato sociale, con il rischio di incidere pesantemente sulla stabilità dei servizi dati e il miglioramento continuo
- l’assenza di criteri adeguati per la valutazione degli interventi e i criteri di accreditamento

Dal punto di vista procedurale, un **nodo critico è il coinvolgimento della Procura** presso il Tribunale per i minorenni per attivare la tutela giudiziaria del minore e la Procura Ordinaria quando si ravvisa l’ipotesi di reato.

La complessità è aumentata dalla necessità di connettere in modo sinergico atti ed interventi giudiziari con la presa in carico psicosociale.

In questa linea, la applicazione concreta sia nel processo civile che nel processo penale delle garanzie per il minore previste dalla legge n. 77/2003 – Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea dei diritti del fanciullo, fatta a Strasburgo il 25.1.1996 ecc.) sono ancora lontane da una

reale applicazione, così come gli articoli di legge che regolano l'audizione del minore in forma protetta e assistita. Tuttavia in alcuni tribunali (per es. a Milano), in collaborazione con l'associazione degli avvocati minorili (Camera Minorile), si stanno diffondendo alcune iniziative di attivazione dell'avvocato del bambino così come di ascolto dei servizi, insieme alla famiglia, rafforzando l'applicazione del 'giusto processo e del giudice terzo

Altrettanto può dirsi per la esigua applicazione della legge n.149/2001, che prevede, non più solo l'allontanamento della vittima, bensì, se del caso, quello del genitore o convivente maltrattante o abusante. Tale norma, a quanto sembra, è poco conosciuta dagli operatori della giustizia e dei Servizi; così come l'inserimento nel codice civile e di procedura civile, ai sensi della legge n. 154/2001 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari), degli ordini di protezione contro gli abusi familiari emessi dal giudice ordinario per evitare ogni contatto tra autore della violenza e vittima della stessa. Ancora, è da segnalare l'assenza di tutela per i bambini stretti nei procedimenti di separazione dei genitori, un monitoraggio sull'applicazione della legge sull'affidamento condiviso (Legge n. 54, 8 febbraio 2006) potrà permettere di verificare se essa rappresenta un efficace strumento per l'affermazione della bi genitorialità senza sacrificare il diritto del minore al benessere nelle relazioni e alla protezione da rischi di pressioni e triangolazioni all'interno di dinamiche di separazione che avvengono senza esplicitare possibili situazioni di violenza domestica pregressa, che quindi prosegue usando come strumenti i bambini e la gestione delle disposizioni di affidamento.

III.5.4. La valutazione

La fase di valutazione diagnostica e prognostica impegna in modo integrato competenze sociali, mediche. L'intervento valutativo, se attivato con tempestività ed in modo coerente ed integrato, si configura come fortemente protettivo, poiché consente di affrontare precocemente la crisi attivando i possibili interventi di riparazione sia sul minore sia sulle sue relazioni familiari. La fase di valutazione comprende sia gli interventi volti a comprendere il danno subito dal minore sia le risorse presenti nel contesto familiare per riacquisire una adeguata responsabilità nei confronti del bambino; nel caso degli abusi sessuali intrafamiliari può prevedere una differenziazione tra i percorsi dedicati al genitore potenzialmente protettivo e per il genitore abusante.

Fin dalle sue prime azioni, la presa in carico assume quindi un'importante valenza terapeutica e consente in modo progressivo e dinamico, tramite un attenta ricognizione degli esiti prodotti, di delineare progettualità più strutturate d'intervento. Essa consentirà, inoltre, di modulare le forme della protezione tanto in relazione all'elaborazione del trauma da parte del minore quanto all'evoluzione delle risorse e competenze genitoriali.

Gli interventi di valutazione richiedono tuttavia il mantenimento di una funzione di vigilanza e protezione nei confronti dei minori e l'attivazione di una funzione diagnostica e una funzione prognostica realizzata in modo dinamico, in un contesto caratterizzato dalla presenza dell'autorità giudiziaria che le utilizzerà nell'ambito della presa di decisioni.

I modelli organizzativi adottati nelle regioni del centro nord sono molto differenziati e fortemente eterogenei. E' questa una fase in cui sono maggiormente coinvolti i servizi dell'ambito sanitario e dell'ASL.

In **Veneto**, la funzione di valutazione viene svolta dai servizi normalmente presenti nella rete, realizzati sulla base di protocolli di intesa che localmente regolano la collaborazione tra i servizi dell'ULSS, (in genere si tratta di consultori che hanno attivato sezioni e unità operative specializzate), e i servizi comunali dell'ambito. La regione ha deciso l'attivazione di cinque centri specialistici che svolgono una funzione di III livello, laddove vengono richiesti dalle equipe territoriali

In **Piemonte** come già accennato, sono state istituite per ogni ASL, le équipe multidisciplinari (EMD) composte da tutti i rappresentanti dei nodi della rete, in particolare pubblici (consorzi e ASL. Oltre alla funzione di consulenza hanno lo scopo di promuovere la collaborazione tra le risorse esistenti localmente, per realizzare sia le valutazioni sia i trattamenti. Generalmente, per i minori interviene la NPI e per il lavoro con i genitori intervengono i servizi per gli adulti (sert, psichiatria). Lo snodo critico rilevato è la difficoltà ad equilibrare le componenti sanitarie con le componenti sociali.

In **Lombardia**, ogni realtà locale ha messo a punto diversi assetti. Solitamente a seguito dell'incarico del Tribunale Minorile il compito viene assunto dai servizi tutela costituiti a livello di ambiti locali, nel cui ambito organizzativo si definisce l'attribuzione delle funzioni di protezione, vigilanza e controllo e le funzioni diagnostiche e terapeutiche. Le linee guida regionali danno indicazioni di massima sull'attribuzione di queste ultime ai servizi dell'ASL o accreditati ma tale indicazione contrasta con la linea di trasformazione delle aziende in organismi deputati alla programmazione, acquisto e controllo (PAC). In alcune province gli ambiti territoriali hanno assunto entrambe le funzioni, mentre in altre sono stati definiti protocolli di intesa con i dipartimenti ASSI (attività socio sanitarie integrate) dell'ASL. Nella città di Milano la funzione di valutazione e trattamento è assunta dalle Unità tutela minori²⁰ dell'ASL mentre la protezione e vigilanza è assunta dai servizi comunali. Per la valutazione e il trattamento di situazioni complesse è possibile accedere a quattro centri specialistici in convenzione.

Analogamente accade in Liguria e in Emilia Romagna

In **Toscana** e nelle **Marche** sono i servizi territoriali sociosanitari quelli incaricati di svolgere la valutazione per conto del tribunale per i minorenni, ma quando la valutazione avviene al di fuori di un contesto coatto, tale funzione può essere assolta anche dai consultori familiari ove presenti.

Dove sono attivi da anni centri specializzati, es. a Roma, l'incarico può essere attribuito anche a questi, siano essi connessi ai servizi pubblici, es. il Centro Pierino e il lupo, oppure del privato sociale.

I modelli organizzativi proposti in alcune linee Guida e messi in atto nella pratica sono estremamente vari.

La fase della valutazione è quella dove si osserva una situazione di maggiore confusione nell'attribuzione delle competenze, non è raro infatti che il Tribunale per i minorenni possa rivolgersi direttamente anche ai servizi di neuropsichiatria degli Ospedali pediatrici, oppure che vi possa essere una sovrapposizione tra compiti dei servizi sanitari territoriali per l'età evolutiva ed équipe multidisciplinari integrate di secondo livello.

In Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia, il Tribunale per i minorenni incarica i servizi in tutti i casi di violenza assistita –maltrattamenti e sospetto abuso.

In Abruzzo la valutazione è effettuata dai Centri specialistici, che le Linee Guida chiamano "Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati" (STMA), su invio del Tribunale per i minorenni. La loro dislocazione sul territorio rende a volte faticoso l'accesso. In altri casi vengono nominati CTU. Le linee guida prevedono, come illustrato precedentemente, la costituzione dei Nuclei Tutela Minori, uno in ciascuna provincia, con lo scopo di coordinare ed omogeneizzare le prassi di valutazione.

In Campania, il Tribunale incarica i servizi solo nei casi di abuso intrafamiliare, altrimenti, considerando i genitori potenzialmente protettivi lascia libera interazione tra famiglie e servizi nell'intervento di valutazione e cura. La valutazione sanitaria viene svolta da pediatra/ginecologo. La valutazione psicologica del bambino viene svolta o nei Consultorio o dalla Neuropsichiatria infantile. La valutazione della recuperabilità genitoriale: a volte in consultorio a volte in servizi specialistici quali i Sert e la Salute Mentale. Interessante in questo senso un progetto in corso in

²⁰ Le UTM sono uno delle unità in cui si articola il servizio famiglia infanzia ed età evolutiva di cui fanno parte anche i consultori famigliari, i centri di terapia famigliare, e i servizi di psicologia per l'infanzia e l'adolescenza

Campania su Fondi di lotta alla droga che mette insieme esperienze e competenze specialistiche differenti per lavorare sui rischi e sulla cura dei figli di genitori con problemi di dipendenza.

In Calabria, esprimersi in termini di prognosi sulla recuperabilità non è ancora prassi, e di solito il Tribunale si limita a provvedimenti di allontanamento del minore con collocamento in Comunità o in famiglia affidataria, anche fino al compimento della maggiore età, senza che vi sia un percorso di valutazione ed un progetto consequenziale.

In Sicilia, complessivamente, soprattutto grazie al sostegno offerto da una formazione permanente qualificata e capillare, la valutazione si fa più di prima in quasi tutte le province ma mancano le risorse per la cura e spesso per l'integrazione con la tutela. Il Tribunale incarica i servizi in tutti i casi di violenza assistita –maltrattamenti e sospetto abuso. In alcuni casi la Procura nomina un consulente tecnico d'ufficio che talvolta si raccorda con i servizi incaricati (laddove esiste un protocollo di intesa).

E' questa una delle fasi più delicate per la connessione esistente tra operato della magistratura ed operato dei servizi, alla valutazione del Tribunale per i minorenni può sovrapporsi infatti anche quella richiesta in sede civile se è stata avviata una procedura di separazione, oppure l'accertamento psicodiagnostico predisposto dal Pubblico ministero o dal giudice per le indagini preliminari quando è avviato anche un procedimento giudiziario penale. Sul versante penale la predisposizione di una CTU o di una perizia da parte del GIP sposta il perno sull'aspetto giudiziario di validazione della prova ed impoverisce la possibilità di protezione e cura del bambino e dei suoi legami in senso più ampio, benché l'incarico peritale sia diverso e non sia incompatibile con una valutazione da parte di un'équipe di presa in carico che possa guardare e trattare la complessità della situazione. Anche dal punto di vista della garanzia della cura, purtroppo è divenuta prassi comune, anche se non codificata da nessuna parte, che, anche quando notevolmente danneggiato, il minore non venga preso in psicoterapia se non dopo essere stato – nei tempi spesso troppo lunghi della giustizia – esaminato dal consulente tecnico e/o sottoposto ad incidente probatorio.

I punti di **maggior positività** dal punto di vista dell'organizzazione dell'intervento possono essere ricondotti a:

- la diffusione delle *consapevolezza della necessità di una fase dedicata e dell'individuazione dei due focus differenti* tra valutazione del danno e valutazione delle recuperabilità e della opportunità di aprire spazi di trattamento dedicati agli adulti
- diffusione della valutazione e il trattamento dei bambini, in particolare per i bambini vittime di abuso sessuale
- la necessità di interazione tra il contesto di cura e protezione del minore con il contesto psicologico di valutazione e trattamento dei genitori
- diffusione delle esperienze e conoscenze cliniche relativamente ai genitori con problemi di trascuratezza, maltrattamenti fisici e psicologici
- avvio di alcune esperienze di valutazione e trattamento di adulti abusanti, in particolare in carcere
- Consapevolezza sulla necessità di prevedere percorsi di riparazione e ripristino benessere anche a livello socio educativo

In questa fase del processo d'intervento la *frammentazione degli interventi* rappresenta la maggiore **criticità**. si caratterizza per il rischio del prevalere di posizioni autoreferenziali dei servizi più 'forti' in cui il compito di ricomposizione delle diverse istanze ricade in capo ai servizi sociali, con scarso grado di riconoscimento. Altri **punti di debolezza** sono così riassumibili:

- Carenza di risorse economiche e strutturali per sostenere i percorsi di cura dei bambini vittime di abusi, in particolare laddove le asl non prevedono la possibilità di presa in carico terapeutica a medio lungo termine
- Non tutte le regioni hanno assunto i Lea né hanno dato indicazioni sulla gestione di queste funzioni
- Non è chiaro nei diversi modelli organizzativi chi sono i servizi o i nuclei operativi che hanno il compito di svolgere questa fase; localmente vengono trovate soluzioni non stabili
- La valutazione dei genitori avviene in modo ‘fotografico’ e spesso con una scarsa connessione tra gli interventi psicologici e quelli sociali
- Esiste una difficoltà nella relazione tra i servizi sociali, incaricati del funzione di coordinamento e regia in virtù del mandato ricevuto dal tribunale e i servizi sanitari (in particolare quelli per adulti)
- la nomina dei CTU è un fenomeno molto diffuso, che richiede di essere considerato alla luce delle possibilità di duplicazione degli interventi e, parallelamente della definizione delle competenze (e acquisizione delle relative capacità) degli operatori dei servizi, in particolare di quelli incaricati di valutazione e trattamento)

Le **opportunità** sono date dall’esistenza di una rete molto ampia di competenze potenzialmente sviluppabili e dalla diffusione di conoscenze e sensibilità, sia rispetto agli effetti sui bambini a medio lungo termine (e consapevolezza delle necessità di cura) sia rispetto alla necessità di trattare gli adulti genitori, in un’ottica di prevenzione terziaria (si vedano le maggiori sensibilità e attivazione di progetti specifici da parte di Sert, servizi psichiatrici etc). È però indispensabile che tutte queste componenti siano posizionate in un quadro organico in cui siano definite alcune gerarchie di responsabilità, competenze e contesti.

Valutazione e trattamento vengono frequentemente effettuati dai servizi /equipe dedicate alla tutela dei minori. Questo da un lato permette di ‘tenere insieme e connessa la rete degli interventi dall’altro provoca un rischio di autoreferenzialità

Un mandato chiaro per la valutazione: la presenza del mandato del tribunale per i minorenni tutela il bambino e favorisce la predisposizione di un piano di interventi coordinato e orientato alla cura.

I rischi in questa fase:

Il modello organizzativo su questa parte del percorso non è chiaro per cui a volte non sembra prevedibile ed organizzabile per ruoli e funzioni. Il rischio principale è che gli interventi di tutela si limitino alla rilevazione e alla protezione senza procedere verso le fasi di valutazione e cura, con la possibilità di incrementare la cronicizzazione degli interventi

In particolare sul fronte:

- dell’integrazione si rileva una forte criticità è rappresentata dalle difficoltà di interazione che sono riconducibili a diffidenze, conflitti di potere, diverse culture organizzative, ma anche l’assunzione di punto di vista tra tutela del minore e valutazione del genitore che sembrano incompatibili e non riconducibili ad una connessione.
- delle connessioni con l’Autorità giudiziaria, a volte il Tribunale per i Minorenni non tiene conto delle relazioni degli operatori territoriali e dei consulenti ed emana provvedimenti avulsi dalla situazione specifica in cui si trovano realmente il minore e la famiglia e dai suoi bisogni.
- delle risorse umane, il personale dei servizi: oltre, come già detto essere poco numeroso e a volte precario, in molti casi non si riconosce/non ha le competenze specialistiche per svolgere il lavoro di valutazione o ritiene che non attenga ai servizi il compito di valutazione.

III.5.5. Il trattamento

Il Trattamento impegna competenze psicologiche, sociali, sanitarie ed educative, è finalizzato a ripristinare condizioni di benessere del minore e/o della famiglia, attuabile attraverso interventi di protezione, educativi e terapeutici. Il Servizio sociale territoriale è responsabile della regia del caso e coordina gli interventi di trattamento.

Il trauma dell'abuso all'infanzia è un'esperienza mal-formativa, che si colloca all'interno dell'**identità** e la permea, deformandone struttura e funzionamento. Gli studi scientifici, infatti, ci dicono che *la mente si forma in seguito all'interazione tra processi neurofisiologici interni ed esperienze interpersonali: struttura e funzione cerebrali si sviluppano a partire da programmi geneticamente determinati modellati ed influenzati dalle esperienze, specie interpersonali*²¹.

Definito da Judith Hermann "Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso" o di II tipo²², per distinguerlo dal PTSD semplice che conosciamo come classificato dal DSM IV-TR (il manuale diagnostico - statistico più diffuso e accreditato al mondo), assieme alle caratteristiche di quest'ultimo presenta aspetti tipici del disturbo di personalità, come la difficoltà a modulare e regolare le emozioni, l'instabilità del senso di identità, comportamenti autolesionistici, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali. Le vittime subiscono gravi danni cerebrali, danni al sistema neuroendocrino e al sistema immunitario, sono incapaci di empatizzare con gli stati interni propri ed altrui e di modulare le emozioni; i processi cognitivi perdono di coerenza e coesione; la soglia di reazione allo stress è innalzata o abbassata; sviluppano schemi di comportamento sociale del tutto simili alle modalità con cui sono stati trattati, il che li espone a continui fallimenti e frustrazioni nelle relazioni, rinforzando, all'interno di un circolo vizioso, il "modello del mondo malevolente"²³.

Ne consegue un aumento del rischio sociale e sanitario lungo tutto l'arco della vita, come dimostra la recente indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile "Vite in bilico", pubblicata sul *quaderno n. 40 del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza*.

L'evoluzione futura del trauma dipende da diversi fattori, alcuni dei quali legati alle caratteristiche, alla gravità ed alla durata del reato, altri alle capacità di resilienza del minore, all'età, al rapporto con l'abusante, altri ancora all'ambiente sociale e alle modalità con cui gli adulti significativi, ma anche il sistema dei servizi sanitari, sociali e giudiziari rispondono alle esigenze di tutela e riparazione del minore. Diventa fondamentale, dunque, dare a tutte le vittime l'opportunità di compiere il necessario percorso psicoterapeutico e riparativo. I Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale, intercettando questa necessità, già evidenziata dall'OMS, prevedono "interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi" (all. 1C Area Integrazione Socio-Sanitaria). Tuttavia, non ci risulta che la psicoterapia sia, al di là dei pronunciamenti dei LEA sanitari e di alcune esperienze 'virtuose' organizzate a livello locale in qualche Regione, una garanzia certa. Una recente indagine conoscitiva, ancora inedita, sul *percorso giudiziario nei casi di abuso sessuale sui minori in Italia* condotta dal CISMAI in collaborazione con l'Università Pontificia Salesiana²⁴, intervistando 37 ausiliari su altrettanti casi di sospetto abuso sessuale rileva che, a ricevere un supporto psicoterapeutico, in massima parte

²¹ SIEGEL, D. J., HARTZELL, M. : *La mente relazionale*, R. Cortina Editore, 2005

²² HERMAN, J. *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence*, New York, Basic Book, 1992

²³ MALACREA, M. *Bambini abusati*. Cortina, Milano, 2002

²⁴ Si tratta di una ricerca per una tesi di laurea sull'audizione protetta durante l'incidente probatorio nei casi di abuso sessuale sui minori curata dalla prof.^{ssa} Maria Luisa De Luca dell'Università Pontificia Salesiana, dalla dott.^{ssa} M. P. Daniela Diano del CISMAI e dalla laureanda Camilla Gossetti. Lo scopo è quello di verificare se la suddetta audizione rivesta un ruolo positivo o negativo nel processo psicologico di rielaborazione dell'evento traumatico da parte del minore abusato e in quali condizioni. Lo strumento utilizzato è un questionario di intervista rivolto agli ausiliari di cui si avvalgono i giudici, composto da 58 items con domande chiuse più uno spazio per le riflessioni dell'intervistato. Le domande si riferiscono all'ultimo caso affrontato.

privato, è poco più di un terzo delle vittime (il 26,4%). Non solo: nei casi in cui si riscontra una responsabilità familiare, l'intervento terapeutico, quando viene effettuato, si dimostra pienamente efficace solo se integrato con interventi, altrettanto indispensabili, di riparazione o, nei casi più disperati, di sostituzione delle relazioni familiari disfunzionali. Occorrono più professionisti e che siano formati ad affrontare questa tipologia di problemi e occorrono strutture sanitarie snelle, ben collegate ai servizi sociali e giudiziari.

Alla luce delle conoscenze scientifiche sui funzionamenti post-traumatici, una fase cruciale nel percorso dell'intervento, dopo aver rilevato e protetto, è quella della **valutazione**, il cui scopo è di individuare tanto l'entità del **danno** che quella del **rischio** per il minore. Si tratta di un danno che, come abbiamo sottolineato, compromette il normale sviluppo della personalità, ma ancora poco riconosciuto dagli stessi specialisti, i quali tendono, probabilmente per la formazione ricevuta, a ricercare l'inquadramento diagnostico per patologie, anziché per processi post-traumatici.

I meccanismi adattivi attraverso i quali le vittime degli abusi reagiscono agli attacchi al proprio sé, rischiano di ingenerare errori diagnostici e prognostici, se non vengono inquadrati in una valutazione complessiva che tenga conto di tutte le variabili in gioco nella vita del minore e che metta in relazione il quadro clinico riscontrato con un giudizio di compatibilità/incompatibilità con l'ipotesi di abuso sessuale.

Pertanto, per non incorrere in errori che potrebbero costare caro ad una vittima non riconosciuta o a un adulto innocente, la valutazione psicologica della presunta vittima richiede un percorso di approfondimento responsabile, rigoroso e competente da parte di coloro che sono chiamati, per ragioni cliniche, assistenziali o giudiziarie, a compiere una valutazione sulla presunta vittima.

A questo livello, si considerano **punti di forza**:

- le leggi esistenti, che hanno segnato un salto di qualità per porre le condizioni di una maggiore protezione dei bambini;
- la definizione dei LEA sanitari, che prevedono sostegno e trattamenti per i minori abbandonati, maltrattati, abusati
- l'esistenza di Centri specialistici, pubblici e privati, che hanno maturato esperienza nel percorso di aiuto al minore abusato e alla famiglia

Sono invece elementi di **criticità**:

- Personale numericamente insufficiente e scarsamente formato per le funzioni di valutazione e di riparazione;
- Frammentazione degli interventi sociali – sanitari – giudiziari;
- Le risorse sostitutive alla famiglia (affidatarie ed adottive) non sono sufficienti e sufficientemente preparate e supportate a sostenere il peso dei funzionamenti post traumatici delle vittime

La regia del percorso

La funzione di regia si esprime nel mettere in collegamento i diversi attori coinvolti, facilitando il processo di progettazione condivisa dell'intervento attraverso la raccolta e circolazione delle informazioni, l'esplicitazione degli oggetti di lavoro dei diversi operatori, la costruzione e manutenzione delle connessioni tra operatori.

Gli interventi di contrasto all'abuso non possono prescindere da ciò. Anche alcune Linee Guida fanno riferimento alla necessità di individuare questa funzione che preferibilmente viene assunta dal Servizio sociale territoriale.

Spesso la regia viene vista solo come un esercizio di potere ed emergono le diffidenze e le "pre-comprensioni" per cui si attribuirebbe questa funzione secondo un criterio gerarchico burocratico.

Ma la regia è una funzione di servizio che può migliorare l'integrazione se è riconosciuta dal gruppo e se si trattano i conflitti che inevitabilmente sorgono; altrimenti si riduce ad un inutile e pleonastico ruolo formale di coordinamento. In tal senso una criticità è proprio nella legittimazione della funzione e di chi la assume, attraverso un preliminare lavoro di chiarificazione e di