



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA**

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
*MASTER IN INFERMIERISTICA FORENSE E RESPONSABILITA' NEL GOVERNO
CLINICO*

L'INFERMIERE E IL MALTRATTAMENTO AI MINORI

RELATORE ALESSANDRO CUGGIANI STUDENTE VINCENZA ALIVERNINI

RELATORE SIMONETTA MACARI STUDENTE MARA PIPERE

ANNO ACCADEMICO 2007/2009

*..ai nostri figli possiamo lasciare solo due
cose in eredità per sempre:
le radici e le ali...*

Hadding Carter Jr

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 6
CAPITOLO 1:	
Definizione e classificazione del maltrattamento ai minori	pag. 9
1. Definizione di maltrattamento	pag. 18
2. Tipologie di maltrattamento	pag. 20
CAPITOLO 2:	
Legislazione in materia di abusi e maltrattamenti ai minori	pag. 26
1. Cenni storici	pag. 26
2. Linee guida in materia di maltrattamento su minori	pag. 28
3. Riferimenti normativi	pag. 31
3.1 Legge 66/96 norme contro la violenza sessuale	pag. 32
3.2 Legge 269/98 norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori	pag. 35
3.3 Legge 38/2006 disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia a mezzo internet	pag. 36
4. Presupposti giuridici per la tutela del minore in caso di maltrattamento	pag. 37
5. Legislazione italiana e internazionale	pag. 39

CAPITOLO 3:	
La formazione dell'infermiere	pag. 42
1. Obiettivi formativi e formazione dell'operatore	pag. 43
2. La comunicazione efficace	pag. 47
3. Consapevolezza del maltrattamento	pag. 48
4. Osservazione clinica del minore maltrattato: indicatori per il rilevamento del maltrattamento	pag. 53
4.1 Maltrattamento fisico	pag. 55
4.2 Grave trascuratezza	pag. 59
4.3 Maltrattamento psicologico	pag. 61
4.4 Abuso sessuale	pag. 62

CAPITOLO 4:	
Protocollo di intesa in materia di abuso e maltrattamenti sui minori	pag. 66
1. Competenze e strumenti sul territorio	pag. 68
2. Come procedere in caso di sospetto abuso e maltrattamento ai minori	pag. 71
3. Proposta di protocollo per maltrattamento ai Minori	pag. 73
4. Proposta di protocollo in caso di minore vittima di abuso sessuale	pag. 78

CAPITOLO 5:	
La responsabilità dell'infermiere e l'obbligo di referto	pag. 84
1. Quando informare l'autorità giudiziaria nei casi di maltrattamento fisico	pag. 86
2. Il referto e la denuncia giudiziaria	pag. 87
3. Obbligo di denuncia	pag. 93

4. La tutela degli operatori pag. 95

ALLEGATI pag. 97

1. Dichiarazione di Alice Miller pag. 97

2. Convenzione sui Diritti dell'Infanzia pag. 99

3. Protocolli e Linee-Guida in materia di Maltrattamento
ai minori pag. 122

4. Carta di Noto pag. 126

5. Carta di Noto aggiornata (7 luglio 2002). Linee Guida
per l'esame del minore in caso di abuso sessuale. pag. 128

6. Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale pag. 132

CONCLUSIONI pag.134

BIBLIOGRAFIA pag.135

INTRODUZIONE

Il maltrattamento verso i minori costituisce un grave e diffuso problema sociale, sebbene esso sia misconosciuto e di conseguenza, scarsamente segnalato. In tale circostanza, è essenziale il ruolo preventivo e diagnostico svolto dagli esercenti una professione sanitaria che prestano la loro assistenza od opera nei confronti dei minori. Lo scambio di esperienze e professionalità sotto il profilo medico, giuridico e psicologico diventa un passo necessario per il comune e condiviso obiettivo di tutelare e proteggere il minore maltrattato.

Nel 1971 un autore canadese scriveva: “Vi sono fanciulli che sono stati frustati, picchiati, lasciati morire di fame, sbattuti contro pareti o porte, tenuti a bagno dentro acqua gelata, esposti fuori casa a temperature estremamente rigide, bruciati con ferri roventi, legati e tenuti in piedi per lunghi periodi, sottoposti sistematicamente a scosse elettriche, obbligati ad inghiottire pepe, feci urina, aceto, alcool e altre sostanze dannose, bruciati vivi, sui cui genitali è stata versata acqua bollente e le cui membra sono state tenute sul fuoco, posti su strade dove sarebbero stati investiti da automobili, o su tetti e camini in modo da farli cadere, imbavagliati, colpiti con armi da taglio o da sparo, o con gli occhi estratti con uno scalpello¹.”

Quasi quaranta anni dopo, queste constatazioni sono ancora attuali.

Il maltrattamento dei minori costituisce una delle principali cause di lesione e di morte durante l'infanzia; negli Stati Uniti Mc Neese (1982) ha valutato che circa 1.600.000 bambini sono ogni anno vittime di maltrattamento o trascuratezze, e Gasbarino G. (1978) riporta circa 5.000 morti ogni anno causati sempre da maltrattamento².

Entro i primi sei mesi di vita, il maltrattamento è secondo come causa di morte per i bambini, soltanto alla sindrome di morte improvvisa del neonato.

La violenza fisica, nell'età compresa tra sei e dodici mesi costituisce la causa principale di morte rispetto alle altre cause, quali il cancro, le

¹ D. BAKAN Slaughter of Innocents: a study of the battered child phenomenon. Toronto, Canadian Broadcasting Corporation. 1972 (p 4).

² Paola Toniolo Piva. Servizi alla Persona. Manuale Organizzativo. CAROCCI FABER. Roma 2001.

malformazioni o malattie infettive. Dopo il primo anno di età è seconda soltanto agli incidenti propriamente detti (Rosenberg 1982).

Alcuni ricercatori considerano il maltrattamento, in senso assoluto, la causa numero uno delle morti durante l'infanzia (White 1979). Secondo Ragno (1984) anche in Italia il 15% circa dei bambini osservati al pronto soccorso sono vittime di maltrattamento.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità quasi 60.000 bambini sono stati uccisi nel 2000; ma le morti rappresentano solamente l'iceberg del fenomeno del maltrattamento/abuso infantile ed interessano una percentuale molto esigua del totale dei minori abusati e/o maltrattati³. La tipologia di abuso/maltrattamento predominante risulta variare in relazione all'età e al sesso del minore: i maschi sono più frequentemente vittime di maltrattamento/violenza fisica, mentre le femmine di abusi sessuali, infanticidi e trascuratezza. Inoltre i bambini più piccoli risultano maggiormente a rischio di maltrattamento fisico (il maggior numero di maltrattamenti infantili risulta essere fra i bambini di età compresa fra gli 0 e i 4 anni); mentre i minori in età puberale ed adolescenziale risultano essere maggiormente vittime di abusi sessuali (circa il 20% delle donne ed il 5-10% degli uomini rivelano di aver subito abusi sessuali da bambini).

Le ragioni del lavoro che andremo a sviluppare risiedono, oltre che in un particolare interesse e sensibilità nei confronti del maltrattamento sui minori anche in un forte senso di responsabilità e di urgenza verso una forma di violenza all'infanzia che più di altre, è portatrice di conseguenze traumatiche a livello non solo fisico ma anche psicologico, affettivo-relazionale e sessuale, tali da compromettere la possibilità di una crescita serena, armonica ed equilibrata. Lo stimolo ad approfondire tali tematiche deriva anche dalla professione che svolgiamo come infermiere nei reparti di Pediatria-Terapia Intensiva Neonatale e Pronto Soccorso; e quindi dalla necessità di acquisire conoscenze teoriche e metodologiche sull'argomento, al fine di ottenere una maggiore preparazione per realizzare strategie d'intervento adeguate a gestire situazioni complesse. E' molto importante che la nostra società riconosca questo male ed agisca per prevenirlo, sviluppando una reale attenzione al bambino e ai suoi bisogni, anche attraverso

³ Vittorio Volterra. PSICHIATRIA FORENSE, CRIMINOLOGIA ED ETICA PSICHIATRICA. MASSON. Milano, 2006.

corsi di formazione rivolti non solo ad operatori dei Servizi Socio Assistenziali, ma estesi anche a tutte quelle figure professionali coinvolte nello sviluppo del bambino quali: insegnanti, educatori, psicologi, medici, infermieri, giudici ed avvocati.

Lo scopo di questa tesi è di sensibilizzare tutti gli operatori sanitari, che operano in strutture pubbliche, alla problematica del maltrattamento ai minori, per una più attenta intercettazione e prevenzione del maltrattamento. Problemi complessi, come il maltrattamento ai minori richiedono soluzioni diverse: lo scopo di questa tesi, non è quello di proporre una soluzione, ma di gettare le basi per uno studio tecnico relazionale e quindi dar rilievo particolare alla figura dell'infermiere forense, alle competenze specifico-applicative nella "terra di mezzo" tra l'etica, la deontologia e la giurisprudenza per esercitare atti infermieristici specifici di prevenzione, educazione alla salute, formazione ed informazione, attività di ricerca e tutela della salute in ambito assistenziale e previdenziale.

Non si dimentichi mai che la violenza ha una portata devastante sul minore, sulla sua crescita affettiva e psicologica e che se il corpo violato e abusato può fisicamente apparire guarito, a distanza di tempo, non guariscono certo le ferite dell'anima. Più spesso sono celate e non curate, manifestando disturbi ancora più dolorosi. Dunque la protezione del minore deve essere intesa quale misura capace di interrompere le azioni e le relazioni abusanti.

CAPITOLO 1

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL MALTRATTAMENTO E DELL'ABUSO

Punire fisicamente i bambini con calci, pugni, colpi e schiaffi, è una pratica socialmente e legalmente accettata nella maggior parte dei paesi. In molti rappresenta un fenomeno importante nelle scuole e in altre istituzioni nonché negli istituti di correzione per giovani delinquenti.

Alice Miller, in uno dei suoi testi richiama una frase di notevole importanza (riportata negli allegati a pagina 107): *“...ma è giusto e ragionevole batterli....., se essi l’hanno fatto per cattiveria. Se il vostro figliuolo non vuole studiare,.....se fa danni per ingiuriarvi,.....se s’incaponisce: allora picchiatelo pure di santa ragione e lasciatelo urlare:..., siete autorizzati a scacciare la violenza con la violenza.....mirare a convincerlo che il padrone siete voi...se invece già dalla prima volta si è riconosciuto vinto e ha dovuto umiliarsi dinanzi a voi, perderà il coraggio di ribellarsi un'altra volta....”*⁴.

La Convenzione O.N.U. sui diritti dei bambini approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 a New York, impegna gli stati a proteggere i bambini da “tutte le forme di violenza fisica o mentale” quando essi siano sotto la responsabilità dei genitori e di altri adulti, e il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini ha sottolineato che le punizioni corporali sono incompatibili con la Convenzione. Nel 1979, la Svezia è divenuta il primo paese a proibire qualsiasi forma di punizione corporale sui bambini. Da allora, almeno altri dieci stati l’hanno vietata. La Costituzione etiope del 1994, afferma il diritto dei bambini ad essere liberi da qualsiasi tipo di punizione corporale nelle scuole e nelle altre strutture assistenziali. Questo tipo di punizione è stato vietato anche in Nuova Zelanda, repubblica di Corea, Thailandia e in Uganda. Nel 2000,

4

Alice Miller. La persecuzione del bambino. Le radici della violenza. CDE. Milano, 1989.

la corte suprema d'Israele ha dichiarato fuorilegge qualsiasi tipo di punizione corporale⁵.

Tuttavia le statistiche indicano che la punizione corporale rimane una pratica legale in moltissimi paesi, si tratta di punizioni considerate “legalmente accettabili” in ambito domestico in tutti i paesi tranne quindici⁶.

L'abuso minorile identifica tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psicologico, abuso sessuale abbandono o cura inadeguata, sfruttamento economico o altre forme di sfruttamento, potenzialmente o affettivamente lesive della salute, della sopravvivenza, dello sviluppo e della dignità del minore all'interno di una relazione di responsabilità, obbligo (dovere) o potere.

Di Chiara Camerani, psicologo, Direttore CEPIC - Centro europeo psicologia investigazione e criminologia, docente di storia e sociologia Università dell'Aquila scrive: *“Oggi quando sentiamo parlare di maltrattamento su minori, il nostro pensiero associa immediatamente alla pedofilia, in realtà i maltrattamenti che vengono ogni giorno inflitti ai bambini sono molteplici”*

Una vasta letteratura sull'argomento che inizia nel 1973 con Salomon, De Mause 1976, Chesnais 1986 e Badinter 1993⁷, concorda nel conferire un carattere storico e culturale al concetto di “abuso del minore”, evidenziando come diverse culture e sub-culture, nello spazio e nel tempo, hanno commesso veri e propri abusi e violenze sui bambini ed adolescenti, motivati da sottospecie di pratiche educative, religiose, mediche, socializzatrici, socialmente condivise e culturalmente approvate.

Il problema delle violenze intrafamiliari benché fosse già emerso, essenzialmente in ambito clinico-medico, sin dalla seconda metà del secolo scorso, è tuttavia salito alla ribalta, solo all'inizio dei nostri anni '60.

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità. VIOLENZA E SALUTE NEL MONDO. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute. CIS editore. Milano 2002.

⁶ In Europa, l'utilizzo delle punizioni corporali nei confronti dei bambini, anche in ambito familiare, è vietato in Svezia, Norvegia, Finlandia, Austria, Cipro, Danimarca, Lettonia, Bulgaria, Ungheria, Germania, Romania, Grecia e, dal 2007, anche nei Paesi Bassi, in Portogallo e Spagna.

⁷ Vincenzo Mastronardi. Manuale per operatori Criminologici e psicopatologi forensi. Con la presentazione di Paolo Albarello. IV Edizione. Dott. A. Giuffrè Editore. Milano 2001.

E' stato per primo il pediatra americano John Caffey del Dipartimento Pediatrico della Columbia University di New York nel 1946 a descrivere un quadro clinico caratterizzato da "frequenti associazioni tra ematomi subdurali e fratture multiple delle ossa lunghe". Successivamente Silvermann descrisse in più bambini esaminati: "Fratture, ematomi periostali, calli ossei". Nel 1962 Kampe delineò la Battered child syndrome⁸, e sempre nel 1962 G. Rezza e B. De Carlo in seguito ad uno studio su l'osservazione di una lattante parlano di "sindrome da maltrattamento cronico". Nel 1978 Kempe li sistematizza descrivendo i criteri clinici e creando la definizione di "Child abuse and Neglect⁹", al fine di inquadrare al meglio gli aspetti multiformi del problema, tutt'ora in uso.

In Italia la ricerca sul mondo minorile è piuttosto scarsa e, solo negli ultimi anni, hanno preso il via osservazioni e studi accurati; fino a poco tempo fa non c'era un contatto diretto con il bambino e i testi studiati erano traduzioni di autori stranieri.

Il dizionario Garzanti definisce l'abuso come "uso di un diritto o di un potere per fini diversi da quelli per i quali è stato riconosciuto".

Considerando che rispetto ad un bambino, l'adulto ha un dovere di protezione, cura e tutela, l'abuso si manifesta come lo sfruttamento di questo ruolo, di questa autorità, per finalità inadatte (es il padre che sfrutta il suo potere e la fiducia del bambino per scopi sessuali).

Gli abusi ed i maltrattamenti contro i minori rappresentano un fenomeno in crescita, così come risultano in aumento i reati relativi alla pornografia "on-line", allo sfruttamento sessuale dei minori e alla prostituzione minorile.

L'Italia è uno dei paesi di massima esportazione di turismo sessuale, particolarmente in Romania e Thailandia. D'altronde solo nella città di Milano si stimano circa 500 baby prostituti rumeni.

⁸ Il termine "sindrome del bambino battuto" venne coniato per indicare i bambini con ripetute e gravi lesioni alla pelle, al sistema scheletrico o a quello nervoso. Comprende bambini con fratture multiple a diversi stadi, trauma cranico e gravi traumi interni, con segni di ripetizione dell'abuso. Fortunatamente, anche se si tratta di casi tragici, questa tipologia è rara.

⁹ "Child abuse and Neglect" all'abuso fisico Kempe aggiunse quello psicologico, quello sessuale, l'incuria, la trascuratezza e la malnutrizione.

I dati forniti dall'Associazione Prometeo e dal Ministero di Giustizia relativi al 2006: denunciano un aumento del 30% di bambini abusati a fronte di un aumento del 300% di siti pedofili¹⁰.

L'aumento dei siti internet non è così sorprendente se consideriamo che un sito pedofilo comporta un guadagno giornaliero di introito di 90.000 euro e che una foto pedopornografica costa tra i 30 -100 euro. Ciò che preoccupa maggiormente riguarda il fatto che abitualmente 7 bambini su 10 navigano soli in internet, privi di supervisione. Infatti il 70% degli agganci da parte di pedofili avviene in rete.¹¹

In una ricerca condotta su 250 bambini¹² di varia età e con varie problematiche, Montecchi ha constatato che nella maggior parte dei casi di abuso fisico l'autore è il padre (tabella 1), e che i maschi sono più coinvolti nell'abuso fisico (tabella 2) rispetto alle femmine che risultano più coinvolte nell'abuso sessuale (forse anche per una maggior difficoltà nel diagnosticare l'abuso tra madre e figlio). Dietro la situazione di abuso vi era nell'85% dei casi una patologia materna e nel 73% una patologia a carico del padre, le due cose spesso si accavallavano. Nell'88% dei casi, dalla situazione di abuso deriva una patologia del bambino di varia entità.

Tabella 1 (autore dell'abuso)

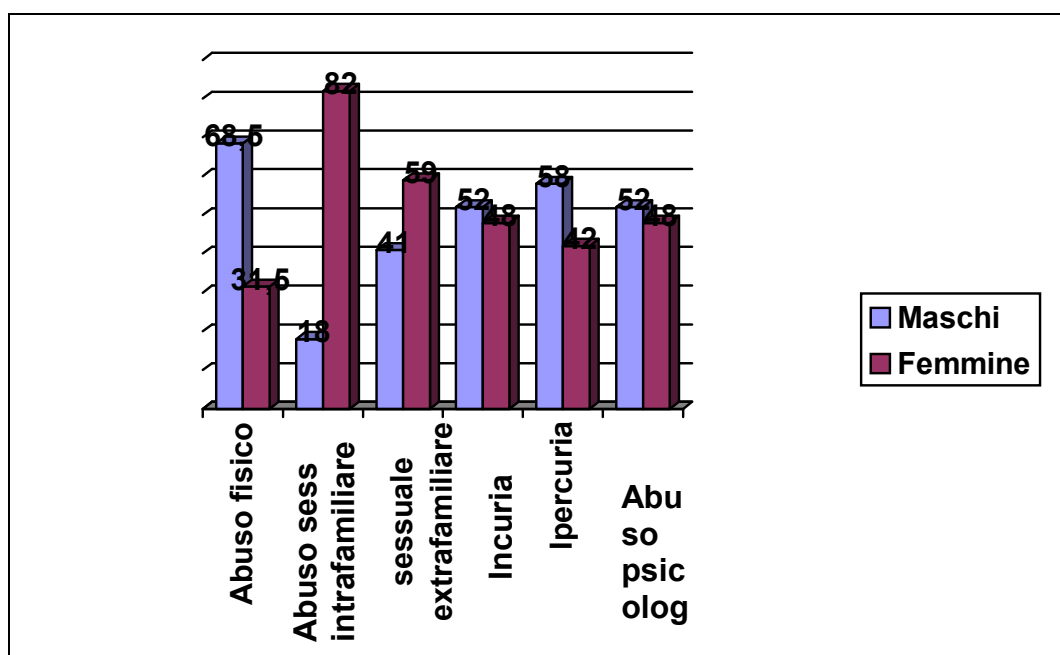
AUTORE	ABUSO FISICO	ABUSO SESSUALE INTRAFAM	ABUSO SESSUALE EXTRAFAM	INCURIA	IPERCURIA	ABUSO PSICOLOGICO
Padre	38,5	57		2	3	6
Madre	27,5	11		21	94	15,5
Genitori	30	7		77		69
Parenti conviventi	4	25			3	9,5
Parenti non conviventi			8			
Amici			42			
Estranei			50			

¹⁰ CESAP. Centro Studi sugli Abusi Psicologici.

¹¹ Rosaria Stimoli. ABUSO SULL'INFANZIA. Analisi del fenomeno e una proposta di ricerca. Bonanno Editore. Roma, 2005.

¹² F. Montecchi. GLI ABUSI ALL'INFANZIA. Dalla ricerca all'intervento clinico. NIS. Roma 1994.

Tabella 2 (suddivisione in base al sesso)



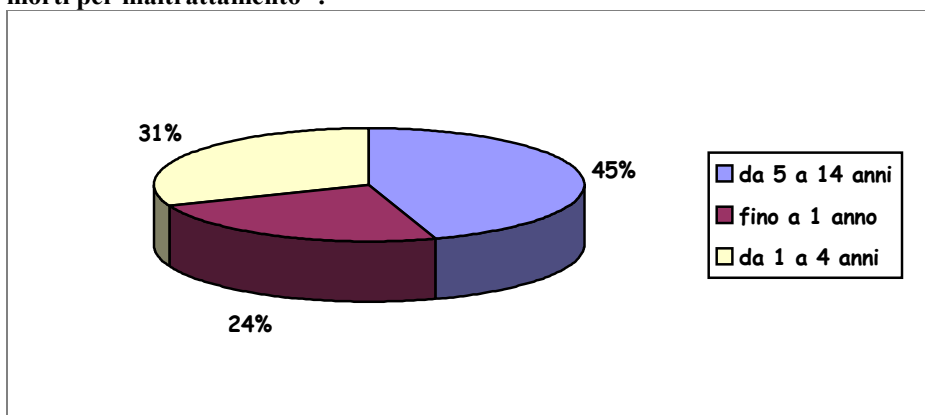
L'altro dato molto interessante che Montecchi ha evidenziato in questa casistica è che, nella maggior parte degli abusi, gli stessi abusanti (spesso genitori del bambino) a loro volta erano stati vittime durante l'infanzia di violenze, di abusi, di incuria. Si può ritenere che l'aver subito violenze sia uno dei fattori per definire il quadro del genitore abusante, insieme alla psicopatologia; a questi, naturalmente, si aggiungono i fattori sociali favorevoli quali la povertà, l'isolamento, l'ignoranza. Infine nella tabella 3 sono riportati i tipi di abusi rilevati nei casi esaminati.

Tabella 3 (tipi di abuso nei casi esaminati)

ABUSO	%
Fisico	28,6
Psicologico	25,1
Incuria	18,8
Ipercuria	12,2
Sessuale intrafamiliari	10,6
Sessuale extrafamiliare	4,7

Di seguito sono riportate alcune percentuali che riguardano la percentuale di bambini morti in per maltrattamento (tabella 4), le zone maggiormente colpite (tabella 5), appare subito evidente come fianchi, glutei e viso siano maggiormente esposti, i “mezzi” maggiormente utilizzati dall’abusante (tabella 6); infine nelle tabelle 7 e 8 sono riportate le maggiori cause per ospedalizzazione e le principali lesioni provocate dai maltrattamenti e le conseguenze che il maltrattamento infantile ha sulla salute. Si noti come il maggior numero di conseguenze appartiene al gruppo degli effetti psicologico-comportamentali, inoltre è attualmente provato che alcune delle più importanti forme di malattia tra gli adulti, quali ad esempio: cardiopatie ischemiche, cancro e sindrome dell’intestino irritabile, sono collegate a esperienze di abuso durante l’infanzia. Questo perché il soggetto assume comportamenti a rischio quali fumo, abuso di alcool, mancanza di esercizio fisico etc¹³.

Tabella 4: Percentuale di bambini, appartenenti a classi di età differenti, morti per maltrattamento¹⁴.



¹³ Cristina Rocca. DALLA PARTE DELL’INFANZIA, riconoscere e ascoltare il trauma. Maltrattamento e abuso sessuale sui minori: prevenzione e terapia. Franco Angeli editore.

¹⁴ INNOCENTI REPORT CARD, 2003. I dati sono calcolati in un arco di tempo di 5 anni (1998-2003) nei paesi che fanno parte dell’OECD: Australia, Austria, Belgio, Canada, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Giappone, Korea, Lussemburgo, Messico, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Cecoslovacchia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d’America, Gran Bretagna.

Tabella 5 localizzazione anatomica delle lesioni.

LOCALIZZAZIONE ANATOMICA DELLA LESIONE (Children Hospital Columbus, Ohio)	
LOCALIZZAZIONE	%
Glutei, fianchi	27
Viso	26
Braccia	24
Dorso	24
Occhio, orecchio, naso, bocca.	21
Cosce	20
Gambe	18
Cute del capo	17
Torace	11
Addome	9
Mano, polso	8
Collo	7
Spalle	6
Cranio e suo contenuto	4
Piede	4
Genitali esterni	4
Altro (retto, vescica)	1

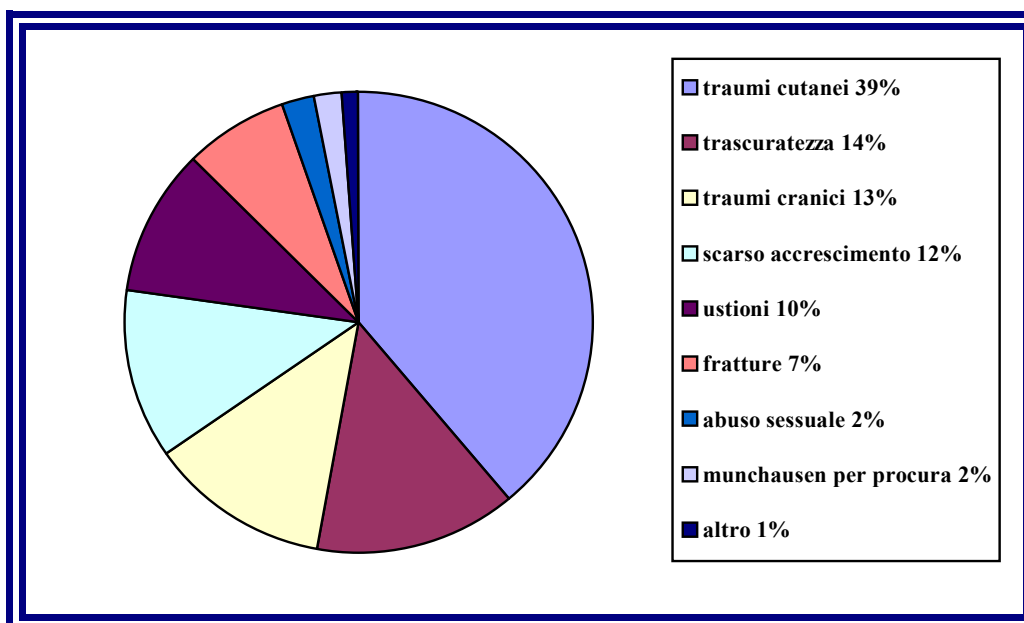
Tabella 6

CAUSA	%
Cinghia	23
Mano aperta	22
Pugno	11
Spinta	8
Frusta/bastone	8
Corda	6
Liquido bollente	6
Calcio	4
Stufa/bollitore	3
Sigaretta	2
Scarpa	2
Coltello	1
Scuotimento	<1
Ferro da stiro	<1

Tabella 7 principali lesioni provocate dai maltrattamenti:

LESIONI CUTANEE	
1	Ecchimosi
2	Ematomi
3	Contusioni
4	Ferite
5	Cicatrici
6	Morsi
7	Graffi
8	Escoriazioni ed ecchimosi a stampo (cinture, fili metallici, funi)
9	Ustioni (sigarette, liquidi, corpi incandescenti)
10	lacerazioni
LESIONI SCHELETRICHE	
1	Fratture (pregresse e recenti)
TRAUMI CRANICI	
1	Frattura cranica
2	Ematoma subdurale
3	Emorragia retinica
4	Alopecia traumatica
LESIONI ADDOMINALI	
1	Milza, fegato, reni, intestino.

Tabella 8 frequenza di ospedalizzazione per abuso ai minori.



Le manifestazioni fisiche, comportamentali e affettive dell'abuso, riportate nella tabella 9 sono molteplici, poiché diverse in base allo stadio di sviluppo del bambino al momento dell'abuso, alla gravità dell'abuso, alla relazione esistente

tra il responsabile e il bambino, alla durata dell'abuso e ad altri fattori dell'ambiente in cui il bambino vive.

TABELLA 9 Conseguenze dell'abuso minorile sulla salute¹⁵

FISICHE	
1	LESIONI ADDOMINALI/TORACICHE
2	LESIONI AL CERVELLO
3	GRAFFI E FRUSTATE
4	BRUCIATURE E USTIONI
5	LESIONI AL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
6	DISABILITA'
7	FRATTURE
8	LACERAZIONI E ABRASIONI
9	DANNI OCULARI
SESSUALI E RIPRODUTTIVE	
1	PROBLEMI DI SALUTE PRODUTTIVA
2	DISFUNZIONI SESSUALI
3	MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE, COMPRESO HIV/AIDS
4	GRAVIDANZE NON DESIDERATE
PSICOLOGICHE E COMPORTAMENTALI	
1	ABUSO DI ALCOOL E DROGHE
2	DANNI COGNITIVI
3	COMPORTAMENTO DELINQUENZIALE, VIOLENTO E ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO
4	DEPRESSIONE E ANSIA
5	RITARDI NELLO SVILUPPO
6	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DEL SONNO
7	SENTIMENTI DI VERGOGNA E COLPEVOLEZZA
8	IPERATTIVITA'
9	SCARSE RELAZIONI
10	RENDIMENTO SCOLASTICO SCARSO
11	SCARSA AUTOSTIMA
12	DISTURBO DA STRESS POST TRAUMATICO
13	DISTURBI PSICOSOMATICI
14	COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESIONISTA
ALTRE CONSEGUENZE DI SALUTE A LUNGO TERMINE	
1	CANCRO
2	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA
3	FIBROMIALGIE
4	SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE
5	CARDIOPATIA ISCHEMICA
6	EPATOPATIA
7	PROBLEMI DI SALUTE RIPRODUTTIVA QUALI STERILITA'

¹⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità. VIOLENZA E SALUTE NEL MONDO. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute. CIS editore. Milano, 2002.

1. DEFINIZIONE DI MALTRATTAMENTO

Vi sono varie **definizioni del maltrattamento ai minori**, tra le quali citiamo:

- Kampe, che nel 1978 definisce l'abuso sessuale come: *“il coinvolgimento in qualsiasi attività sessuale di un minore, non maturo, dipendente, e quindi incapace di un libero e cosciente consenso, o in atti che violano il tabù sociale di una persona nel ruolo familiare”*¹⁶.
- Il Consiglio d'Europa (IV Seminario Criminologo-Strasburgo) 1978 definisce per abuso: *“gli atti e le carenze che turbano gravemente il minore, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”*.
- quella formulata dall'OMS nel 1999: *«Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere»*. La definizione supera il tema dell'intenzionalità o meno dei comportamenti attivi o omissivi e include le violenze che possono insorgere nei contesti extrafamiliari.
- Una definizione generale soddisfacente può essere quella che fornisce Montecchi¹⁷ (1994): *«il coinvolgimento di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, soggetti a cui manca la consapevolezza delle proprie azioni nonché la possibilità di scegliere. Rientrano nell'abuso anche le*

¹⁶ G. Esposito. IL MALE MINORE. Violenza, Maltrattamenti, e abusi all'infanzia. EDIZIONI LAVORO. Roma 2005.

¹⁷ F. Montecchi, Gli abusi all'infanzia, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

attività sessuali realizzate in violazione dei tabù sociali sui ruoli familiari pur con l'accettazione del minore». Da questa definizione si evince come l'aspetto fondamentale sia rappresentato dalla condizione della vittima, impossibilitata a scegliere o a comprendere correttamente quello che sta accadendo o che viene proposto. Si è in presenza di un abuso sessuale quando la persona coinvolta nella relazione sessualizzata non è in grado di cogliere il profondo significato di quanto viene effettuato su di lei, oppure le conseguenze reali e durature a cui può portare.¹⁸ Si parla di abuso sessuale anche nei casi in cui la persona non viene mai fisicamente toccata, ma viene esposta alla visione o all'ascolto di vicende a contenuto sessuale non adeguate all'età o alla relazione con l'abusante. L'abuso sessuale, specialmente se intrafamiliare, può certamente dare origine a molti problemi psicologici, anche di lunga durata e di difficile risoluzione spontanea¹⁹.

Il maltrattamento del bambino sul piano fisico ed emozionale è stato ed è tuttora oggetto di attenzione sociale e scientifica; ciò ha permesso da un lato di chiarirne gli aspetti, le caratteristiche, le dinamiche, dall'altro di precisarne le modalità migliori di approccio sociale, medico, giuridico e psicologico.



La necessità di identificare il maltrattamento deriva, oltre che da precisi obblighi di legge, anche dall'opportunità di interrompere la progressione nel tempo della violenza fisica e della persistenza dell'incuria e dell'abuso sessuale che può portare allo sviluppo di gravi disturbi della personalità e di patologie psichiatriche.

¹⁸ Vittorio Volterra. PSICHIATRIA FORENSE, CRIMINOLOGIA ED ETICA PSICHIATRICA. MASSON. Milano, 2006.

¹⁹ Sergio Lo Russo, Adelmo Manna. L'ABUSO SESSUALE SUI MINORI: prassi giudiziarie e novità normative introdotte dalla legge 38/2006 sulla pedopornografia. Giuffrè Editore. Milano, 2007

2. TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO

Le forme di abuso implicano un maltrattamento che può essere di tipo fisico o psicologico e implica una modalità patologica nel fornire le cure di cui il piccolo ha bisogno, in questa patologia riconosciamo tipologie di abuso che implicano l'assenza o l'inadeguatezza delle cure e tipologie che si caratterizzano per un eccesso di cura. I casi di maltrattamento ai minori possono essere classificati²⁰ come segue:

L'ABUSO SESSUALE	MALTRATTAMENTO FISICO
	
<ol style="list-style-type: none">1. INCESTO2. SODOMIA3. MANIPOLAZIONE DEI GENITALI4. SFRUTTAMENTO della PROSTITUZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. SCHIAFFO VIOLENTO2. CONTORCIMENTO DI UN OSSO3. MORSI4. GRAFFI5. SBATACCHIAMENTO6. USTIONI con SIGARETTE o IMMERSIONE FORZATA IN ACQUA BOLLENTE (mani, natiche, perineo)7. ESCORIAZIONI DELLE LABBRA8. IMBAVAGLIAMENTO9. TRAUMI ALL'ORECCHIO per contorcimento10. FRATTURE COSTALI E LESIONI ADDOMINALI11. STRAPPARE I CAPELLI

²⁰

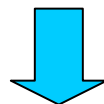
F. Montecchi. I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Franco Angeli Editore. Milano 1998.

**TRASCURATEZZA
PATOLOGIA DELLA
CURA**



- Negazione di cure inerenti:
1. NUTRIZIONE
 2. IGIENE
 3. ABBIGLIAMENTO
 4. ABITAZIONE
 5. PROTEZIONE DAI PERICOLI
 6. ASSISTENZA MEDICA
 7. PROFILASSI

**MALTRATTAMENTO
PSICOLOGICO**



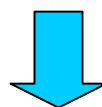
1. INAPPROPRIATE VESSAZIONI PSICOLOGICHE
 2. PRIVAZIONE DI CONTATTO FISICO
 3. PRIVAZIONE DI SGUARDI DIRETTI
 4. PRIVAZIONE DI COMUNICAZIONE
 5. Rifiuto nel riconoscere (e migliorare) DISTURBO EMOTIVO
- DIFFICOLTA' di CRESCITA EMOZIONALE
- DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO
6. STRUMENTALIZZAZIONE EMOZIONALE DEL FIGLIO ALLO SCOPO DI PENALIZZARE IL PARTNER

ABUSO CHIMICO



1. ANOMALA SOMMINISTRAZIONE DI SOSTANZE FARMACOLOGICHE O CHIMICHE.

**SINDROME DA
INDENNIZZO PER
PROCURA**



1. IL BAMBINO ASSUME DEI SINTOMI RIFERITI DAL GENITORE STESSO.

1. **MALTRATTAMENTO FISICO**²¹: si tratta di una forma di violenza evidente. Produce sul corpo del bambino lesioni difficilmente imputabili a eventi accidentali. Può essere causato attraverso ogni forma di aggressione quali pugni, schiaffi, calci, ustioni, uso di strumenti contundenti, strappo di capelli, percosse, scuotimento, urti violenti contro pareti o pavimenti. La lesione può essere l'esito di uno o più episodi di violenza e può presentarsi in forma più o meno grave.

2. **ABUSO SESSUALE**²²: si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, comprendono oltre alle relazioni etero e omosessuali complete, anche giochi sessuali, pornografia, prostituzione, atti che utilizzano il bambino per procurare piacere sessuale a sé o all'eventuale partner, attentati al pudore, in condizione di intimidazione o che comunque approfittano dell'im maturità e non piena consapevolezza del minore. Sovente la vittima ha un rapporto di fiducia con l'abusante che può essere un genitore, un familiare o un amico significativo della famiglia.

3. **GRAVE TRASCURATEZZA/PATOLOGIA DELLA CURA**²³:
comprende - l'incuria (omissione di cure nei confronti del bambino, il genitore è disattento verso i bisogni del bambino; può rifiutarsi o scordarsi di cambiarlo o nutrirlo ad esempio);
- la discuria (le cure vengono fornite in maniera distorta o inadeguata all'età, dalla percezione anacronistica del figlio o dall'immagine di un figlio diverso o ideale);

²¹ A. Campanini. MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA. Problemi e strategie di intervento. NIS. Roma 1993

²² Ugo Fornari. TRATTATO DI PSICHIATRIA FORENSE. IV Edizione. UTET GIURIDICA. Torino 2008

²³ M. Malacrea, S. Lorenzini. Bambini abusati. Linee-guida nel dibattito internazionale. Raffaello Cortina Editore. Milano 2002.

- l'ipercuria. (consiste in un eccesso patologico di cure. La forma più grave dell'ipercuria è la sindrome di Munchausen per procura²⁴, nella quale il figlio è investito, solitamente dalla madre, del fantasma di una malattia cronica, che porta a sottoporre il minore ad analisi, cure e persino operazioni chirurgiche inutili. E' una forma di abuso nella quale il bambino rischia seri danni fisici e psichici e, a volte, la vita. Il soggetto attira l'attenzione medica provocando al bambino sintomi quali soffocamento, emorragia, convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, per attrarre l'attenzione dei medici. I comportamenti più comuni in presenza di questa patologia sono i seguenti;
- Il genitore porta il bambino di frequente in ospedale o chiama spesso il medico per problemi che non possono essere documentati clinicamente.
- Il bambino può mostrare sintomi di difficoltà respiratorie solo in presenza del genitore e mai in presenza di terze persone neutrali o in ospedale.
- Quando il bambino è ricoverato il genitore spegne le macchine utili alla sopravvivenza del bambino e, al sopraggiungere dei sintomi, chiama il personale medico per intervenire.
- Il genitore somministra al bambino sostanze leggermente irritanti o veleno.²⁵

E' importante stabilire se il genitore ha avuto una qualche istruzione in ambito medico o una precedente storia di continua ricerca o necessità di trattamenti di vario tipo. La sindrome di Munchausen per procura spesso è una condizione che attraversa più generazioni.

²⁴ Giovanni Battista Traverso. CRIMINOLOGIA E PSICHIATRIA FORENSE: momenti di riflessione dottrinale ed applicativa. A. Giuffrè. Milano, 1987.

²⁵ Dal punto di vista investigativo In caso di ricovero si consiglia l'uso di telecamere nascoste per sorvegliare il comportamento del genitore Per questa ragione alcuni ospedali, in caso di sospetta sindrome di Munchausen per procura, hanno delle stanze attrezzate con telecamere, così da poter osservare il comportamento della madre quando viene lasciata sola col piccolo.

MEDICAL SHOPPING; consiste nell'eccessiva preoccupazione circa una malattia, ormai superata dal bambino, per la quale la madre ricerca continue conferme mediche. E' come se un genitore ipocondriaco scaricasse le sue paure sul figlio.

CHEMICAL ABUSE in questo caso il bambino necessita delle medicine, ma il genitore le somministra in modo anomalo rispetto alle direttive del medico (può decidere ad esempio di somministrare un antibiotico per due giorni invece che per una settimana, o imbottire il piccolo di medicine per un lieve raffreddore)

4. **MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO**²⁶: relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitive ed emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria. Definire l'abuso psicologico è estremamente difficile, questo perché le caratteristiche culturali condizionano profondamente i metodi non fisici a cui i genitori fanno ricorso per punire i propri figli. Di conseguenza viene data minore attenzione all'abuso psicologico rispetto a quello fisico o sessuale.

5. **ABUSO CHIMICO**²⁷: con tale termine si indica l'anomala e aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:
 - sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche, ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive. Rientra in questo gruppo l'abnorme somministrazione di acqua con conseguenti convulsioni, iponatriemia ed ipotermia;
 - sostanze con scarsa tossicità di comune impiego domestico, come il sale da cucina;

²⁶ S. Cirillo, P. Di Blasio. LA FAMIGLIA MALTRATTANTE. Diagnosi e terapia. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1994

²⁷ Vittorio Volterra. PSICHIATRIA FORENSE, CRIMINOLOGIA ED ETICA PSICHIATRICA. MASSON. Milano, 2006.

- sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità, di facile reperibilità come lassativi, diuretici, glucosio, insulina ed anticoagulanti;
- farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa, sul SNC e di non usuale disponibilità. Si tratta quasi sempre di sonniferi o di neurolettici prescritti alla madre dal medico curante; la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino, che spesso è un lattante, una sindrome neurologica grave che talvolta esita in coma e morte.

6. **SINDROME DA INDENNIZZO PER PROCURA**²⁸: si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori ad avere un indennizzo porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. Il meccanismo con cui si struttura è identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto, solo che in questo caso la sintomatologia viene indotta nel bambino, che fedelmente si adegua. Il quadro clinico che compare sempre dopo un trauma cranico generico, è quello generico di una sindrome neurasteriforme fisiogena o psicogena con cefalea, vertigini, difficoltà di concentrazione e turbe della memoria. Risolve con totale e improvvisa guarigione una volta avuto il risarcimento (Galletti, 1990).

²⁸G. Esposito. IL MALE MINORE. Violenza, Maltrattamenti, e abusi all'infanzia. EDIZIONI LAVORO. Roma 2005.

CAPITOLO 2

LEGISLAZIONE IN MATERIA DI MALTRATTAMENTI AI MINORI

1. CENNI STORICI

I vari casi di abuso sessuale su minori, di maltrattamento e di abbandono insieme ad un numero sempre più crescente di vittime del mercato sessuale e degli organi, sembrano contrastare con quanto, fin dall'inizio del 900, è stato sostenuto e perseguito, a livello di dichiarazioni e carte costituzionali, sul diritto/dovere da parte del bambino ad essere vero protagonista della propria vita, quale "giocosa preparazione" alla maturità.

L'abuso all'infanzia è un fenomeno molto diffuso già nelle prime civiltà. Nell'antica Grecia era consuetudine diffusa e culturalmente accettata abbandonare i bambini nati deformati mentre, durante il Medio Evo, l'alto indice di mortalità infantile era dovuto alle precarie condizioni igieniche nelle quali vivevano i bambini affidati alle cure delle balie.²⁹

Per moltissimi anni è stata opinione diffusa che la natura del bambino fosse perversa e malvagia e che era, dunque, necessario piegare la sua naturale inclinazione a fini educativi, anche con la forza.

Il maltrattamento minorile è continuato fino alla rivoluzione industriale durante la quale i bambini erano utilizzati come manodopera a bassissimo costo.

Nella società liberale d'occidente coesistono accanto ad atteggiamenti educativi improntati alla tolleranza e alla comprensione. Tendenze che fanno riferimento alla morale calvinistica e che sostengono l'obbligo morale insito nella natura del bambino. In Germania nel secolo scorso, hanno riportato notevole successo le teorie del pedagogista tedesco Schreber, che proponeva di combattere il lassismo dell'epoca, con un sistema educativo basato sulle coercizioni e sulle

²⁹ F. Montecchi. I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Franco Angeli Editore. Milano 1998. Si veda anche Enrico de Masellis. Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina.

privazioni fisiche che avrebbero reso i bambini sottomessi ed obbedienti (Schatzman 1973). Anche l'articolo 571 del Codice Penale italiano, dà diritto al genitore ad infliggere varie forme di punizione al minore, se in buona fede oppure per disciplina, lo stesso art. 571 c.p. così recita: *“Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni”*.³⁰

L'abuso all'infanzia, dunque, è sempre esistito; ciò che è cambiato è la capacità di rilevazione del fenomeno, lo studio e la denuncia di quello che ora è riconosciuto come un fatto contrario alla civiltà.

Più tardi il riconoscimento del problema dell'abuso minorile, seppur nei suoi aspetti più eclatanti come l'abbandono, l'incuria, lo sfruttamento sul lavoro si traduce nella promulgazione di leggi volte a favorire un'attività di protezione sempre più articolata ed intensa. Si può dire anzi che ciascun ordinamento rispecchia il grado di riconoscimento dell'abuso, di volta in volta, raggiunto nel singolo paese e che vi è, quindi, un rapporto di proporzionalità fra la conoscenza del fenomeno e la tutela offerta dalle leggi³¹.

L'ordinamento italiano sanziona penalmente la maggior parte dei comportamenti violenti nei confronti dei minori (art. 571 c.p., 582³²c.p. e 583³³

³⁰ F. Bartolini, L. Alibrandi, P. Corso. QUATTRO CODICI. CIVILE E DI PROCEDURA CIVILE PENALE E DI PROCEDURA PENALE. IV Edizione. Casa Editrice La Tribuna. Piacenza 2008.

³¹ “Alla fine del secolo scorso, in coincidenza con una situazione infantile piuttosto grave, le scienze umane si pongono con particolare acutezza il problema dell'infanzia e con un certo ritardo anche il diritto che riconosce i minori come portatori di diritti che non solo devono essere rispettati ma concretamente attuati” A.C. Moro. *Erode fra noi*. Mursia. Milano, 1988.

³² **Art. 582 c.p. Lesione personale.** Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa (1). (1)Articolo così modificato dalla L. 26 gennaio 1963, n. 24. Il secondo comma è stato successivamente così sostituito dalla L. 24 novembre 1981, n. 689.

³³ **Art. 583 Circostanze aggravanti.** La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni: 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo; 3) se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto (1). La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che

c.p.), tenendo in considerazione che la parola violenza comprende molti significati: dai maltrattamenti fisici, alle forme più subdole di coercizione e ai soprusi non fisici. Beninteso, non tutte le situazioni pregiudizievoli per i minori sono oggetto di tutela sotto il profilo penale; alcune, infatti, sfuggono alla tipizzazione delle condotte penalmente rilevanti e possono allora avere un rilievo, più o meno intenso, ad esempio in campo civile (art. 330³⁴ e ss. c.c.), oppure in ambito amministrativo sul terreno sociale, come sostegno al minore in difficoltà e prevenzione generale del fenomeno della violenza all'infanzia.

Il primo riconoscimento formale dei diritti del bambino si è avuto nel 1925 con la dichiarazione dei diritti del fanciullo, rielaborata poi nel 1959 con la carta dei diritti del fanciullo.

Il 20 novembre 1989 viene stipulata la Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo³⁵, mentre in Italia la legge 285/97 che porta il nome di Livia Turco è la prima norma che interviene sulla prevenzione primaria promuovendo la salute e stabilendo che il bambino è soggetto di diritti relazionali e individuali.

Il Consiglio d'Europa³⁶ nel 1990 esprime la necessità di misure preventive a sostegno delle famiglie in difficoltà.

2. LINEE GUIDA IN MATERIA DI ABUSO SU MINORI:

Il valore delle Linee-Guida nel valutare la professionalità e la responsabilità dell'operatore sanitario si determina in ambito penalistico dall'art. 43³⁷ del c.p. che definisce colposo il reato compiuto con imprudenza, imperizia e

renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso; 5) l'aborto della persona offesa (1). (1) Numero abrogato dalla L. 22 maggio 1978, n. 124.

³⁴ **Art. 330 Decadenza della potestà sui figli.** Il giudice può pronunciare la decadenza sulla potestà quando il genitore viola o trascura i doveri (320, 324) ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio (332 ss; 51 att.). in tal caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare (333) ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore.

³⁵ Allegato B Convenzione sui Diritti dell'Infanzia, pag. 99.

³⁶ Il Consiglio d'Europa istituito nel 1949 è la più vecchia organizzazione paneuropea in difesa dei diritti dell'uomo in Europa. Si adopera per sviluppare principi democratici comuni basati sulla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e su altri testi fondamentali relativi alla protezione degli individui.

³⁷ **Art. 43- Elemento psicologico del reato** -Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione; è preterintenzionale, o oltre la intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente; è colposo, o contro

negligenza, oppure per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline. Da un lato le linee-guida sono l'atto fondamentale per valutare la buona pratica medica o infermieristica e quindi la diligenza/negligenza nell'esecuzione dell'opera; dall'altro lato diventano vera e propria direttiva laddove trasfusa nei protocolli aziendali e quindi esplicitazione del potere direttivo del datore di lavoro ai sensi dell'art. 2094 c.c.

Si capisce quindi l'importanza di creare delle figure specialistiche soprattutto per la complessità e la delicatezza del materiale umano e documentale sul quale si lavora, infatti nell'ultimo decennio, le problematiche connesse all'abuso e ai maltrattamenti su minori hanno ricevuto un'attenzione sempre maggiore. L'accresciuto interesse verso tale tematica è testimoniato dal moltiplicarsi di contributi teorici prodotti dalle discipline psicologiche e giuridiche, ma anche e soprattutto dall'incremento di dibattiti tra esperti (psicologi, medici, assistenti sociali, sociologi, magistrati, forze dell'ordine, avvocati) che, da prospettive diverse, intervengono in favore dell'infanzia maltrattata.

La crescente attenzione ai diritti della persona, la cui soggettività ed integrità è sempre più considerata, non solo formalmente, valore intangibile da tutelare e salvaguardare; una più accentuata consapevolezza e sensibilità culturale ed istituzionale riguardo alle complesse problematiche collegate a questo fenomeno; ed infine il dibattito politico e culturale, hanno contribuito a produrre negli ultimi anni, sia linee guida e raccomandazioni operative sia un quadro normativo e indirizzi che recepiscono istanze di civiltà giuridica e definiscono strumenti di tutela e di intervento più consoni ad affrontare la complessità e la problematicità del fenomeno del maltrattamento.

Risulta sempre più evidente che se si vuole che i diritti dei bambini non siano solo declamati ma effettivamente goduti, è indispensabile un'azione

l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico

coordinata a più livelli sia da parte delle istituzioni pubbliche centrali e locali sia attraverso le risorse che la comunità civile può attivare.

La realtà operativa italiana appare ancora caratterizzata da incertezze, inadeguatezze ed errori sia nella prassi di intervento giudiziarie sia nelle procedure di prevenzione, diagnosi e cura. Proprio la necessità di definire con precisione i ruoli e i compiti peculiari nelle diverse funzioni dell'intercettazione, valutazione e interventi nei casi di presunto abuso o maltrattamento ha portato varie istituzioni (pubbliche e private) ed esponenti della comunità scientifica (giuridica e clinica) alla definizione di una serie di direttive, raggruppate in protocolli e linee guida nel tentativo di integrare e coordinare gli approcci interdisciplinari e di creare standard operativi condivisi. Tra queste ricordiamo³⁸:

- LINEE GUIDA SINOPIA (Società Italiana Neuropsichiatria Infantile);
- LINEE GUIDA CIMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi Contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia);
- “LINEE-GUIDA PER LA VALUTAZIONE CLINICA E L'ATTIVAZIONE DEL RECUPERO DELLA GENITORIALITÀ” (2004)
- CARTA DI NOTO³⁹ (Linee guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale). Approvata ufficialmente a Noto nel 1996 e rettificata nel 2002;
- LINEE GUIDA DEONTOLOGICHE PER LO PSICOLOGO FORENSE CARTA DI TREVISO psico-fisica, affettiva e di relazione.
- LINEE GUIDA PER LE PERIZIE IN CASO DI ABUSO SUI MINORI DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO.

³⁸ Allegato C pag 122. Protocolli e Linee-Guida in materia di maltrattamento ai minori.

³⁹ Allegati D ed E. CARTA DI NOTO⁰ (Linee guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale). Approvata ufficialmente a Noto nel 1996 e rettificata nel 2002, pag 126-128.

- LINEE GUIDA REGIONALI: EMILIA ROMAGNA, PIEMONTE E ABRUZZO. A livello locale, le regioni: Emilia Romagna (2008), Piemonte (2000) e Abruzzo (2007).

La stesura di linee-guida fra tutti i soggetti interessati porta necessariamente alla determinazione di più specifiche e chiare linee di indirizzo a livello locale tra i soggetti interessati, istituzionali e non, e alla definizione di precise regole di riferimento e di concreti parametri di intervento relativo al lavoro con i bambini e le famiglie, con l'effetto di migliorare se non ottimizzare il risultato.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

L'interdisciplinarietà è uno dei principali veicoli di protezione dell'età evolutiva, così come indicato nella legge 176/91 di conferma ed esecuzione della Convenzione sui diritti del Fanciullo di New York del 20 novembre 1989. Il preminente interesse del minore è, infatti, efficacemente perseguito solo se i sistemi di presa in carico del bambino, in particolare nelle situazioni di abuso e maltrattamento, il sistema giudiziario ed il sistema dei servizi riescono a trovare un *modus operandi* comune.

Secondo la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989, ratificata da 191 Paesi tra i quali l'Italia, i bambini hanno il diritto di essere protetti da ogni forma di sfruttamento sessuale e di abuso. Gli abusi sessuali sui minori non sono un fenomeno nuovo nella storia dell'umanità, né tanto meno, come qualcuno pensa, è la "modernità" con i suoi costumi ad averne originato lo sviluppo. Senza dubbio possiamo affermare che alcuni strumenti, come ad esempio il diffuso uso di internet, abbiamo agevolato il moltiplicarsi di ulteriori canali di espansione.

In Italia i delitti in materia di prostituzione e di pornografia minorili, sono stati introdotti dalla legge 66/96 in tema di abuso sessuale, la legge 269/98 in tema di sfruttamento sessuale dei bambini, la legge 228/2003 misure contro la tratta di

persone e la legge 38/2006 disposizioni in materia di lotta contro la pedopornografia a mezzo internet.⁴⁰

⁴⁰ Ferrando Mantovani. DIRITTO PENALE PARTE SPECIALE I. DELITTI CONTRO LA PERSONA. III Edizione. CEDAM. Padova, 2008

3.1 LEGGE 66/96 NORME CONTRO LA VIOLENZA SESSUALE

In particolare, la Legge n. 66 del 1996⁴¹, ha recepito quello che il movimento delle donne chiedeva da tempo, ovvero, che il reato di violenza sessuale fosse considerato reato contro la persona e non contro la morale pubblica e il buon costume, come stabilito dal codice Rocco. Nel Codice Rocco infatti la libertà sessuale non era valutata come valore intrinsecamente connesso alla persona, ma come riverbero del superiore interesse della pubblica moralità⁴². Un aspetto innovativo della legge è caratterizzato dall'unificazione delle fattispecie della violenza carnale (art 519⁴³ c.p.), della congiunzione carnale commessa con abuso della qualità di pubblico ufficiale (art. 520⁴⁴ c.p.), e degli atti di libidine violenti (art. 521⁴⁵ c.p., limitatamente ai fatti commessi con violenza o minaccia). La norma a cui si fa riferimento è l'art. 609 bis⁴⁶ del c.p., che descrive il reato di violenza sessuale con la generica espressione "atti sessuali"; ebbene, il fine che il legislatore si è proposto di realizzare è quello di poter prescindere, in sede giudiziaria dalle modalità materiali del fatto, che costringeva il giudice spesso ad indagini umilianti per la persona offesa.

⁴¹ Nata dalla proposta di legge n. 2576 presentata il 23 maggio 1995 alla Camera dalle deputate dei gruppi parlamentari.

⁴² A. Cadoppi. Commentario alle norme contro la violenza sessuale. Cedam. Padova, 1996.

⁴³ **Art. 519 Della violenza carnale.** Chiunque, con violenza o minaccia, costringe taluno a congiunzione carnale è punito con la reclusione da tre a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi si congiunge carnalmente con persona la quale al momento del fatto: 1) non ha compiuto gli anni quattordici; 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole ne è l'ascendente o il tutore, ovvero è un'altra persona a cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, d'istruzione, di vigilanza o di custodia; 3) è malata di mente, ovvero non è in grado di resistergli a cagione delle proprie condizioni d'inferiorità psichica o fisica, anche se questa è indipendente dal fatto del colpevole; 4) è stata tratta in inganno, per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Articolo abrogato dall'art. 1 della L. 15 febbraio 1996, n. 66

⁴⁴ **Art. 520 Congiunzione carnale commessa con abuso della qualità di pubblico ufficiale.** Il pubblico ufficiale, che, fuori dei casi preveduti nell'articolo precedente, si congiunge carnalmente con una persona arrestata o detenuta, di cui ha la custodia per ragione del suo ufficio, ovvero con persona che è a lui affidata in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità competente, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. La stessa pena si applica se il fatto è commesso da un altro pubblico ufficiale, rivestito, per ragione del suo ufficio, di qualsiasi autorità sopra taluna delle persone suddette. Articolo abrogato dall'art. 1 della L. 15 febbraio 1996, n. 66.

⁴⁵ **Art. 521 Atti di libidine violenti.** Chiunque, usando dei mezzi o valendosi delle condizioni indicate nei due articoli precedenti, commette su taluno atti di libidine diversi dalla congiunzione carnale soggiace alle pene stabilite nei detti articoli, ridotte di un terzo. Alle stesse pene soggiace chi, usando dei mezzi o valendosi delle condizioni indicate nei due articoli precedenti, costringe o induce taluno a commettere gli atti di libidine su se stesso, sulla persona del colpevole o su altri. Articolo abrogato dall'art. 1 della L. 15 febbraio 1996, n. 66.

⁴⁶ **Art. 609 bis. Violenza sessuale.** Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi. Articolo aggiunto dell'art. 3, L. 15 febbraio 1996, n. 66.

Inoltre le critiche si soffermano anche sulla genericità dell'espressione "atti sessuali" che non permette l'individuazione esatta dei confini del fatto illecito violando in tal modo il principio di tassatività, ex art. 25 della Costituzione. Per tali motivi alcuni giuristi sostengono l'illegittimità costituzionale dell'art. 609 bis del c. p.; da altro punto di vista il superamento della distinzione tra atti di libidine e violenza sessuale è confortato dall'esperienza processuale e da quella degli operatori sociali che seguono i casi di violenza o abuso sui minori, nei quali la gravità del fatto, non è assolutamente maggiore nei casi di penetrazione dell'organo sessuale.

Per i minori la nuova disciplina ha disposto, come risulta dal coordinamento degli artt. 609 bis, 609 ter⁴⁷, co. 1 e 2 e 609-quater⁴⁸ una rete di protezione particolare. In primo luogo comprende la minore età tra le circostanze aggravanti specifiche della violenza sessuale con la conseguenza che la pena minacciata per gli atti sessuali compiuti con violenza e minaccia su per persona infraquattordicenne varia da 6 a 12 anni. Mentre se il reato è compiuto su persona minore di anni 10, la sanzione va dai 7 ai 14 anni. Inoltre, la nuova legge ha introdotto con l'art. 609 quater l'autonoma fattispecie criminosa degli "atti sessuali con minore" Al riguardo è nato un dibattito parlamentare sull'esigenza da un lato di salvaguardare il minore nella sua integrità sessuale e dall'altro, di garantirgli il diritto alla sessualità⁴⁹. A tale riguardo è stata introdotta una particolare causa di non punibilità dei rapporti sessuali tra minorenni, a condizione che nessuno di essi abbia meno di anni 13 e che la differenza di età tra

47

Art. 609 ter CircoStanze aggravanti. La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi: 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici; 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa; 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci. Articolo aggiunto dall'art. 4, L. 15 febbraio 1996, n. 66.

48

Art. 609 quater Atti sessuali con minorenne - Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che al momento del fatto: 1) non ha compiuto gli anni quattordici; 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza. Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni. Nei casi di minore gravità le pena è diminuita fino a due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci. Articolo aggiunto dall'art. 5, L. 15 febbraio 1996, n. 66.

49

R. Pellegrini. Sessuologia. Cedam. Padova, 1960

gli stessi non sia superiore a 3 anni⁵⁰. Il reato di corruzione di minorenni, invece, è stato radicalmente modificato, l'art. 530⁵¹ c.p. è ora sostituito dall'art. 609 quinquies⁵². La nuova fattispecie presenta una formulazione più ristretta rispetto alla precedente, infatti, persona offesa non è più il minore di anni 16, ma quello di quattordici, essendosi così legittimata la consumazione di atti sessuali nei confronti o in presenza del minore, di età compresa tra i 14 e i 16 anni, purché consenziente e non legato al soggetto attivo da uno dei rapporti indicati nell'art. 609 quater, n.2⁵³. Il legislatore ha almeno abolito la causa di non punibilità costituita dal fatto che il minore fosse già persona moralmente corrotta. E da notare, inoltre, che essendo il reato di corruzione un reato di pericolo e non di danno, per la consumazione del reato non si richiede l'effettiva corruzione del minore ma è sufficiente "l'apprezzabile possibilità di tale evento da valutarsi in relazione alle circostanze di tempo e di luogo e alle condizioni personali del soggetto passivo" (*Cass. 6.10.1967*). Val la pena di ricordare, per completezza di informazione, che la giurisprudenza, formatasi sotto la vecchia dottrina, aveva ritenuto la sussistenza del reato in esame anche nel caso di atti di libidine commessi in presenza del minore che dorme (*Cass. 1.03.1967*). Successivamente invece è stato affermato che il reato sussiste tutte le volte che il minore abbia la possibilità di percepire l'atto lascivo nella sua materiale realtà, non potendo ravvisarsi un pericolo di corruzione nel caso in cui il minore sia talmente piccolo da non poter distinguere i fatti concreti che vengono commessi alla sua presenza (*Cass. 3.03.1969*).

⁵⁰ G. Spagnolo. "LA PROBLEMATICA DEI RAPPORTI SESSUALI CON MINORI E TRA MINORI". In Riv. It. Dir. Proc. Pen. 1990.

⁵¹ **Art. 530 Corruzione di minorenni.** Chiunque, fuori dei casi preveduti dagli articoli 519, 520 e 521, commette atti di libidine su persona o in presenza di persona minore degli anni sedici, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Alla stessa pena soggiace chi induce persona minore degli anni sedici a commettere atti di libidine su se stesso, sulla persona del colpevole, o su altri. La punibilità è esclusa se il minore è persona già moralmente corrotta. Articolo abrogato dall'art. 1 della L. 15 febbraio 1996, n. 66

⁵² **Art. 609 Quinquies Corruzione di minorenni.** Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Articolo aggiunto dall'art. 6, L. 15 febbraio 1996, n. 66.

⁵³ Marina Franchi. PROTEZIONE DEI MINORI E DIRITTO INTERNAZIONALE PRIVATO. GIUFFRÈ EDITORE. Milano, 1997

3.2 LEGGE 269/98 NORME CONTRO LO SFRUTTAMENTO DELLA PROSTITUZIONE, DELLA PORNOGRAFIA, DEL TURISMO SESSUALE IN DANNO DI MINORI

La legge 269/1998 è nata come legge finalizzata alla repressione della pedofilia in richiamo dei principi dettati dalla Convenzione sui diritti del fanciullo (New York 20.11.1989), ratificata dallo Stato Italiano con Legge 27 maggio 1991, n. 176 e della Conferenza mondiale di Stoccolma del 31 agosto 1996. La Legge introduce nel codice penale una serie di nuovi articoli di seguito l'art. 600⁵⁴ c.p. *“riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù”*; art. 600 bis⁵⁵ *“prostituzione minorile”*; art. 600 ter⁵⁶ *“pornografia minorile”*; art. 600 quater⁵⁷ *“detenzione di materiale pornografico”*; art. 600 quinquies⁵⁸ *“iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile”*.

Le tre principali categorie sulle quali si focalizza la legge sono: a) prostituzione minorile; b) pornografia minorile; c) turismo sessuale in danno di minori. Nell'ambito delle fattispecie riguardanti la prostituzione minorile si

⁵⁴

Art. 600. Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù. Chiunque esercita su una persona poteri corrispondenti a quelli del diritto di proprietà ovvero chiunque riduce o mantiene una persona in uno stato di soggezione continuativa, costringendola a prestazioni lavorative o sessuali ovvero all'accattonaggio o comunque a prestazioni che ne comportino lo sfruttamento, è punito con la reclusione da otto a venti anni. La riduzione o il mantenimento nello stato di soggezione ha luogo quando la condotta è attuata mediante violenza, minaccia, inganno, abuso di autorità o approfittamento di una situazione di inferiorità fisica o psichica o di una situazione di necessità, o mediante la promessa o la dazione di somme di denaro o di altri vantaggi a chi ha autorità sulla persona. La pena è aumentata da un terzo alla metà se i fatti di cui al primo comma sono commessi in danno di minore degli anni diciotto o sono diretti allo sfruttamento della prostituzione o al fine di sottoporre la persona offesa al prelievo di organi.

⁵⁵

Art. 600 bis Prostituzione minorile. Chiunque induce all prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.493 a euro 154.937. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a euro 5.164. Nel caso in cui il fatto di cui al secondo comma sia commesso nei confronti di persona che non abbia compiuto gli anni sedici, si applica la pena della reclusione da due a cinque anni. Se l'autore del fatto di cui al secondo comma è persona minore di anni diciotto si applica la pena della reclusione o della multa, ridotta da un terzo a due terzi.

⁵⁶

Art. 600 ter Pornografia minorile. Chiunque, utilizzando minori degli anni diciotto, realizza esibizioni pornografiche o produce materiale pornografico ovvero induce minori di anni diciotto a partecipare ad esibizioni pornografiche è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 25.822 a euro 258.228. Alla stessa pena soggiace chi fa commercio del materiale pornografico di cui al primo comma. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 2.582 a euro 51.645. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 1.549 a euro 5.164. Nei casi previsti dal terzo e dal quarto comma la pena è aumentata in misura non eccedente i due terzi ove il materiale sia di ingente quantità.

⁵⁷

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

⁵⁸

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

distingue tra: 1) induzione, 2) favoreggiamento, 3) sfruttamento. In aggiunta a tali fattispecie ne viene inserita una ulteriore relativa agli atti sessuali con minore di età compresa tra i 14 e i 16 anni in cambio di denaro o altra utilità economica. Quanto alla fattispecie della “pornografia minorile” possono distinguersi: 1) sfruttamento di minori finalizzato alla realizzazione di materiale pornografico; 2) commercio di materiale pornografico; 3) distribuzione, divulgazione e pubblicazione del materiale, 4) distribuzione e divulgazione di notizie finalizzate all’adescamento o allo sfruttamento di minori; 5) acquisizione e detenzione di materiale pornografico.

L’art. 600 quinquies, riguarda invece il turismo sessuale e punisce l’organizzazione e la propaganda di viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori⁵⁹.

3.3 LEGGE 38/2006 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI LOTTA CONTRO LO SFRUTTAMENTO SESSUALE DEI BAMBINI E LA PEDOPORNOGRAFIA A MEZZO INTERNET.

La Legge 269/1998 è stata recentemente aggiornata dalla Legge n. 38 del 2 marzo 2006 dal titolo: “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedo-pornografia anche a mezzo internet”. La legge modifica la precedente normativa, adeguandola agli accordi internazionali come la decisione quadro 2004/68/GAI del 22 dicembre 2003 con la quale l’Unione Europea ha dettato le regole contro una più efficace lotta contro lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia infantile. Ed invero, contro il dilagante fenomeno della pedo-pornografia attraverso la rete il legislatore ha predisposto una legge ad hoc, che punisce con pene severe coloro che commettono reati di abuso sessuale⁶⁰ e sfruttamento di minori, coloro che si procurano o detengono materiale pornografico realizzato utilizzando minori di anni 18, e chiunque partecipa ai viaggi al fine di fruire di attività di prostituzione a danno di minori.

⁵⁹

P. Monni. L’Arcipelago della vergogna, Turismo sessuale e Pedofilia. Edizioni Universitarie. Roma, 2001

⁶⁰

G. Scardaccione, A. Baldry. Tipologia dell’abuso sessuale ed intervento giudiziario. Rass. It. VIII, 1997).

Viene dunque, ampliato il concetto di pedopornografia con la pedopornografia virtuale. Le pene e le sanzioni previste (art. 600 ter e 600 quater c.p.) si possono applicare (seppure diminuite di un terzo) anche alle immagini virtuali, intendendo per esse quelle realizzate ritoccando foto di minori o parti di esse con tecniche di elaborazione grafica, la cui qualità di rappresentazione fa apparire come vere situazioni non reali. Con riferimento alla prostituzione minorile (art. 600 bis) la legge prevede che venga punito chi compie atti sessuali, in cambio di denaro o altra utilità, con minori di età compresa tra i 14 e i 18 anni, mentre nella precedente normativa l'età era compresa tra i 14 e i 16 anni. Per quanto riguarda il turismo sessuale è previsto l'obbligo per i tour operator di inserire, sui cataloghi e sui documenti forniti agli utenti, in modo evidente la dicitura "la legge italiana punisce con la reclusione i reati concernenti la prostituzione e la pornografia minorile, anche se commessi all'estero". Oltre che per gli operatori turistici la legge italiana prevede tutta una serie di obblighi e responsabilità anche per i fornitori di servizi in rete⁶¹. Questi in particolare, hanno l'obbligo di segnalare al "Centro nazionale per il contrasto alla pedo-pornografia sulla rete internet" i soggetti e le imprese che distribuiscono o commerciano materiale pedo-pornografico e a fornire informazioni sui contratti, inoltre per impedire l'accesso ai siti segnalati i fornitori di connettività hanno l'obbligo di utilizzare strumenti di filtraggio.

4. PRESUPPOSTI GIURIDICI PER LA TUTELA DEL MINORE IN CASO DI MALTRATTAMENTO E DI ABUSO.

Nella professione infermieristica è importante imparare a distinguere tra reati perseguibili d'ufficio e reati perseguibili a querela di parte. Infatti l'obbligo di referto (art. 365 c.p. infra pag.87) è a carico di ogni professionista sanitario che si trovi ad avere a che fare con un paziente che appaia vittima di reato perseguibile d'ufficio.⁶² La legge 15 febbraio 1996, n° 66 e la legge 3 agosto 1998

⁶¹ Luigi Cancrini. L'OCEANO BORDERLINE: racconti di viaggio. R. Cortina. Milano, 2006.

⁶² Luca Benci. Manuale giuridico per la professione infermieristica. Mc Graw Hill. Milano 2007.

n° 269 impongono un'attenzione sulle responsabilità e procedure a tutela dei minori.

La legge di riforma ha anche modificato il regime della procedibilità, rispetto all'abrogato articolo 542 c.p., l'art. 609 septies amplia i casi in cui si procede d'ufficio, introducendo le ipotesi di "violenza sessuale su minori di anni 14, di atto sessuale commesso dal convivente del genitore" ovvero, "da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia" ovvero, ancora "su minore di anni 14". Al riguardo merita evidenziare come sia acceso il dibattito sulla perseguibilità (a querela di parte o d'ufficio) dei reati, soprattutto quelli commessi in ambito familiare. I fautori dell'intervento d'ufficio, rilevano che proprio la condizione di soggezione che spesso lega la vittima al colpevole rende improbabile la richiesta di punizione proprio per il timore di nuove vessazioni e che, pertanto, la perseguibilità a querela spesso si traduce nell'impunità del colpevole. Mentre i sostenitori della perseguibilità a querela⁶³ sostengono che la procedibilità d'ufficio fa sì che la giustizia cada come una mannaia e recida ogni possibilità di riarmonizzazione dei rapporti. Tenendo conto di queste tesi contrapposte, alcuni avanzano che nei casi di violenza in ambito intrafamiliare la procedibilità sia subordinata ad una preventiva valutazione da parte del giudice minorile che soppesi le conseguenze che potrebbero derivare al minore.

In seguito sono elencati alcuni dei reati che consistono in forme di maltrattamento, abbandono e abuso sessuale (sono tutti reati perseguibili d'ufficio⁶⁴):

⁶³

A.C. moro, Manuale di diritto minorile, Zanichelli, Bologna, 1996.

⁶⁴

Daniele Rodriguez, Anna Aprile. MEDICINA LEGALE PER INFERMIERI. Carocci Faber. Roma 2005.

	Abbandono di minore	Art. 591 c.p.
	Abuso dei mezzi di correzione e disciplina	Art. 571 c.p.
	Maltrattamento in famiglia o verso fanciulli	Art. 572 c.p.
	Riduzione in schiavitù	Art. 600 c.p.
	Violenza privata	Art. 610 c.p.
	Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato	Art. 611 c.p.
	Impegno di minori nell'accattonaggio	Art. 671 c.p.
	Violenza sessuale <ul style="list-style-type: none"> ○ violenza sessuale di gruppo ○ violenza ○ violenza sessuale con minore di anni 14 ○ violenza sessuale con minore da parte di un genitore, anche adottivo, tutore, altra persona a cui il minore venga affidato, ne abbia custodia o conviva con lui ○ violenza sessuale commessa da pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio ○ atti sessuali con minore di anni 10 	Art. 609bis c.p. e seguenti.
	Incesto	Art. 564 c.p.
	Prostituzione minorile	Art. 600bis c.p.
	Pornografia minorile	Art. 600ter c.p.

5. LEGISLAZIONE ITALIANA E INTERNAZIONALE

In questi ultimi anni il Governo e il Parlamento hanno dimostrato sensibilità verso i problemi dell'infanzia e dell'adolescenza, con la legge del 23 dicembre 1997, n° 451, Istituzione della Commissione parlamentare per l'Infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia, hanno creato gli strumenti per analizzare la condizione minorile in Italia:

- Una commissione Parlamentare per l'infanzia con lo scopo di monitorare la condizione infantile adolescenziale e di proporre adeguamenti normativi in riferimento alla convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia;
- Un Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, presieduto dal Ministro per la solidarietà Sociale e composto da esperti e da rappresentanti degli enti locali e delle Regioni, di associazioni, di organismi del privato sociale impegnati nella promozione della tutela dei diritti dei minori;
- Il Centro Nazionale di documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza con il fine di raccogliere tutta la documentazione in materia minorile, analizzare le condizioni di vita attraverso ricerche sociali.

Nella realtà, al di là della Convenzione Internazionale e delle leggi citate, la responsabilità dell'assistenza e dell'educazione dei figli è dei genitori: solo se questi non ottemperano ai loro doveri entra in azione lo Stato con le sue leggi. La Costituzione Italiana del 1948, al titolo II, "Rapporti etico-sociali", agli articoli 29⁶⁵ e 31⁶⁶ riconosce e tutela la famiglia, protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù. I diritti e doveri dei genitori sono disciplinati dalla Costituzione all'articolo 30⁶⁷ e dal codice civile agli articoli 147, 261, 317, 339. In sintesi si può affermare che entrambe i genitori hanno il dovere di curare, mantenere, educare, istruire i propri figli tenendo conto delle loro capacità, inclinazioni naturali e aspirazioni. I genitori devono mantenere un buon comportamento e rispettare la legge, in caso di condotta pregiudizievole di uno dei genitori o di entrambi il giudice può intervenire a tutela del minore⁶⁸.

⁶⁵ Art. 29. La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio. Il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare.

⁶⁶ Art. 31. La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.

⁶⁷ Art. 30. È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti. La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima. La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità.

⁶⁸ Telefono Azzurro. 3° Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza. L'ascolto e la giustizia, il disagio e l'abuso, la psicologia e la salute, l'educazione, la cultura e il tempo libero, la famiglia. Edizioni EURISPES 2002.

Nel panorama internazionale e nelle culture nazionali, molte cose stanno sicuramente cambiando. Il mutamento può essere riconosciuto nei vari documenti approvati da enti come l'Organizzazione delle Nazioni Unite, anche tramite propri organismi come l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) e l'Unicef. Fra i documenti più importanti, riferibili in particolare alla tutela del minore come vittima di violenza e maltrattamenti, si segnalano:

- Convenzione europea sui diritti umani e generale sulle libertà fondamentali (1950);
- La Dichiarazione dei Diritti dell'infanzia, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1959;
- La Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia del 20 novembre 1989
- Il I° Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei minori ai fini commerciali e il Piano di azione per la prevenzione, tutela e recupero delle piccole vittime promosso dall'Unicef a Stoccolma il 27-31 agosto 1996;
- Il rapporto mondiale su violenza e salute, predisposto dall'OMS nel 2002, dove la violenza è indicata come il più importante problema di salute del mondo.

CAPITOLO 3

LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE

Nella lotta contro l'abuso e maltrattamento dei minori, si è fortemente sentita la necessità di una qualificata formazione ed aggiornamento professionale da parte del personale sanitario al fine di realizzare una rete socio-giuridica-sanitaria integrata, pubblica e privata con la finalità d'interventi tesi alla tutela dei minori abusati e maltrattati.

Tra gli scopi primari, c'è quello di realizzare un'equipe plurispecialistica, integrata con le altre figure professionali (magistrati, polizia di stato, criminologi, avvocati, assistenti sociali) al fine di realizzare sul territorio un'opera di sensibilizzazione e formazione attraverso uno scambio di saperi e d'informazioni professionali e scientifiche.

In questi ultimi decenni, causa il notevole cambiamento culturale e il sempre più crescente numero di reati intrafamiliari che ogni giorno coinvolgono medici, infermieri e sanitari, si rende necessario rispondere alle nuove richieste di aiuto a favore di bambini, con aggiornate competenze professionali e con costanti confronti esperienziali con altre figure professionali chiamate a difendere e tutelare gli interessi e diritti dei minori. In questo modo è possibile fornire agli operatori sanitari che entrano in contatto con il minore maltrattato ospedalizzato, conoscenze, abilità pratiche e capacità relazionali in tema di tutela e prevenzione della cura di questi piccoli pazienti.

Studi condotti in diversi paesi hanno evidenziato la necessità di un'educazione continua per gli operatori sanitari nell'ambito dell'individuazione e della denuncia dei primi segni e sintomi di abuso e incuria sull'infanzia. Per questo motivo, diverse organizzazioni sanitarie hanno elaborato programmi di formazione per migliorare il sistema di individuazione e di denuncia dell'abuso e dell'incuria nonché le conoscenze degli operatori in merito ai servizi di comunità disponibili. Negli Stati Uniti, ad esempio, l'American Medical Association e la American Academy of Pediatrics hanno elaborato linee guida di diagnosi e trattamento per il maltrattamento e l'abuso sessuale sui bambini. Nello Stato di New York, si richiede agli operatori sanitari la partecipazione ad un corso di due

ore per individuare e denunciare l'abuso e l'incuria sui bambini come prerequisito per ottenere una licenza⁶⁹. Anche in diversi altri paesi, in Europa e altrove, sono stati compiuti passi per migliorare la formazione degli operatori sanitari.

Individuare l'abuso e l'incuria sui bambini, tuttavia, non è sempre facile, solitamente, è necessario ricorrere a tecniche di intervista ed esami fisici specifici. Gli operatori sanitari dovrebbero inoltre essere attenti alla presenza di fattori di rischio legati alla famiglia o di altra natura che potrebbe indicare un abuso.

Al fine di garantire un processo d'apprendimento continuo e dinamico, alcuni ricercatori hanno suggerito l'elaborazione di percorsi polivalenti e strutturati per i professionisti della salute, in base al loro livello specifico di coinvolgimento con i casi di abuso infantile. In questo ambito, dovrebbero essere elaborati programmi di formazione separati ma integrati per gli studenti di medicina e i medici da una parte, e per chi è particolarmente coinvolto nell'ambito dell'abuso infantile dall'altra.

1. OBIETTIVI FORMATIVI E FORMAZIONE DELL'OPERATORE

Il panorama formativo Italiano, negli anni recenti si presenta ricco, ma frammentato, la maggior parte dei programmi formativi relativi al maltrattamento ai minori è organizzato da associazioni di volontariato, cooperative, organi istituzionali, per questo motivo si rende necessario organizzare oltre a percorsi informativi e di sensibilizzazione soprattutto dei percorsi formativi di base multidisciplinari e integrati poiché gli operatori pubblici e privati possano individuare quanto più precocemente possibile casi di maltrattamento, attivando altrettanto precocemente percorsi di protezione e percorsi di presa in carico psicosociale e sanitaria, che devono essere gestiti da operatori specializzati nel settore.

⁶⁹ CISMAI Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia Regione Abruzzo Assessorato alle Politiche Sociali 1 *Linee Guida Maltrattamento e Abuso ai Minori -Regione Abruzzo.*

Uno degli scopi principali di questa tesi è quello di enucleare le modalità di formazione degli infermieri e del loro rapporto nella realizzazione di protocolli come si evince nelle “*Linee Guida in materia d’abuso contenute nel Documento di indirizzo per la formazione in materia d’abuso e maltrattamento dell’infanzia*”⁷⁰ emanate dal Ministro Livia Turco in seguito a riflessioni sempre più approfondite sul fenomeno del maltrattamento ai minori e alla realizzazione di iniziative concrete, al fine di rafforzare, ampliare ed innovare le azioni di contrasto di tale fenomeno.

In seguito alla riunione tenutasi dal Ministro Livia Turco il 16 ottobre 2000⁷¹, in linea con le strategie già tracciate nel documento della Commissione nazionale, è stata ulteriormente rilevata la necessità di promuovere una vasta attività formativa sui temi del maltrattamento e dell’abuso rivolta a tutti gli operatori, con particolare riferimento agli insegnanti ed agli operatori sanitari.

Entrando nello specifico degli obiettivi formativi, i percorsi informativi e di sensibilizzazione devono principalmente:

- a) Diffondere e rafforzare una nuova cultura dell’infanzia per la tutela e la promozione di un positivo processo di crescita dei bambini che fa perno sul diritto del minore ad essere rispettato come persona,
- b) Sensibilizzare l’opinione pubblica, gli operatori, gli insegnanti, i genitori alla cura del benessere del bambino e alla creazione di un ambiente relazionale adulto-bambino adeguato.

E’ importante distinguere tra due tipi di formazione: quella di base, in modo che infermieri pubblici e privati possano individuare quanto più precocemente possibile i casi di maltrattamento, e quella specialistica, rivolta a professionisti che intendono approfondire tematiche specifiche.

⁷⁰ Approvato il 6 aprile 2001 in sede congiunta dall’Osservatorio nazionale per l’infanzia e dal Comitato di coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall’abuso sessuale (ex art. 17, legge 269/98)

⁷¹ Riunione congiunta dell’Osservatorio nazionale per l’infanzia e l’adolescenza e del Comitato di coordinamento, tenutasi a palazzo Chigi, alla presenza del Presidente del consiglio, del Ministro della Giustizia e del Sottosegretario ai servizi civili del Ministero dell’interno.

Questo perché essenzialmente, la formazione di base deve:

- a) Fornire un quadro di carattere generale informativo e critico sulle principali tematiche e sui nodi problematici dell'intervento nei casi di violenza e abuso,
- b) Far comprendere il percorso di intervento attraverso seminari sequenziali i cui contenuti richiama i temi della rilevazione, della valutazione e del trattamento.
- c) Favorire una visione multidisciplinare e integrata dell'intervento.

Mentre la formazione specialistica deve essere maggiormente orientata a:

- a) Approfondire le conoscenze sulla rete territoriale dei servizi, sul coordinamento e sul contesto entro cui si colloca l'intervento rafforzando una visione integrata,
- b) Consentire l'acquisizione di competenze specifiche relative alla propria professione.

In ogni caso è essenziale che tutti gli infermieri siano sostenuti da percorsi di formazione permanente che permettano loro l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche necessarie ad un'assistenza così complessa, e dall'altra che siano previsti moduli formativi.

In relazione al fenomeno del maltrattamento minorile per ottenere il raggiungimento di tutti gli obiettivi quali:

- 1) il rilevamento precoce della richiesta di aiuto, con conseguente segnalazione tempestiva;
- 2) una diagnosi globale multidisciplinare;
- 3) il sostegno e recupero del bambino e della famiglia (dove possibile) attraverso un trattamento terapeutico.

La formazione va impostata su tre livelli:

1. il rilevamento
2. la diagnosi
3. la protezione e/o il trattamento di minori vittime di abuso⁷².

⁷²

Rosaria Stimoli. ABUSO SULL'INFANZIA. Analisi del fenomeno e una proposta di ricerca. Bonanno Editore. Roma, 2005.

Il primo livello consiste nell'acquisire e sviluppare le capacità di ascolto del bambino e la competenza nel rilevare segnali di disagio, garantita da una politica di prevenzione primaria sul territorio. Questa fase è molto importante perché prevede moduli di formazione riguardanti la segnalazione: a chi e come segnalare, la gestione delle relazioni in fase di accertamento e le corrette modalità di trasmissione delle informazioni.

Il secondo livello è costituito dalla diagnosi e riguarda quattro categorie di operatori:

- 1) l'operatore dell'area medica, che deve raccogliere i dati anamnestici e accertare il danno fisico e neuropsichiatrico del bambino;
- 2) l'operatore dell'area socioassistenziale, che deve raccogliere informazioni sul contesto familiare e sociale di appartenenza del bambino per valutare il grado di danno e di pregiudizio e le eventuali risorse familiari;
- 3) l'operatore dell'area psicologica, che deve effettuare una verifica del danno psicologico derivante dal maltrattamento;
- 4) l'operatore dell'area giuridica che deve effettuare l'audizione della presunta vittima.

Nel percorso diagnostico, le prime tre aree si intersecano tra loro, è importante quindi garantire una diagnosi multidisciplinare, possibile solo se tutte le categorie abbiano almeno una conoscenza minima, delle funzioni degli altri livelli.

Il terzo livello di formazione è quello rivolto agli operatori che attuano la messa a punto di un percorso di aiuto psicosociale per il trattamento del maltrattamento (ormai diagnosticato) finalizzato al sostegno e al recupero del bambino e, ove possibile, del suo nucleo familiare.

I percorsi formativi devono essere altamente specializzati e diversificati in base al *target* cui sono rivolti. A questo livello interagiscono anche gli strumenti giuridici di protezione del bambino e quelli finalizzati all'accertamento del reato di maltrattamento o di atti sessuali e alla condanna dell'autore della violenza;

entrano in campo (potrebbero già essere intervenuti ai livelli precedenti) le forze dell'ordine, il Tribunale per i minorenni, la Procura presso il Tribunale per i minorenni, la Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario, il Giudice per le indagini preliminari, il Giudice della separazione e talvolta anche il Giudice tutelare; diventa perciò ancora più essenziale condividere la cultura del lavoro integrato.

È, dunque, indispensabile che anche gli operatori dell'area giudiziaria (forze dell'ordine, avvocati e magistrati) ricevano una formazione di base minima sulle modalità di relazione con il bambino vittima di maltrattamento, in vista anche della migliore applicazione della L.269/98 contro lo sfruttamento sessuale dei minori, che richiede nuove competenze.

Prima si dedicherà all'osservazione clinica del minore maltrattato, analizzeremo, l'importanza della comunicazione e dell'aspetto psicologico. Punti che purtroppo spesso sono sottovalutati; quando si riscontra un sospetto abuso, la vittima non è solo l'abusato, ma anche i familiari, gli amici, il personale che al momento ne ha riscontrato l'abuso o vi è stato riferito, basti pensare ad una bambina vittima di abusi sessuali da parte di estranei, come poter sottovalutare lo stato psicologico dei genitori?

2. LA COMUNICAZIONE EFFICACE

La comunicazione è un elemento essenziale nell'assistenza infermieristica poiché permette di facilitare l'espressione dei sentimenti degli operatori, il sostegno reciproco, infine, ma non certo meno importante permette di pianificare l'assistenza personalizzata. La comunicazione con il bambino vittima di abusi è importante in ogni fase dell'età evolutiva, facilita le cure e fa sentire il bambino non abbandonato. Tutto il personale, sia infermieristico sia medico, dovrebbe dedicare più spazio all'ascolto del bambino.

Ascoltare il bambino, comprendere i suoi pensieri e sentimenti, rispondere in base ai suoi bisogni, attraverso una relazione terapeutica è un dovere.

E' importante che il personale infermieristico sviluppi le capacità di ascolto e osservazione, con il bambino è necessario osservare e utilizzare sia il linguaggio verbale che quello non verbale: è importante coinvolgere il bambino per favorire l'espressione dei propri sentimenti e della propria creatività.

La comunicazione non verbale nell'assistenza di un bambino, soprattutto nella prima infanzia, prevale su quella verbale: è necessario interpretare appropriatamente l'espressione del viso, i comportamenti, le posture, il pianto. In seguito è importante osservare anche la comunicazione verbale del bambino. In questa fase è importante che l'infermiere non sottovaluti la comunicazione del bambino, infatti in molte occasioni il bambino tende a manifestare quello che gli adulti si aspettano, così diventa difficile comprendere il suo pensiero, i sentimenti, i timori. Non va dimenticato che il bambino spesso, è sempre in compagnia del genitore, e quindi diventa ancora più difficile per l'equipe sanitaria percepire i messaggi inviati dal bambino.⁷³

3. CONSAPEVOLEZZA DEL MALTRATTAMENTO

In alcuni testi⁷⁴ il maltrattamento all'infanzia è definito "*Il maltrattamento invisibile*", poiché impensabile. Noi possiamo percepire solo le forme che in qualche misura abbiamo già in mente. Il maltrattamento all'infanzia è un fenomeno che tende ad essere evacuato dalla mente per diverse ragioni. Essendo troppo doloroso da pensare, il fenomeno risulta troppo difficile da percepire. Se il maltrattamento non può essere neppure ragionato in via ipotetica, non può ovviamente essere riscontrato nella realtà. L'ipotesi del maltrattamento si espone ovviamente alla sua verifica oppure alla sua falsificazione. L'impossibilità invece di formulare una tesi ipotetica comporterà inevitabilmente una negazione aprioristica del maltrattamento. Per esempio fin tanto che mancava alla scienza e

⁷³ Clara Moretto. L'ASSISTENZA DI BASE IN PEDIATRIA: l'infermiere e la salute del bambino. CAROCCI FABER. Roma 2003.

⁷⁴ * C. Foti, C. Borsetto, A. Maltese. IL MALTRATTAMENTO INVISIBILE. Scuola, famiglia, istituzioni. Franco Angeli. Milano 2000.

* A. Aburrà, R. Boscaiolo, A. Gaeta, F. Gogliani, E. Licastro, R. Turino. IL BAMBINO TRADITO. Carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori. Carocci Editore. Torino 2000.

* Ernesto Caffo. IL BAMBINO A MOSAICO. L'impegno per l'infanzia, conoscenza e intervento. Guerini e associati. Milano, 1998.

alla pratica medica la categoria clinica della sindrome del bambino battuto, il maltrattamento fisico non poteva essere diagnosticato. La medicina e la pediatria hanno dovuto attendere le analisi di Kempe nel 1962 *per poter pervenire alla pensabilità dell'ipotesi dolorosa e sconcertante, in base alla quale gli stessi genitori possono diventare capaci di violentare fisicamente i loro figli, anche neonati*⁷⁵.

Negli Stati Uniti era stata persino individuata una sindrome di ipersensibilità alle contusioni su ossa ancora immature, per spiegare i gravi traumatismi fisici presentati da bambini molto piccoli, che arrivavano in pronto soccorso, senza dover ipotizzare la violenza dei genitori. Di fronte all'intensità dei sentimenti negativi e spiacevoli connessi alle situazioni di maltrattamento e di abuso, si può attivare massicciamente negli operatori psico-sociali, negli educatori, nei medici e nei giudici il ricordo a meccanismi difensivi che proteggono la mente dall'impatto con la sofferenza: meccanismi di rimozione, negazione, scissione, distacco emotivo, razionalizzazione e idealizzazione.

Ciò che porta la comunità adulta e la stessa comunità scientifica a sottrarsi alla responsabilità di percepire in modo pieno e responsabile il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia è in particolare la difficoltà a immaginare la penosa ed intollerabile situazione di impotenza delle piccole vittime, la perdita di controllo sulla violenza che si è abbattuta su di loro, la loro drastica perdita di capacità di comprensione e significazione delle ragioni del trauma subito.

Il bambino, soprattutto se molto piccolo, ha una struttura psichica ancora in formazione, non sufficientemente salda da riuscire a metabolizzare elementi così forti e contraddittori. Il maltrattamento è un trauma così intenso da non consentire al minore di tenere insieme le esperienze e le emozioni da esse suscitate: è costretto a separarle dividendo gli affetti dalla memoria, dagli accadimenti, dal contenuto.

Nel racconto di chi riferisce forme di violenza, in genere non assume tanta importanza l'aspetto di violenza fisica, comunque presente, quanto l'aspetto di disprezzo, di attacco, di svalutazione e di negazione della dignità personale. Più

⁷⁵

C. Foti, C. Borsetto, A. Maltese. IL MALTRATTAMENTO INVISIBILE. Scuola, famiglia, istituzioni. Franco Angeli. Milano 2000.

che un dolore fisico grave, viene procurato un danno al senso del Sé del bambino che il genitore dovrebbe invece sostenere e promuovere⁷⁶.

L'intervento psicologico in questi casi è molto delicato ed è reso maggiormente complesso dal fatto che, per aiutare il bambino, non si può prescindere dall'intervento su tutto il contesto. Il trauma del minore è solo il risultato, la punta dell'iceberg di una patologia che riguarda tutta la famiglia.

Nell'abuso, infatti, non è coinvolto solo l'adulto abusante e il minore abusato: tutto il contesto familiare direttamente o indirettamente agisce e subisce l'abuso e, dunque, l'intervento deve tenere conto di una patologia che coinvolge tutte le parti in causa, compreso l'operatore.

Un altro spunto di riflessione infatti, lo merita il tema della tutela emotiva degli operatori, che nell'ambito di una "formazione che dura tutta la vita" dovrebbe passare attraverso anche un percorso formativo centrandolo "sul riconoscimento, sul controllo e sull'utilizzazione delle reazioni controtransferali e dei movimenti difensivi (dell'operatore) che eventualmente le nascondono"⁷⁷

Formare operatori di diverse professionalità capaci di raccogliere ed elaborare segnali di malessere da parte di bambini e bambine significa migliorare le capacità non solo cognitive ma anche emotive, relazionali e comunicative; il problema non è, quindi, solo di conoscere il fenomeno del maltrattamento, di avere sviluppato competenze sul piano cognitivo ma anche quello di "riconoscerlo" ed attivare in sé quelle risorse che consentano di contrastare quei movimenti difensivi che il contatto con l'esperienza traumatica suscita in ognuno di noi.

Judith Lewis Herman, che così bene ha descritto le caratteristiche del controtransfert traumatico⁷⁸, ci avverte sui rischi per la salute psichica che l'impegno nel lavorare con soggetti traumatizzati implica. Le più frequenti reazioni emotive che attraversano l'operatore sono:

- l'identificazione emotiva con la vittima, con tutto il carico di dolore e sofferenza che questo comporta,

⁷⁶ Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza. LINEE GUIDA IN TEMA DI ABUSO SUI MINORI. Gardolo, Trento, 2007.

⁷⁷ Luigi Cancrini. L'oceano borderline: racconti di viaggio. R. Cortina, Milano, 2006.

⁷⁸ Judith Lewis Herman. GUARIRE DAL TRAUMA. MAGI EDITORE. Roma, 2005.

- i sentimenti di impotenza, di incompetenza e di sfiducia che talvolta lo pervadono e che dipendono dall'entrare in contatto con un mondo reale e psichico malevolo e persecutorio minando profondamente il nostro senso di continuità, di fiducia nei confronti del mondo esterno,
- l'assunzione di un ruolo salvifico, di una modalità onnipotente di organizzare il nostro intervento, uscendo dai confini del nostro ruolo, non padroneggiando più la situazione ma agendola,
- l'identificazione con l'aggressore, con la tendenza a minimizzare, negando la realtà degli eventi traumatici e della storia della vittima fino a farci sopraffare da emozioni di repulsione e disgusto soprattutto nelle situazioni di trauma sessuale,
- l'ansia associata all'inevitabilità del conflitto che segue ad una responsabile rilevazione del maltrattamento.

Inoltre, le complesse dinamiche emotive messe in atto nell'oscillazione tra la posizione della vittima e quella del persecutore possono dare all'operatore la sensazione di vivere una esperienza "sopraffacente" esattamente isomorfa a quella delle vittime che sarebbero chiamati a proteggere e curare.

Come proteggersi da questo impatto?

Sappiamo che per la sicurezza dell'equilibrio emotivo e per la protezione dei bambini di cui l'infermiere si fa carico, oltre alla chiarezza del contesto, del mandato istituzionale, degli obiettivi, delle regole e dei confini del nostro intervento, dovrebbe esserci una rete e un gruppo di lavoro stabile che dovrebbe garantire un adeguato sostegno e la possibilità di elaborare un pensiero all'interno di un confronto multidisciplinare.

Il gruppo di lavoro, dove fanno parte anche degli psicologi, può diventare uno spazio per accedere ad un pensiero creativo e resiliente; uno spazio per il benessere degli operatori può servire come antidoto alla solitudine, come possibilità di pensare e condividere e persino come spazio di cura per il sé professionale.

Spesso ci troviamo ad operare in contesti lavorativi, dove non solo non è presente un gruppo di lavoro, ma in cui non è stata attivata nessuna risorsa specifica per la protezione e la cura dei bambini vittime di maltrattamento; dove il

disagio è dovuto alla difficoltà di coordinare i tempi e le priorità dell'intervento, soprattutto quando ci troviamo a lavorare al di fuori di reti istituzionalizzate e stabilizzate; dove le metodologie di intervento non sono condivise con la nostra equipe.

In questo modo è possibile che almeno una parte del malessere che ci pervade come operatori sia attribuibile ad una disfunzione del sistema organizzativo e dei servizi a cui apparteniamo.

Un indicatore interessante da analizzare, potrebbe essere l'immagine che i servizi per la tutela e la cura dei minori hanno rimandato di sé in questi anni nel nostro Paese, anche alla luce dell'introduzione di nuove norme e quindi di un diverso modo di percepire il fenomeno del maltrattamento all'infanzia.

Forse si dovrebbe cominciare a riflettere seriamente sulla rappresentazione di se stessi come operatori, e della rappresentazione che essi hanno dei servizi di tutela, facendo un serio esame della realtà, sull'identità, sulle proprie capacità e sul proprio bagaglio culturale e tecnico, per valorizzarlo, perfezionarlo ed essere più competenti, approfondendo ed evidenziando maggiormente l'approccio culturale e tecnico che gli operatori hanno maturato in questi anni sulla protezione all'infanzia.

La condivisione del carico emotivo, lo scambio delle conoscenze, il convergere di diversi saperi professionali sono stati da sempre ritenuti condizioni necessarie per un intervento di qualità e per evitare di costruire con gli utenti rapporti sbilanciati, esponendo se stessi e le famiglie ad un rapporto di ostilità.

Il gruppo di lavoro può dunque costituire una garanzia per gli operatori per modulare gli interventi, per impiegare diversi livelli di intervento, per svolgere funzioni diversificate, attivando la possibilità di migliorare gli effetti dei propri interventi per la tutela e la cura dei bambini traumatizzati e dei loro legami disfunzionali.

Nonostante ciò sul piano della formazione questa esigenza appare più contraddittoria: solitamente a livello delle linee di indirizzo generale viene riconosciuta come necessaria, ma poi sul piano del riconoscimento formale sono poche le esperienze strutturate e stabilizzate di équipes specialistiche con personale dedicato.

In Sicilia⁷⁹, con la nascita di una *rete anti violenza* istituzionalizzata di cui fanno parte anche le Aree di Emergenza dei principali Presidi Ospedalieri cittadini, con personale specializzato e con procedure condivise, ha avuto come esito un considerevole aumento delle segnalazioni e degli interventi di valutazione e trattamento a favore delle vittime di maltrattamento, abuso e violenza domestica e assistita.

Nonostante il percorso sia stato lungo e caratterizzato da momenti anche molto critici, all'interno di queste équipes, anche grazie ad esperienze formative condivise, è diventato più facile trovare accordi sulle linee d'intervento, condividere decisioni (talvolta anche molto dolorose), verificare come il livello di motivazione e di soddisfazione degli operatori sia aumentato⁸⁰.

Queste positive esperienze di rete esistono oggi in tante realtà del Paese e meritano di essere consolidate affinché possano diventare sistemi e infrastrutture di tutela.

4. L'OSSERVAZIONE CLINICA DEL MINORE MALTRATTATO: INDICATORI PER IL RILEVAMENTO DEL MALTRATTAMENTO.

Quando un bambino giunge all'osservazione del pediatra, generalmente è accompagnato dai genitori che si mostrano preoccupati e premurosi per il suo stato di salute, per questo motivo risulta difficile sospettare una diagnosi di maltrattamento o incuria: in realtà disgiusta l'idea che qualcuno possa volontariamente far male al proprio figlio. Come disse un nostro uomo politico "...a pensar male si fa peccato ma spesso ci si azzecca..."

⁷⁹

Esistono alcune esperienze come quella della ASL6 di Palermo, che sin dal 1999 ha istituito i Gruppi Operativi Interistituzionali contro l'Abuso ed il Maltrattamento dei Minori (GOIAM) con un protocollo di intesa con il Comune di Palermo, il Provveditorato agli studi ed il Tribunale per i Minori. I GOIAM, insieme al Progetto Telefono Donna/Centro Armonia (Progetto di cura sui soggetti adulti vittime di traumi da maltrattamento ed abuso), sono entrati a far parte nel 2006 della Rete Antiviolenza della città di Palermo, nata dal progetto "Rete anti violenza tra le città Urban Italia", coordinato dal Dipartimento Pari Opportunità.

⁸⁰

Osservatorio Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Comitato di coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale (ex art. 17, legge 269/98)

Il paziente condotto in ospedale viene accettato dall'infermiere di triage che dopo aver visitato il bambino e raccolto l'anamnesi dai genitori attribuisce il codice colore ed avverte il medico di guardia, nel caso in cui siano presenti elementi caratteristici quali, ad esempio, lesioni in zone inusuali, spesso associate ad atteggiamenti anomali dei familiari (reticenza o contraddizione), inizia a sospettare un maltrattamento e inizia la procedura vera e propria. E' importante in questa fase, e in quelle successive, che l'infermiere sia a conoscenza di tutti gli elementi necessari per valutare un abuso o maltrattamento a minori. Generalmente nel reparto di pediatria giungono solo alcune delle patologie da maltrattamento; di più frequente osservazione sono la sindrome di Münchhausen per procura, medicalschopping.

MALTRATTAMENTO FISICO		
INDICATORI FISICI	INDICATORI COMPORTAMENTALI	INDICATORI FAMILIARI
Bruciate, ustioni	Bambino passivo	Genitori molto giovani
Abrasion/lacerazioni	Ritardo nello sviluppo	Abuso di alcool e droghe
Fratture diffuse	Improvvisi esplosioni di ira	Conflitti coniugali
Segni di morsi, cinghiate, frustate	Incapacità di fissare l'attenzione	Presenza di bambini nati prematuri o con handicap

GRAVE TRASCURATEZZA/PATOLOGIA DELLA CURA		
INDICATORI FISICI	INDICATORI COMPORTAMENTALI	INDICATORI FAMILIARI
Malnutrizione	Assenteismo scolastico	Madri molto giovani
Scarsa igiene personale	Uso precoce di alcool/droghe	Assenza del partner
Carenza di cure mediche	Passività e apatia	Difficoltà economiche
Abbigliamento inadeguato rispetto alla stagione.	Permanenza eccessiva a scuola.	Genitori che lasciano il neonato incustodito.

MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO	
INDICATORI RELATIVI AL MINORE	INDICATORI RELATIVI ALLA FAMIGLIA
Ritardo nello sviluppo	Mancanza di stimolazioni
Iperattività	Genitori troppo esigenti
Bambino che non gioca e non ha fantasia	Figlio non desiderato
Reazioni nevrotiche	Incapacità di valutare il bisogno del bimbo

ABUSO SESSUALE		
INDICATORI FISICI	INDICATORI COMPORTAMENTALI	INDICATORI FAMILIARI
Contusioni graffi al basso addome e cosce,	Cambiamenti delle abitudini alimentari	Denuncia di abuso da parte di un familiare
Biancheria intima strappata	Improvvisi cambi di umore	Problemi psichiatrici
Gonorrea pediatrica	Comportamenti regressivi	Alcolismo e uso di droghe
Infezione ricorrente delle vie urinarie	Esibizionismo, desiderio di appartarsi.	Convivenza forzata con parenti estranei

1) MALTRATTAMENTO FISICO

A) INDICATORI FISICI⁸¹

- Bruciate da sigarette: sono più profonde e rotonde quelle intenzionali rispetto a quelle accidentali;
- Ustioni da immersione in liquidi bollenti;
- Ustioni da corda in situazioni di segregazione;
- Ustioni a secco con oggetti incandescenti;

⁸¹ Regione Toscana. GUIDA E STRUMENTI OPERATIVI IN MATERIA DI ABBANDONO E MALTRATTAMENTO DEI MINORI. Delibera n° 313 del 25 marzo 2002. Istituti degli Innocenti. Firenze.

- Lividi di forme particolari determinati da oggetti contundenti;
- Abrasioni e lacerazioni;
- Lacerazioni su genitali esterni;
- Diffusione sproporzionata di lievi ferite cutanee che appaiono in diverse fasi di guarigione;
- Segni di frustate o cinghiate;
- Lesioni alla mucosa orale da alimentazione forzata e da colpi alla faccia, talora con frattura o avulsione di denti;
- Fratture diffuse o lussazioni: possono essere sospette sotto i due anni di età quando la mobilità del bambino è limitata;
- Convulsioni o stato saporoso;
- Denutrizione (frequente nei bambini molto piccoli);
- Emorragie per distacco del cuoio capelluto in seguito a tirate di capelli;
- Segni procurati da schiaffi e calci;
- Fratture nasali e mascellari;
- Omissione o carenze protratte di cure mediche, fino a gravi compromissioni fisiche;
- Avvelenamenti procurati allo scopo di far apparire il bambino e farlo sottoporre a dolorosi interventi sanitari;
- Chiazze di calvizie;
- ospedalizzazioni frequenti o precedenti ricoveri oscuri del bambino;
- Segni di morsi: il morso umano, a differenza di quello animale, contunde e schiaccia in profondità senza lacerare la cute;
- Traumi cranici da scuotimento violento: nei bambini di età inferiore ai due anni possono provocare emorragie retiniche ed ematomi subdurali che si manifestano con stato saporoso e convulsioni.

Gli indicatori fisici si reperiscono sia raccogliendo i rilievi e giudizi del personale sanitario e le informazioni acquisite con l'osservazione protrattasi nel tempo da osservatori privilegiati, come ad esempio gli insegnanti, sia valutando l'atteggiamento dei familiari dinanzi agli eventi e il loro modo di presentarli.

B) INDICATORI COMPORTAMENTALI:

- Reattività esagerata o chiusura del bambino, con improvvise esplosioni d'ira;
- Bambino passivo, sottomesso, lagnoso, scarsamente presente;
- Incapacità di fissare l'attenzione;
- Comportamento assillante, iperattivo con richieste irrealistiche nei confronti degli adulti;
- Attaccamento indiscriminato a tutti gli estranei e resistenza a tornare a casa, ma sottomissione immediata per timore della reazione degli adulti;
- Estrema dipendenza dal giudizio dei genitori;
- Infantilismo eccessivo ;
- Adultizzazione precoce e assunzione del ruolo di genitore o compagno del genitore prediletto;
- Ritardo nello sviluppo: del controllo sfinterico, della capacità motoria e della socializzazione,
- Difficoltà di logica e di pensiero;
- Incapacità a giocare, nessuna manifestazione di gioia, nessuna curiosità;
- Cambiamenti improvvisi di rendimento scolastico, con difficoltà di attenzione e concentrazione; carriere scolastiche negative;
- Aggressività (bambino che strappa gli oggetti degli *altri* senza trattenerli) e autolesionismo;
- Bambino che non dimostra nessuna aspettativa di essere consolato;
- Cambiamenti improvvisi dell'umore;
- Disturbi emotivi;
- Tratti nevrotici persistenti;
- Tratti psicotici;
- Incapacità di evitare i pericoli;
- Disturbi dell'alimentazione, anoressia e bulimia;
- Disturbi del sonno.

C) INDICATORI DELLA FAMIGLIA

- Genitori che hanno una bassa stima di sé e hanno bisogno di rassicurazioni sulle loro capacità personali;
- Genitori immaturi o molto giovani;
- Genitori che hanno sofferto per deprivazioni affettive o subito maltrattamenti nella loro infanzia;
- Abuso di alcool e droghe;
- Incapacità a chiedere aiuto e a confrontarsi per diffidenza;
- Atteggiamento aggressivo nei confronti degli insegnanti;
- Famiglie monogenitoriali;
- Conflitti coniugali;
- Mancanza di sostegno da parte di uno dei coniugi nell'educazione dei figli;
- Famiglie in cui sono presenti bambini nati prematuri o con handicap, per i quali la malattia ha reso difficoltosa la relazione di attaccamento da parte del genitore;
- Famiglie in cui vi siano stati o siano sospettati casi di maltrattamento;
- Genitori che fanno richieste inadeguate all'età del bambino e ricercano in lui la soddisfazione dei propri bisogni;
- Genitori con modalità relazionali aggressive e/o ambigue;
- Proiezione del proprio vissuto di bambino cattivo nel figlio;
- Percezione del bambino come fastidioso;
- Fiducia nella punizione come unico strumento educativo;
- Nonni che interferiscono esageratamente nell'educazione dei nipoti dicendo ai propri figli ciò che devono fare, squalificandoli o escludendoli;
- Resistenza a portare il bambino dal medico.

2. GRAVE TRASCURATEZZA/PATOLOGIA DELLA CURA

A). INDICATORI FISICI

- Malnutrizione ed in alcuni casi conseguente ritardo nello sviluppo;
- Persistente e scarsa igiene personale nel bambino che crea anche difficoltà nei rapporti con i compagni;
- Assenza di controlli sanitari e vaccinazioni obbligatorie
- Carenza di cure mediche, dentistiche, oculistiche;
- Bambini con scottature dovute a eccessiva esposizione al sole oppure con bronchiti e/o polmoniti per esposizione al freddo;
- Abbigliamento costantemente inadeguato rispetto alla stagione e trascurato nell'igiene;
- Chiazze di calvizie nei bambini piccoli tenuti sempre in posizione supina;
- Tessuti sottocutanei danneggiati e presenza di lesioni infette;
- Eruzioni cutanee da pannolino e mancanza di igiene.

B) INDICATORI COMPORTAMENTALI:

- Bambino che si addormenta in classe, disattenzione;
- Permanenza eccessiva a scuola;
- Stanchezza permanente e disattenzione;
- Bambino che lamenta fame ed elemosina cibo o ruba la merenda;
- Assenteismo scolastico;
- Evasione dall'obbligo;
- Uso precoce di alcool e droghe;
- Atti di vandalismo;
- Permanenza fuori casa fino a tarda ora;
- Ricerca di affetto e di attenzione da parte di estranei;
- Dichiarazione del bambino che nessuno si occupa di lui;
- Assunzione di responsabilità proprie dell'adulto;
- Bambino che appare distaccato e non ricerca contatto con familiari e conoscenti;
- Forzato isolamento nell'abitazione;

- Passività e apatia;
- Ritardo mentale nel linguaggio per mancanza di stimoli.

C) INDICATORI FAMILIARI:

- Genitori che lasciano i figli senza custodia, sia in casa che fuori, per un tempo eccessivo;
- Genitori che lasciano il figlio neonato incustodito;
- Genitori che lasciano i bambini in custodia a persone che per età e caratteristiche non sono idonee a garantire una cura adeguata (ad esempio altri minori, anziani non autosufficienti, adulti tossicodipendenti, etc.);
- Genitori che fanno uso di alcool e droghe;
- Genitori mentalmente ritardati o con malattie mentali;
- Individui impulsivi che non calcolano le conseguenze delle loro azioni;
- Madri confuse e depresse;
- Madri molto giovani;
- Scarsa percezione dei bisogni del bambino;
- Assenza del partner dalla conduzione familiare, in presenza di un genitore fragile;
- Isolamento sociale e scarso sostegno della famiglia allargata;
- Difficoltà economiche,
- Passività ed incapacità ad occuparsi del bambino;
- Mobilità residenziale, abitazione inadeguata o impropria;
- Numerose gravidanze non pianificate;
- Genitori privi di attaccamento al figlio.

3. MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO

A) INDICATORI RELATIVI AL MINORE

- Ritardo nello sviluppo (linguaggio, motricità, crescita staturale-ponderale);
- Personalità rigida e scarsa capacità di adattamento;
- Scarsa o eccessiva considerazione di sé;
- Scarsa socievolezza o vischiosità;
- Iperattività;
- Adultizzazione precoce;
- Reazioni nevrotiche: tratti isterici, ossessioni, fobie, ipocondria;
- Ansietà simbiotica nelle separazioni e ansietà in presenza di estranei;
- Abitudini improprie e stereotipate (succhiare, mordere, dondolarsi...);
- Bambino che non gioca e non ha fantasia
- Distruttività, crudeltà, comportamento di sfida
- Terrori notturni, incubi, alterazioni del sonno;
- Sadomachismo;

B) INDICATORI RELATIVI ALLA FAMIGLIA

- Incapacità del genitore a chiedere e ricevere aiuti;
- Incapacità di valutare il bisogno del bambino, di coglierlo come problema per il quale chiedere aiuto;
- Mancanza di stimolazioni;
- Figlio non desiderato da uno o entrambi i genitori;
- Situazione conflittuale nel rapporto di coppia;
- Genitori troppo esigenti;
- Difficoltà o rifiuto dei genitori a riconoscere le conseguenze delle proprie condotte e tendenza a riversare al di fuori della famiglia le responsabilità delle difficoltà del figlio.

4. ABUSO SESSUALE

A) INDICATORI DI TIPO FISICO

Generali:

- Contusioni, graffi, segni di morsi o altre lesioni ai seni, alle natiche, al basso addome o alle cosce;
- Difficoltà nella deambulazione o nella posizione seduta;
- Biancheria intima strappata, macchiata, insanguinata;
- Tracce di liquido seminale sulla pelle o sugli indumenti;
- Stati di gravidanza nelle adolescenti, in particolare quando l'identità resti imprecisa o segreta;
- Infezioni ricorrenti delle vie urinarie;
- manifestazioni di natura psicosomatica, quali ricorrenti dolori addominali o cefalee;

- Contusioni, graffi ed altre ferite, spesso molto lievi, non attribuibili a lesioni accidentali;
- Prurito, infiammazione, perdite o emorragie non motivate;
- Sensazioni dolorose alla minzione, senza patologie specifiche;
- Sintomi di infezioni trasmesse per via sessuale;
- Presenza di liquido seminale nella vagina, nell'ano o sugli organi genitali esterni;
- Insufficiente tono sfinterico;
- Ferite anali, nella bocca e alla gola;
- Gonorrea pediatrica.

B) INDICATORI DI TIPO COMPORTAMENTALE

- Improvvisi cambiamenti di umore;
- Comportamenti regressivi (es: ripresa dell'enuresi);
- Cambiamenti delle abitudini alimentari: perdita di appetito, capricci, oppure un'eccessiva attenzione all'alimentazione;

- Mancanza di fiducia nei familiari adulti o grande paura degli uomini;
- Disubbidienza, ricerca di attenzione, comportamento irrequieto o irragionevole e ridotta concentrazione;
- Gravi disturbi del sonno, con paure, con sogni carichi di emozioni o incubi, a volte con un evidente o implicito significato sessuale;
- Isolamento sociale: il bambino gioca da solo e si chiude nel suo mondo;
- Inappropriate manifestazioni d'affetto tra padri e figlie, o madri e figli, che si comportano più come amanti che come genitori e figli.
- Rifiuto di cambiarsi a ginnastica e nelle attività sportive e si spogliarsi nelle visite mediche e/o davanti ad altre persone;
- Bassa auto-stima;
- Bambino che allude all'attività sessuale con parole, giochi, disegni; oppure accenna a gravi conflitti familiari, a "segreti familiari" o a situazioni in casa imbarazzanti e/o spiacevoli, ma al contempo mostra di temere ogni intervento esterno;
- Richiesta di essere cambiato spesso da parte del bambino piccolo;
- Fughe da casa;
- Esibizionismo;
- Abuso di droghe;
- Desiderio di appartarsi;
- Paura del buio;
- Sensi di colpa e crisi di ansia;
- Improvvisi cali di rendimento, ridotte capacità di attenzione, carriere scolastiche negative;
- Bambino che si mostra eccessivamente attento alle problematiche sessuali e manifesta una conoscenza precoce del comportamento sessuale degli adulti; oppure che si trova spesso impegnate con coetanei in giochi sessuali impropri;
- Una ragazzina che assume atteggiamenti sessualmente precoci (atteggiamenti seduttivi, accarezzamenti di parti intime; abiti sexy, assunzione di posizioni provocanti);
- Insistente richiesta di conoscenza delle pratiche contraccettive;

- Affermazione spontanea del bambino di aver subito molestie sessuali o, al contrario, di non averle subite;
- Problema nell'alimentazione, anoressia, bulimia;
- Gravi disturbi del sonno;
- Tendenza al suicidio;
- Sintomi isterici,
- Depressione, melanconia, angoscia, incubi, rituali ossessivi.

C. INDICATORI FAMILIARI

- Denuncia di abuso da parte di un familiare;
- Problemi psichiatrici;
- Alcolismo e uso di droghe;
- Padri e patrigni con precedenti di abuso;
- Eccessiva intimità fisica tra genitori e figli, espressa anche sotto forma di gioco;
- Situazioni di maltrattamento e di trascuratezza nella famiglia di origine del genitore
- Convivenza forzata con parenti o estranei.




Attualmente per abuso all'infanzia si intendono in genere i maltrattamenti, le ingiurie, la negligenza, la deprivazione affettiva, le violenze sessuali contro un minore commesse da uno o entrambi i genitori o da persone che lo accudiscono.

Di fronte a lesioni, segni o sintomi indicativi di un possibile maltrattamento, il primo passo consiste nel discriminare tra tre possibilità: evento accidentale, malattia organica, maltrattamento. E' un primo passo molto complesso, non solo nella sua essenza ma anche nelle conseguenze giuridiche in generale e psicologiche del minore (sembra inutile sottolineare quali problemi possa innescare una diagnosi erronea perché affrettata).

Necessaria è dunque una doverosa acquisizione di dati costituita da un'anamnesi dettagliata e da un accurato esame obiettivo. La raccolta dei dati

anamnestici, oltre ai rituali cenni di patologie precedenti, del fatto o della causa dell'evento lesivo, permetterà al clinico di valutare alcune variabili che potranno essere di fondamentale importanza nell'inquadramento del problema.

Infine le cause del maltrattamento possono essere divise in tre categorie principali:

-  cause inerenti al bambino,
-  cause sociali,
-  cause genitoriali.

PANORAMICA DELLE CAUSE DEL MALTRATTAMENTO⁸² (Fattori di rischio: stress nell'ambito familiare)

CAUSE INERENTI AL BAMBINO	CAUSE SOCIALI	CAUSE GENITORIALI
Handicap fisici	Disoccupazione, povertà, isolamento, emarginazione sociale	Genitori soli, età inferiore ai 18 anni
Ritardo mentale, basso peso alla nascita	Disturbata relazione emotivo-affettiva madre-padre, notevole disaccordo di fondo, abnorme sottomissione materna	Maltrattamento, abuso e/o particolari carenze affettive durante l'infanzia.
Prematurità "bambino iperattivo,	relazione genitori-bambino: stress perinatale, educazione coercitiva, figli numerosi, figlio indesiderato.	Patologia neuropsichiatrica
Disturbi del sonno, pianto notturno		
Problemi di alimentazione		
Disarmonia affettivo-relazionale		Autostima ed immagine negativa e distorta del "se"
Disturbi comportamentali (bambino difficile)		Tossicodipendenza o alcolismo

⁸² Bittners e Newberger E.H., pediatric Revne, 1981.

CAPITOLO 4

PROTOCOLLO DI INTESA IN MATERIA DI ABUSO E MALTRATTAMENTI SUI MINORI

Nello svolgere questa tesi è emerso, come, la mancanza di protocolli di intervento, elaborati attraverso la ricerca e il lavoro clinico sul campo, al fine di evitare interventi inefficaci e inopportuni sia di notevole importanza.

L'operatore si trova ad intervenire sulla base delle sue conoscenze, molto più spesso sulla base della propria volontà e di ciò che sa fare e non delle obiettive necessità e opportunità cliniche del momento.

Come se ciò non bastasse, il notevole aumento, soprattutto di abuso sessuale, ha portato l'attenzione degli operatori sul problema delle false denunce. Di fronte a tale dubbio è comprensibile la preoccupazione dell'infermiere, che sa bene come una mancata diagnosi possa condannare il bambino a una vita di sofferenza, con situazioni insostenibili, ma sa anche che una diagnosi errata di abuso può portare altrettanta sofferenza al bambino, alla famiglia e al sospetto accusato.

Adesso sarebbe bello poter dire che mentre negli anni 80 gli infermieri non avevano a loro disposizione criteri di base per confermare o meno un sospetto maltrattamento, oggi a distanza di anni, nonostante ricercatori e associazioni di professionisti hanno proposto alcune linee-guida, siamo ancora lontani da un accordo comune. Va anche detto che per molti anni la ricerca ha trovato un punto di stasi poiché non era possibile esprimere dubbi sui racconti dei bambini, una storia ricca di dettagli doveva essere sicuramente vera. La Faller nel 1982 scrive: *“I bambini non hanno la conoscenza sessuale necessaria a costruire un'accusa. I clinici e i ricercatori che lavorano nel campo sono d'accordo nel ritenere che le false accuse sono molto rare”*. Qualsiasi obiezione era considerata come un tentativo di rifiutare l'esistenza del problema.

Oggi queste affermazioni vengono riesaminate, anche se si continua a pensare che il bambino raramente mente, e che se ciò avviene è perché potrebbe

riferire quello che è arrivato a credere, o che sia stato influenzato. In ogni caso la situazione va analizzata.

Due autori Dettore e Fuligni⁸³ (1999) hanno elencato alcuni punti importanti che mettono in risalto i preconcetti che possano trarre in inganno gli operatori sanitari (tabella 1) nella valutazione di sospetto abuso sessuale, dividendo gli elementi in falsi negativi e falsi positivi.

Tabella 1

Non si hanno dati certi sulla quantità di falsi positivi. E' utile considerare che:	
a)	Ritenere vero un sospetto infondato espone il bambino, la famiglia e chi falsamente accusato a conseguenze dannose.
b)	La ritrattazione da parte di chi ha rivelato l'abuso, non è di per se indice certo o probabile di dichiarazione non veritiera.
c)	Le separazioni coniugali altamente conflittuali sono indicate come una condizione di particolare rischio per l'insorgenza di dichiarazioni non veritiere, ma possono anche essere occasioni che favoriscono rivelazioni autentiche.
Conseguentemente:	
a)	I professionisti dovranno adottare rigorose procedure diagnostiche per evitare che i minori vadano incontro a un'esperienza doppiamente traumatica,
b)	Il rischio di trovarsi di fronte a falsi positivi deve essere sempre preso in considerazione da chi si occupa di queste materie,
c)	Di fronte a tale rischio sarà necessario evitare un generico atteggiamento di dubbio, ma vagliare precise alternative diagnostiche,

Per facilitare questo compito vengono fornite agli infermieri una serie di tavole che evidenziano alcuni elementi utili per valutare la presenza di maltrattamento, sintetizzando i rischi di errore più facilmente riscontrabili cui si può andare in contro. Altre invece, come ad esempio la tabella 2, dove sono riportati i fattori che possono influenzare la capacità dell'operatore di procedere correttamente,

⁸³

Fuligni C. "La perizia psicologica sui minori nei processi per pedofili". Edizione del Cerro. Firenze, 1999.

Tabella 2 Fattori che possono influenzare l'operatore

- ❖ RISONANZA EMOTIVA DEL FATTO.
- ❖ PRECEDENTI ESPERIENZE PERSONALI DI ABUSO O MALTRATTAMENTO NON ELABORATE.
- ❖ IL TIMORE DELLE CONSEGUENZE PENALI (DENUNCIA DA PARTE DEL GENITORE).
- ❖ CONDIZIONI DI STRESS LAVORATIVO FINO AL “BURN OUT”.
- ❖ MANCANZA DI FIDUCIA RISPETTO ALLA COLLABORAZIONE E SOSTEGNO DEI COLLEGHI E DEI DIRIGENTI.
- ❖ INSICUREZZA PERSONALE E PROFESSIONALE CON BASSO ED OSCILLANTE LIVELLO DI AUTOSTIMA

1.COMPETENZE E STRUMENTI SUL TERRITORIO

La violenza e il sopruso che si esprimono nel maltrattamento generano nella vittima uno stato di terrore, un'angoscia che, dai maltrattanti, può estendersi a tutti i rapporti umani, ledere i legami oggettuali primari fondanti la vita mentale, l'organizzazione del pensiero, la vita sociale e condurre ad un ritiro, più o meno marcato, da ogni forma di relazione. I ricordi del trauma non sono percepiti come una tragica memoria annodata ad un periodo del passato, ma sono rivissuti, e a volte allucinati, come un evento nuovamente in atto.

Una coerente progettualità nell'individuazione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento all'infanzia, non può che implementarsi in un'attiva e diffusa politica di “riduzione del rischio”, mirata ad impedire la cronicizzazione del disagio incrementando con interventi specifici di “empowerment” le buone competenze genitoriali in particolare nelle fasce più deboli della popolazione⁸⁴.

La prevenzione e il trattamento del maltrattamento ai minori e di altre forme di sfruttamento sessuale richiedono la messa in atto di specifiche strategie di intervento e l'acquisizione di strumenti per la rilevazione, la diagnosi e la cura

⁸⁴ CISMAI Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia Regione Abruzzo Assessorato alle Politiche Sociali *Linee Guida Maltrattamento e Abuso ai Minori -Regione Abruzzo*.

dei minori. Una concreta strategia di prevenzione e trattamento, richiede una stretta collaborazione ed una profonda integrazione, non solo tra i servizi presenti sul territorio, ma anche tra le diverse istituzioni che si occupano specificamente di promuovere il benessere di bambini e ragazzi siano esse politiche, giudiziarie, amministrative o formative.

Per garantire un efficace intervento di tutela e cura sia delle vittime che di coloro che agiscono il maltrattamento occorre che vengano attivati, a cura dei diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, alcune azioni organizzate in un articolata sequenza logica prima che temporale.

Queste azioni organizzative si distinguono in due grandi punti: prevenzione e rilevazione⁸⁵.

1) Prevenzione: il fenomeno del maltrattamento e abuso in danno dei minori impone, prima che esso si manifesti attraverso azioni, la promozione di interventi di natura sociale e sanitaria che vadano ad agire sulle condizioni di rischio quali la scarsa educazione genitoriale, la presenza di gravidanze a rischio di rifiuto del legame, la presenza di famiglie con problemi di alcolismo, di disagio mentale, di degrado socio culturale e ambientale, i nuclei monogenitoriali in condizioni di disagio, le formazioni di gruppi di minori violenti o caratterizzati da comportamenti di bullismo.

2) Rilevazione: la realtà di un fenomeno che per le sue caratteristiche si configura come sommerso, negato, non affrontabile tramite una spontanea richiesta di aiuto, 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.

⁸⁵

LINEE GUIDA. Assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. A cura del SVS Soccorso Violenza Sessuale. Milano 2006.

L'accuratezza e tempestività degli elementi raccolti in questa prima fase dell'intervento determinano in modo significativo la possibile attivazione di un precoce intervento di tutela, protezione, valutazione, presa in carico.

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. Importante a questo proposito affinare la capacità di discriminazione tra le condizioni di rischio e le condizioni 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.

L'attivazione di una funzione di ascolto dei segnali di disagio che si manifestano in modo parziale, frammentato, a volte apparentemente incoerente, nelle condotte di un bambino richiede una grande competenza nella gestione delle emozioni da parte degli operatori: 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 che questo tipo di problemi facilmente evocano.

Fondamentale inoltre in questa fase è la possibilità di osservare e promuovere le capacità protettive immediatamente disponibili nell'ambito familiare e comunitario in cui il minore vive.

I punti della rete sensibili rispetto al mondo dell'infanzia operanti sul territorio sono individuati a due livelli:

1. Un livello primario in cui i minori vengono incontrati nella "normalità" per bisogni generali legati alla loro crescita:
 - 1- nidi d'infanzia e scuola;
 - 2- associazioni religiose, culturali, del tempo libero, sport, ecc...;
 - 3- servizi sanitari di base: pediatri di base, medici di base, consultori, medicina scolastica;
 - 4- ospedali (pronto soccorso, pediatria, ginecologia).

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

- 1- servizi sociali territoriali;
- 2- neuropsichiatria infantile;
- 3- consultori familiari;
- 4- servizi educativi domiciliari;
- 5- case famiglia, comunità;
- 6- forze dell'ordine.

2. COME PROCEDERE IN CASO DI SOSPETTO ABUSO E MALTRATTAMENTO SU MINORE.

Innanzitutto è importante l'osservazione, finalizzata a rilevare eventuali lesioni fisiche che possano essere significative di abuso e maltrattamento. È anche importante osservare il comportamento del bambino e dei genitori con particolare attenzione alla relazione. Valutare con attenzione tutte le situazioni in cui il bambino per vari motivi giunge frequentemente in pronto soccorso.

In questa fase può accadere che i dati emergano in maniera confusa, in quanto madre e padre forniscono informazioni spesso contrastanti, il bambino, anche se in grado di esprimersi, non dà informazioni all'infermiere, durante l'anamnesi emerge che spesso ha fatto ricorso ad altri pronto soccorso per traumi analoghi. Secondo più autori⁸⁶ il maltrattamento può essere sospettato in fase di anamnesi e di esame obiettivo; nella tabella 3, a pratico beneficio degli operatori, vengono elencate *le dieci ragioni per sospettare il maltrattamento*.

⁸⁶ J. Bombet 1978, R.F. Brown 1978, V.J. Fontana 1978, M. Helpem 1978, M.I. Kaplan 1979, E. Rezza 1980, N. Rosenberg 1982.

Tabella 3: le dieci ragioni per sospettare il maltrattamento⁸⁷.

1.	TRATTASI DI NEONATO CHE PRESENTA QUALCHE LESIONE
2.	IL BAMBINO HA GIA RICEVUTO ANALOGHE VISITE ORTOPEDICHE
3.	VI E' STATO UN RITARDO NEL CERCARE LE CURE MEDICHE
4.	DISCREPANZA TRA RILIEVI FISICI E STORIA FORNITA DAI GENITORI
5.	PRESENTA DIVERSE LESIONI INTRAOCULARI
6.	PRESENTA ALCUNE DELLE SEGUENTI LESIONI: <ul style="list-style-type: none">○ bruciature palme, natiche, perineo, segni di morsi,○ lacerazioni ai genitali o escoriazioni
7.	DEFICIT DI ACCRESCIMENTO, SCARSA IGIENE CUTANEA, DEPERIMENTO FISICO
8.	PRESENZA DI ALCUNE DELLE SEGUENTI FATTURE: <ul style="list-style-type: none">○ fratture multiple, epifisarie del capitello femorale spirali craniche,○ clavicolari distali simmetriche, costali posteriori
9.	PRESENZA DI LESIONI ADDOMINALI
10.	SINDROMI AD EZIOLOGIA SCONOSCIUTA A CARICO DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

In caso di sospetta incuria è opportuno segnalare la situazione al Servizio Sociale di riferimento o all'Assistente Sociale dell'Ospedale. L'abbandono di minore è un reato perseguibile d'ufficio e pertanto ne va data informazione all'autorità giudiziaria. Anche una grave incuria (condizioni igienico sanitarie pessime) può rientrare nel reato di abbandono. In linea generale, quando ci si trova di fronte a un caso di maltrattamento, è opportuno non agire mai da soli, bisogna informare sempre il responsabile del presidio e chiedere la collaborazione di un collega. La presenza di due operatori rappresenta una tutela dal punto di vista giuridico e nello stesso tempo ne permette una migliore osservazione; infine,

⁸⁷ Vincenzo Mastronardi. MANUALE PER OPERATORI CRIMINOLOGI E PSICOPATOLOGI FORENSI. IV° Edizione, Dott. A. GIUFFRÈ EDITORE. Milano 2001.

se si prevede una situazione che può determinare reazioni emotive intense è importante prevedere il sostegno psicologico reciproco⁸⁸.

⁸⁸ LINEE GUIDA. Assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. A cura del SVS Soccorso Violenza Sessuale. Milano 2006.

3. PROPOSTA DI PROTOCOLLO PER MALTRATTAMENTO AI MINORI

In ambito ospedaliero, l'infermiere di triage è quello che per primo entra in contatto la vittima, valutare le condizioni del paziente e stabilire l'assegnazione del codice colore sono punti fondamentali. Per svolgere al meglio queste funzioni l'infermiere deve avere un'ottima preparazione professionale, saper controllare la propria emotività, avere una capacità comunicativa e infine avere una capacità di adattamento⁸⁹, cioè sapersi muovere all'interno di linee guida, protocolli e metodologie di lavoro.

Avere dei protocolli e delle linee guida comune a tutti permette all'infermiere di svolgere la propria attività con maggiore autonomia ma anche con tranquillità, perché più tutelato dal punto di vista medico-legale. L'infermiere di triage oltre a godere di una maggiore autonomia decisionale ha anche maggiori responsabilità rispetto ad altri colleghi.

La diagnosi certa di bambino maltrattato è sempre il risultato di una collaborazione multidisciplinare, richiede cioè l'intervento di diverse competenze. Spesso però l'iter diagnostico parte proprio durante un accesso al PS; è quindi importante imparare a riconoscere alcuni "indizi" che possono far porre il sospetto diagnostico. Molti sono i fattori che possono indurre un genitore, o chi si occupa del bambino, a maltrattarlo:

- **fattori legati all'adulto:**
 - difficoltà economiche, disoccupazione;
 - sindromi depressive;
 - gravidanze indesiderate, problemi coniugali;
 - genitore non "biologico";
 - abuso di alcool o di droghe;
 - carattere violento, precedenti penali;
 - uso di punizioni corporali come metodo educativo;
 - aver subito violenza da bambino.

⁸⁹

G.F.T. Gruppo Formazione Triage. Triage Infermieristico. McGraw Hill. Milano, 2000.

- **Fattori legati al bambino stesso:**
 - di solito età inferiore ai 4 anni;-
 - bambino iperattivo, con comportamento provocatorio;
 - bambino adottato;
 - bambino handicappato o con problemi che abbiano portato a lunghe ospedalizzazioni.

Non va dimenticato comunque che il responsabile del maltrattamento che porta il bambino al Pronto Soccorso è qualcuno che cerca aiuto non solo per il bambino, ma anche per se stesso. A volte l'accesso al Pronto Soccorso è motivato da una qualsiasi altra patologia e il sospetto di maltrattamento è assolutamente occasionale. Di conseguenza la mancanza di protocolli espone l'infermiere a dubbi e rischi.

Per questo motivo in un protocollo di triage per l'accoglienza di minori in caso di sospetto maltrattamento dovrebbe comprendere i seguenti punti:

1. Accoglienza al minore in un luogo adeguato, al riparo da sguardi indiscreti, in ambiente confortevole.
2. Anamnesi⁹⁰: vi sono alcune caratteristiche della storia clinica che l'infermiere triagista deve prendere in particolare considerazione:
 - ritardo nella ricerca di soccorso;
 - lesione incongruente rispetto alla storia;
 - riluttanza nel dare informazioni o assenza di informazioni rispetto ad un trauma o una ferita in un bambino piccolo, che per definizione va quasi costantemente sorvegliato;
 - reazione emotiva inadeguata rispetto all'entità della lesione, la cui gravità risulta in realtà amplificata dal senso di colpa;
 - storia di trauma inadeguata rispetto allo sviluppo psicomotorio del bambino.

⁹⁰ Maria Pia Santoro. L'ABUSO SESSUALE NEI MINORI E L'INFERMIERE ESPERTO DI TRIAGE. G.F.T. Gruppo Formazione Triage. Atti del 2° Convegno Internazionale IL TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO: "L'EVOLUZIONE". 7-8-9- maggio. Riccione 2009.

3. Esame obiettivo del minore: oltre alla storia clinica ed alla prima impressione sull'adulto che porta il bambino al PS, è utile saper individuare alcuni segni obiettivi suggestivi di maltrattamento, senza mai dimenticare però che in realtà possono essere il risultato di altre patologie: ciò vuol dire che il tipo di dialogo con chi porta il bambino non deve mai lasciar trapelare insinuazioni. Quando vi è un sospetto di abuso/maltrattamento da parte dell'adulto che ha accompagnato il minore, procedere nell'esame obiettivo facendo in modo che l'adulto non possa influenzare le risposte. Quando si tratta di un genitore o di un parente diretto è praticamente impossibile farlo allontanare dalla stanza, tuttavia può essere utile invitare il genitore a rimanere in silenzio e farlo accomodare in una posizione che non possa influenzare il bambino con lo sguardo diretto e con la mimica (collocazione al di fuori del campo visivo del bambino). Ovviamente la cute è l'apparato più sottoposto al maltrattamento e bisogna saper rilevare le lesioni fisiche e repertarle (tenendo conto dell'osservazione clinica trattata nel capitolo 3). Altro elemento utile, è saper riconoscere "l'epoca dei lividi" (tabella 1): nelle prime 24 ore un livido è rosso con sfumatura blu o violacea, da 2 a 5 giorni dopo varia da blu a marrone bluastrò, dopo 5-7 giorni assume colorazione verdastra, e infine giallognola prima di riacquistare il normale colorito cutaneo; molte ecchimosi, di epoca diversa ed in sedi diverse da quelle comunemente in causa nei traumi accidentali, devono far riflettere, ad esempio quelle al livello del tronco, invece che agli arti inferiori. E' importante sottolineare però che solo gli esami ematochimici (emocromo, prove di coagulazione) potranno poi escludere patologie di base con alterazioni della coagulazione, che possono essere la vera causa delle ecchimosi.

TABELLA 1. Comparazione tra evento lesivo e colore cutaneo

TEMPO del TRAUMA	STATO/COLORE
0-2 gg	Gonfio sensibile, rosso
2-5 gg	Blu, marrone bluastrò
5-7 gg	Verde
7-10 gg	Giallo

10-14 gg	Marrone
14-28 gg	Marrone Chiaro

Anche per quanto riguarda le ustioni bisogna conoscere alcuni elementi basilari ma essenziali: le ustioni possono essere l'esito di bruciature di sigarette o di oggetti roventi a contorno definito o di immersioni in acqua bollente. La diagnosi differenziale va fatta con l'impetigine (infezione cutanea) e con le bruciature accidentali, che di solito non hanno contorni perfettamente netti. Va tenuto presente che di solito le lesioni accidentali riguardano il palmo delle mani dei bambini: nel caso riguardino il dorso, bisogna almeno pensare all'ipotesi di maltrattamento.

Considerata poi la percentuale di stranieri che anche in Italia attualmente accede al PS, va almeno ricordata l'esistenza in alcuni gruppi etnici, di procedure a scopo terapeutico, quindi eseguite in assoluta buona fede, che risultano però lesive per la cute del bambino.

Altro segno importante da valutare sono le fratture: per lo più causate da traumi accidentali, possono però essere l'esito di violenze fisiche. In questo caso sarà poi importante il ruolo del radiologo, che al referto evidenzierà eventuali calli ossei, esito di precedenti fratture. La diagnosi differenziale in questo caso andrà poi comunque fatta rispetto alle cosiddette fratture patologiche, esito cioè non di traumi, ma di patologie dello stesso apparato scheletrico.

4. Colloquio con il minore vittima di abuso o maltrattamento: è importante essere accoglienti ed empatici. Con il minore devono essere evitate tutte le forme di comunicazione verbale che possano influenzarne le risposte, per questo è importante utilizzare alcuni accorgimenti:
 - Assumere un atteggiamento di ascolto,
 - Evitare le domande a risposta chiusa,
 - Evitare tutte le condizioni che possano influenzare le risposte del bambino (ad esempio si può assumere un atteggiamento non verbale che può essere interpretato dal bambino come una nostra aspettativa verso un certo tipo di risposta)

- Nel raccogliere le informazioni procedere ad “imbuto” ovvero dal generale verso il particolare⁹¹,
 - Opportuno non improvvisarsi investigatori ed affidare l’indagine ad operatori esperti.
5. Raccolta dati e loro inserimento nella scheda di triage computerizzata: in questa fase l’infermiere può controllare se la vittima ha già avuto precedenti ricoveri presso lo stesso pronto soccorso e le cause, se la vittima presenta più accessi per lo stesso motivo (fratture, riferite cadute accidentali etc), sarà più facile avvallare o meno il sospetto di un maltrattamento;
 6. Attribuzione del codice colore: varia a seconda della patologia riportata e del tipo di maltrattamento, in genere il riferito abuso sessuale è comunque un codice giallo, anche se non ci sono evidenti alterazioni dei parametri vitali.
 7. Assistenza infermieristica nei box visita;
 8. Attivazione supporto psicologico;
 9. Denuncia all’autorità giudiziaria: tutte le modalità sono riportate nel capitolo 5, paragrafo 3.

Alcuni dei punti sopra elencati sono già di conoscenza di molti infermieri ma altri, purtroppo, non sono neanche alla portata di testi o procedure utilizzate nelle aziende ospedaliere; il maltrattamento ai minori è un problema misconosciuto/sottostimato, è un problema significativo ma non quotidiano. Solo grazie a un protocollo l’infermiere potrà avere una conoscenza adeguata con una migliore gestione del fenomeno.

L’infermiere di triage, col suo ruolo di prima accoglienza del bambino e della sua famiglia, può svolgere quindi un compito fondamentale nel porre il primo sospetto diagnostico, comunicandolo esclusivamente al medico responsabile; sospetto che solo accertamenti laboratoristici e strumentali, uniti ad

⁹¹ Gloriana Rangone, Marco Chistolini, Francesco Vadilonga. LE PAROLE DIFFICILI. La formazione degli operatori in materia di maltrattamento ed abuso minorile. Franco Angeli Editore. Milano, 2004.

un lavoro di equipe (radiologi, neuropsichiatri, assistenti sociali), potrà essere in seguito confermato.

4.PROPOSTA DI PROTOCOLLO IN CASO DI MINORE VITTIMA DI ABUSO SESSUALE

Le domande che si deve porre un operatore sanitario si dividono in due grandi classi:

1. le domande sugli indicatori: come si può riconoscere un minore vittima di abuso sessuale? Quali sono i segnali fisici? Comportamentali? Verbali? Come si può distinguere un racconto veridico da una menzogna?
2. le domande sull'abusante: come fa un adulto (soprattutto se genitore) ad abusare sessualmente di un bambino? Quali forze lo spingono? Come mai il genitore non abusante spesso protegge la vittima?

Generalmente queste domande generano emozioni quali preoccupazione, impotenza, sofferenza, confusione, rabbia, incredulità, intolleranza, odio, smarrimento. Spesso l'infermiere fatica a comprendere, spera in un errore, in un racconto di fantasia da parte del bambino, e che l'abuso riguardi persone malate, lontane dall'immagine di adulti protettivi nei confronti dei minori.

Determinare se un bambino sia stato vittima di un abuso sessuale o meno è particolarmente difficile, e le conseguenze possono essere molto gravi. Infatti se non si riconosce in tempo un abuso, c'è il rischio che questo si prolunghi nel tempo, con conseguenze gravi per la vittima, al contrario una diagnosi di abuso effettuata in maniera scorretta potrà avere gravi ripercussioni sul bambino, sulla famiglia e sul sospettato.

Le ragioni che rendono una diagnosi di abuso sessuale difficoltosa sono molteplici, in molti casi l'abuso avviene in maniere nascosta, raramente ci sono testimoni, non tutti i bambini hanno sviluppato la capacità verbale nel momento dell'abuso. Così spesso possiamo ricorrere solo all'esame obiettivo, che per quanto accurato spesso non riesce a distinguere tra evento accidentale e abuso

vero e proprio. Nella tabella 2 sono riportate le principali manifestazioni cliniche associate all'abuso sessuale, spesso i segni diretti associati all'abuso sessuale sono la presenza di ecchimosi, graffi e lacerazioni su addome, schiena e fianchi, causate dalla stretta dell'abusatore sulla vittima.

TAVOLA 2. Principali manifestazioni associate all'abuso sessuale


1	Contusioni, graffi o altre ferite in area genitale o anale
2	Difficoltà nel camminare o nel sedersi
3	Infiammazione, emorragia, prurito in area anale o genitale
4	Riflesso di dilatazione anale abnorme (aumento =cronico; spasmo =acuto)
5	Abnorme apertura vaginale (con o senza perforazione imenale)
6	Presenza di liquido seminale,
7	Presenza di corpi estranei in vagina o ano
8	Presenza di malattie trasmesse sessualmente o di infezioni in area genitale
9	Biancheria intima, sporca o insanguinata
10	Gravidanza

Un protocollo di triage per l'accoglienza di minori in caso di sospetto abuso sessuale o riferita violenza sessuale è diverso da altri protocolli di triage, in quanto l'infermiere una volta constatato il sospetto di abuso o la riferita violenza sessuale deve accompagnare la vittima direttamente nella sala visita. Al contrario avrà più funzioni all'interno della sala visita in quanto, insieme al medico dovrà provvedere alla raccolta del materiale utile per confermare o meno la diagnosi di abuso/violenza sessuale.


1. Accoglienza del minore in un luogo adeguato, al riparo da sguardi indiscreti, in ambiente confortevole. allontanando, ove possibile, eventuali accompagnatori, al fine di stabilire un clima di fiducia indispensabile a rassicurare ed incoraggiare la vittima nelle sue scelte. L'infermiere di triage verificherà:


- eventuale esplicita dichiarazione di maltrattamento/violenza subita, assegnando il codice colore;
- sospetto di maltrattamento/violenza, definizione del codice colore;

2. Anamnesi: l'infermiere provvederà ad accompagnare la vittima in sala visita curando il setting, (lasciare fuori l'accompagnatore della vittima): il colloquio riservato sarà effettuato dal medico. Nel caso venisse evidenziato dal minore il maltrattamento subito, ovvero il medico ne abbia il sospetto, lo stesso provvederà richiedere la immediata consulenza del Servizio Sociale Aziendale,
3. Esame obiettivo per l'infermiere sarà utile consultare la tabella 2 (Principali manifestazioni associate all'abuso sessuale).

 4. Colloquio con il minore vittima di abuso o riferita violenza sessuale: è importante essere accoglienti ed empatici. Con il minore devono essere evitate tutte le forme di comunicazione verbale che possano influenzarne le risposte, per questo è importante utilizzare alcuni accorgimenti:

- Assumere un atteggiamento di ascolto,
- Evitare le domande a risposta chiusa,
- Evitare tutte le condizioni che possano influenzare le risposte del bambino (ad esempio si può assumere un atteggiamento non verbale che può essere interpretato dal bambino come una nostra aspettativa verso un certo tipo di risposta)
- Nel raccogliere le informazioni procedere ad “imbuto” ovvero dal generale verso il particolare⁹²,
- Opportuno non improvvisarsi investigatori ed affidare l'indagine ad operatori esperti.

 Raccolta dati e loro inserimento nella scheda di triage computerizzata: in questa fase l'infermiere può controllare se la vittima ha già avuto precedenti ricoveri presso lo stesso pronto soccorso e le cause;

 Attribuzione del codice colore: in genere la riferita violenza sessuale è comunque un codice giallo o rosso, anche se non ci sono evidenti alterazioni dei parametri vitali, per il danno psicologico riportato.

92

Gloriana Rangone, Marco Chistolini, Francesco Vadilonga. LE PAROLE DIFFICILI. La formazione degli operatori in materia di maltrattamento ed abuso minorile. Franco Angeli Editore. Milano, 2004.










- Assistenza infermieristica nei box visita; il medico procederà alla raccolta dell'anamnesi e dei materiali, compresi quelli biologici utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica ed ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici (Tabella3 esami da eseguire in caso di sospetto abuso sessuale o riferita violenza sessuale),
- Attivazione supporto psicologico;
- Denuncia all'autorità giudiziaria: tutte le modalità sono riportate nel capitolo 5, paragrafo 3.

TABELLA 3: Esami da eseguire in caso di sospetto abuso sessuale/riferita violenza fisica.⁹³

STORIA	
ESAMI DELLE VESTI	Presenza di macchie di sangue, sperma o fosfatasi acida sulle vesti o sul corpo, sperma nelle urine delle femmine.
ESAME FISICO	Difficoltà di sedere o deambulare, segni esteriori al di fuori dell'apparato genitale (suzioni, morsi, ecc.) infezioni dell'apparato urinario, coltura gonococco, pettinare il pelo pubico per la ricerca di sostanze estranee.
ESAME GINECOLOGICO	Apertura orizzontale del diametro vaginale, maggiore di quattro mm. Nelle ragazze di epoca prepuberale, assottigliamento o iperpigmentazione della pelle delle piccole labbra, sanguinamento dai genitali, o nella regione perianale, prurito
INFEZIONE GONOCOCCICA	Faringe, uretra, retto, vagina
SIFILIDE	Esame sierologico
HERPES VAGINALE	
TRICHOMONAS	
CLAMIDIA	
LINFOGRANULOMA VENEREO	
VAGINITI NON SPECIFICHE	
RICERCA ANTICORPI ANTI HIV	-Test Wester Blot - Metodica immunoenzimatica
ESAME WOOD PER LO SPERMA	Sperma e fosfatasi
ASPIRAZIONE	
FOTOGRAFIE (se INDICATE)	

⁹³ Vincenzo Mastronardi. MANUALE PER OPERATORI CRIMINOLOGI E PSICOPATOLOGI FORENSI. IV° Edizione, Dott. A. GIUFFRÈ EDITORE. Milano 2001.

Un ulteriore aiuto per il personale che si trova di fronte ad un minore vittima di abuso o riferita violenza sessuale può essere quello fornito da Adams, che nel 1995 specificò i principali obiettivi della valutazione⁹⁴:

-  Documentare la descrizione del bambino sull'accaduto;
-  Identificare lesioni che possono essere trattate e curate;
-  Raccogliere campioni (orali, vaginali e rettali) che possano avere rilevanza legale;
-  Compiere uno screening riguardo a malattie a trasmissione sessuale e, nel caso di soggetti di sesso femminile, a un'eventuale gravidanza;
-  Rassicurare la vittima in merito al proprio stato di salute;
-  Valutare lo stato mentale ed emotivo della vittima e se necessario inviarla a un professionista specializzato per il trattamento;
-  Identificare eventuali modificazioni che possono essere state provocate da precedenti lesioni;
-  Fornire una profilassi per la gravidanza o per eventuali malattie;
-  produrre una documentazione particolareggiata e prestare testimonianza in tribunale, se necessario.

N.B. In ogni U.O., nel caso in cui il personale di reparto, in virtù del proprio ruolo, venisse a conoscenza di notizie relative a violenze o abusi sessuali in danno di donne e/o minori ricoverati è tenuto a segnalare il caso al Responsabile dell'U.O., che a sua volta provvederà agli adempimenti successivi ai sensi degli obblighi di legge e della presente procedura. E' quasi superfluo ricordare che nel caso di donna incapace di intendere e di volere sussiste l'obbligo di segnalazione ai competenti organi.

⁹⁴ Davide Dettore, Carla Fuligni. L'ABUSO SESSUALE SUI MINORI. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili. Mc Graw Hill. Milano, 2008.

CAPITOLO 5

LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE E L'OBBLIGO DI REFERTO

”L’infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica ...” art 1.2 “...L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa” “art 1.3. L’infermiere: a) partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico...”⁹⁵ Art 1.2. L’assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa; art 5.1. L’infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all’interno dell’équipe; art 6.1. L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l’equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale...”⁹⁶ “L’infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, secondo proprie funzioni individuate nei profili professionali e nel Codice Deontologico, utilizzando la metodologia di pianificazione per obiettivi dell’assistenza”⁹⁷ ...”.

L’abrogazione del cosiddetto “mansionario” e l’approvazione della legge 42/99⁹⁸ hanno portato gli infermieri al riconoscimento della loro responsabilità nell’esercizio della propria professione.

⁹⁵ DM 739 del 14 settembre 1994 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”

⁹⁶ Codice deontologico, 1999

⁹⁷ Legge n° 251 del 10 agosto del 2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica

⁹⁸ 26 febbraio 1999, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

La parola responsabilità ha un duplice significato: non solo quello di attitudine a essere chiamati a rispondere a qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegno per mantenere un comportamento congruo e corretto⁹⁹. In sintesi si potrebbe affermare che la responsabilità ha due lati: uno positivo nel quale c'è la coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento dell'attività e uno negativo chiamato anche responsabilità di natura giuridica, alla quale si è chiamati a rispondere all'errore o all'omissione commesso, sotto i profili penale, civile e amministrativo.

E' proprio a questo punto, ove è indispensabile esercitare una qualche forma di mediazione, che si avverte forte il richiamo alla nostra responsabilità, al nostro essere in gioco come soggetti morali, al di là dell'apporto come professionisti competenti: qui si percepisce il richiamo alla dimensione etica che struttura ogni persona, alla creatività etica intesa come capacità dell'uomo di effettuare una scelta di fronte ad una situazione inedita di incertezza, facendo appello alla sua "coscienza".

Questo nostro essere, ed il corrispettivo percepirsi, "esposti", questa responsabilità di cui siamo portatori ha una duplice valenza: da un lato si caratterizza come un "onere", perché non possiamo sottrarci ad un impegno e all'appello che da esso proviene, anche in ragione della sua intensità, d'altra parte esso è uno stimolo, un'opportunità autentica, perché ciascuno si scopre come investito in prima persona, come soggetto, come attore, della situazione e non come puro e semplice esecutore di mansioni assegnategli impersonalmente ed indistintamente.

Con la coscienza di questi limiti noi siamo chiamati ad agire nella quotidianità, come infermieri siamo in presenza di altri due soggetti: il paziente, che ci esorta attraverso il suo appello, ed il resto dell'equipe sanitaria, a sua volta investita di responsabilità e deputata ad altri compiti: in questo contesto noi abbiamo un nostro specifico settore di intervento, nostri compiti, entro precisi limiti, con un ruolo insostituibile e con, a disposizione, strumenti tecnici ed educativi riconosciuti come nostri propri¹⁰⁰.

⁹⁹ Daniele Rodriguez, Anna Aprile. *MEDICINA LEGALE PER INFERMIERI*. Carocci Faber. Roma 2005.

¹⁰⁰ Atti del Convegno "INFERMIERE E RESPONSABILITA' NELLA QUOTIDIANITA'" Trento 2 DICEMBRE 1998. COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI di TRENTO.

Se infatti, alla luce di quanto detto, rileggiamo IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE (D.M. 14 SETTEMBRE 1994, N. 739), troviamo che al comma 2 dell'Art. 1 esso recita: *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”*. Da quest'affermazione emerge chiaramente che la componente interpersonale è un elemento costitutivo della nostra identità professionale. Proprio il momento o la situazione in cui viviamo l'incertezza, l'indecisione, sono la spia della dimensione etica che con forza emerge nel processo di cura.

1. QUANDO INFORMARE L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO FISICO

I soggetti sanitari coinvolti nelle situazioni di maltrattamento ed abuso all'infanzia sono i pediatri e i medici di base ed ospedalieri, i medici e gli infermieri del pronto soccorso, i servizi di neuropsichiatria infantile, i consultori familiari, i servizi di psichiatria, i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.). Tali soggetti dovranno svolgere la loro specifica funzione nelle differenti fasi del processo d'intervento.

Gli operatori dei servizi sanitari possono entrare in contatto con il fenomeno attraverso la constatazione di lesioni (es. pediatri e medici di base), oppure attraverso un'anamnesi sospetta. Abilità chiave dell'operatore sanitario sono il riconoscere, diagnosticare, refertare e trattare i casi di violenza intra ed extrafamiliare. Data la frequenza del fenomeno la possibile condizione di violenza, abuso o grave trascuratezza vissuta da un minore è una possibilità che deve essere attentamente esaminata in ogni valutazione pediatrica. E' necessario che i medici che rilevano una violenza o un'anamnesi sospetta, oltre che a mettersi in contatto con il Servizio sociale territoriale per confrontarsi sulla situazione, si attivino direttamente segnalando il caso all'autorità giudiziaria.

La valutazione medica e quella psicologica del minore, l'analisi delle competenze genitoriali, possono essere svolte da personale formato presente

all'interno dei servizi delle Asl (Unità Operative materno Infantili, Consultori familiari, Pronto soccorso, Pediatria, Terapia Intensiva Neonate, Neuropsichiatria Infantile, Riabilitazione, Pediatri di Comunità, Ginecologi, Salute Mentale, Ser.T.).

2. IL REFERTO E LA DENUNCIA GIUDIZIARIA.

Art. 365 c.p. *“Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata ... è punito con la multa fino a ...*

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Il referto è l'**atto obbligatorio** con il quale ogni esercente una professione sanitaria comunica all'autorità giudiziaria quei casi in cui ha prestato la propria assistenza o opera e che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. In questo modo è possibile perseguire l'autore di un reato e assumere, quindi, tutti quei provvedimenti atti a reprimere la criminalità.

Il Sanitario che lavora presso una struttura pubblica esercita la funzione di **incaricato di un pubblico servizio o di pubblico ufficiale (per le figure apicali)**. L'art. 365 c.p. fa riferimento alla professione sanitaria, senza alcuna distinzione, pertanto debbono essere ritenuti egualmente obbligati anche coloro che esercitano delle professioni sanitarie ausiliarie (infermiere professionale, ostetrica, vigilatrice d'infanzia, il veterinario, il farmacista).

Queste figure giuridiche hanno l'obbligo di segnalare mediante la denuncia al P.M. di turno o agli Ufficiali di Polizia Giudiziaria qualunque reato perseguibile d'ufficio di cui siano venuti a conoscenza nell'esercizio della loro attività. Se più persone prestano assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto.

L'obbligo scaturisce dall'esercizio della professione sanitaria e precisamente dall'aver prestato assistenza o opera nel caso concreto.

La denuncia deve essere inviata “**senza ritardo**”.

Art. 334 c.p.p. dispone in materia di referto: “*Chi ha l’obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente, al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza all’ufficiale di polizia giudiziaria più vicino*”.

Deve essere presentato **entro 48 ore** al *Pubblico Ministero* della Procura della Repubblica; all’*Ufficiale di Polizia Giudiziaria*: commissariati di polizia, presidi dei carabinieri, della guardia di finanza, della polizia penitenziaria (art. 57 c.p.p.)¹⁰¹; oppure al *Sindaco* del Comune

Presentare il referto ad una autorità diversa da quelle indicate nell’art. 57 c.p.p. equivale alla omissione del referto.

La denuncia è limitata ai casi di reati procedibili d’ufficio e la sua omissione, espone a procedimento penale il sanitario che non la effettua.

Sono procedibili d’ufficio, quindi, oggetto di denuncia obbligatoria da parte del sanitario, i seguenti reati:

- la violenza sessuale commessa su persona che non abbia compiuto i 18 anni d’età;
- la violenza sessuale commessa su persona, anche maggiorenne, incapace di intendere e di volere;
- un fatto commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell’esercizio delle proprie funzioni;
- violenza sessuale di gruppo
- un fatto connesso ad un altro delitto per il quale si deve procedere d’ufficio:
 - omicidio
 - istigazione al suicidio
 - lesioni personali nei vari gradi
 - abuso dei mezzi di correzione

¹⁰¹ **Art. 57:** (Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria) **sono ufficiali di polizia giudiziaria:** a) i dirigenti, i commissari, gli ispettori, i sovrintendenti e gli altri appartenenti alla polizia di Stato ai quali l’ordinamento dell’amministrazione della pubblica sicurezza riconosce tale qualità, b) gli ufficiali superiori o inferiori e i sottoufficiali dei carabinieri, della guardia di finanza degli agenti di custodia e del corpo forestale dello stato nonché gli altri appartenenti alle predette forze di polizia ai quali l’ordinamento delle rispettive amministrazioni riconosce tale qualità; c) il sindaco dei comuni ove non abbia sede un ufficio della polizia di Stato ovvero un comando dell’arma dei carabinieri o della guardia di finanza.

- maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli
 - abbandono di minore
 - delitti di interruzione di gravidanza
 - sequestro di persona
 - violenza privata
 - incapacità procurata
- Il medico non è punibile se ha ommesso di presentare il referto perché “costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocimento nella libertà o nell’onore qualcuno”
 - L’obbligo di referto, viceversa, sussiste, senza possibilità di esclusione, nel caso in cui la persona assistita sia soggetto passivo del reato (caso di una donna che subisce un delitto di violenza).
 - Il referto costituisce una “*giusta causa imperativa*” di rilevazione del segreto professionale.
 - Se si presta la propria *opera* su di un cadavere (riscontro diagnostico, autopsia), la deroga non sussiste e presentare il referto è quanto mai doveroso.
 - Sia il referto, sia le denunce sanitarie sia i certificati costituiscono *giuste cause imperative di rivelazione del segreto professionale*.

Il contenuto del referto scritto su prestampato o semplice foglio di carta. Deve indicare:

- Generalità dell’assistito, o ogni elemento atto ad identificarlo;
- Notizie anamnestiche relative al fatto (tempo, luogo e circostanze dell’accaduto riferite dal soggetto).
- Esame obiettivo locale rigoroso con: caratteristiche delle lesioni ed ev. alterazioni delle funzioni vitali principali (nervosa, respiratoria e cardiocircolatoria).
- Diagnosi sul mezzo;

- Prognosi di malattia (dall'entità della prognosi può scaturire il giudizio della perseguibilità d'ufficio del delitto considerato ad es. lesioni personali volontarie)
- Periodo di incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni

Quando il medico, assume la qualifica di **pubblico ufficiale** o di **incaricato di pubblico servizio** ha l'obbligo ai sensi dell'art. 361¹⁰² c.p. (omessa denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale) e dell'art. 362¹⁰³ c.p. (omessa denuncia da parte di incaricato di pubblico servizio) di denunciare tempestivamente all'Autorità Giudiziaria qualsiasi reato per il quale si debba procedere d'ufficio e di cui abbia avuto notizia nell'esercizio e a causa delle sue funzioni.

Questa norma è in contrasto con il dovere per il medico di osservare il segreto professionale, comunque, nel caso della denuncia giudiziaria, a differenza del referto, la legge non prevede alcuna esimente nel caso si esponga la persona assistita a procedimento penale. (Es: la denuncia giudiziaria va comunque presentata nel caso di lesioni personali riportate nel corso di una rissa).

“La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti”. (Art. 332¹⁰⁴ c.p.p.).

102

Art. 361 Omessa denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale: Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferire, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da lire sessantamila a un milione. La pena è della reclusione fino a un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

103

Art. 362 Omessa denuncia da parte di incaricato di pubblico servizio: L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del suo servizio, è punito con la multa fino a lire duecentomila. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa.

104

Art. 332. Omissione di doveri di ufficio in occasione di abbandono di un pubblico ufficio o di interruzione di un pubblico servizio. ¹ Il pubblico ufficiale o il dirigente un servizio pubblico o di pubblica necessità, che, in occasione di alcuno dei delitti preveduti dai due articoli precedenti, ai quali non abbia preso parte, rifiuta od omette di adoperarsi per la ripresa del servizio a cui è addetto o preposto, ovvero di compiere ciò che è necessario per la regolare continuazione del servizio, è punito con la multa fino a lire un milione.] (1) Articolo abrogato dall'art. 18 della Legge 25 giugno 1999, n. 205

L'obbligo di denuncia interessa, come sancito dall'art. 331¹⁰⁵ c.p.p., tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che, durante l'espletamento del proprio servizio, abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio, pertanto interessa "i medici, e gli esercenti le professioni sanitarie in genere, che rivestano anche temporaneamente le qualifiche di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio". Nel momento in cui più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. La denuncia deve essere fatta per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito (art. 331 c.p.p.).

Al riguardo, ci sembra opportuno mettere in evidenza la differenza tra referto e denuncia, tenendo presente che, mentre il referto ha il fine proprio di prevenire e contrastare la criminalità, la denuncia si propone un fine eminentemente preventivo e clinico-statistico. Differenti oltre che le finalità, sono anche i contenuti, in quanto la denuncia reca informazioni circa gli elementi del fatto, con indicazioni riguardanti la fonte della notizia e la data di acquisizione della stessa e i dati riguardanti la persona autrice del fatto e la persona offesa, ma non reca giammai dati di natura biologica, a differenza del referto che è estremamente dettagliato in questo senso, fornendo un giudizio diagnostico ed uno prognostico delle lesioni, nonché un'analisi approfondita sulla natura, sulla causa e sulle conseguenze delle stesse, come disposto al comma 2 dell'art. 334 c.p.p. Mentre il referto deve essere presentato entro 48 ore, la **denuncia giudiziaria** deve essere presentata senza ritardo, cioè entro lo stesso turno di servizio o immediatamente se il ritardo può comportare pericolo per l'Amministrazione della Giustizia.

Ai fini dell'obbligo giuridico, è importante notare che, ai sensi degli artt. 361¹⁰⁶ e 362¹⁰⁷ c.p., mentre per poter stilare una denuncia è necessario che il

105

Art. 331. Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità. Chi, esercitando imprese di servizi pubblici o di pubblica necessità, interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa non inferiore a euro 516. I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da tre a sette anni e con la multa non inferiore a euro 3.098. Si applica la disposizione dell'ultimo capoverso dell'articolo precedente.

106

Art. 361. Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale. Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha

pubblico ufficiale abbia avuto notizia, durante il proprio servizio, di un reato, ossia di un delitto o di una contravvenzione, effettivamente realizzatosi, ai fini del referto, invece, è sufficiente che l'esercente una professione sanitaria, talvolta, quindi, pubblico ufficiale, abbia prestato la propria assistenza od opera in casi che possano presentare le caratteristiche di delitti perseguibili d'ufficio. Abbiamo ricordato che, perché sussista l'obbligo di referto, è necessario che si tratti di delitto perseguibile d'ufficio e che, circa tale perseguibilità, è richiesta, ancor prima della certezza, la semplice possibilità. Si tratta cioè, come emerge chiaramente, di esprimere, con un giudizio tecnico, una diagnosi ed una prognosi specifiche, premesse indispensabili per poter appurare il rapporto di causalità. Proprio perché si tratta di danno alla persona, il referto va inteso, a tutti gli effetti, come prestazione medico-legale che deve, però, poter essere espletata da un qualsiasi medico, quando il caso lo richieda. Tuttavia sussistono reali difficoltà, di fronte ad un caso, specie se nell'urgenza, nel decidere se sia sufficiente un certificato o se sia necessario un referto, difficoltà insite proprio nell'aspetto medico-legale del parere prognostico, in quanto non è sempre agevole capire in prima istanza quale sia l'obiettività più importante e, quindi, da descrivere accuratamente nel referto.

Per quanto riguarda l'omissione di referto, come disciplinata dall'art. 365 c.p., è considerata reato in quanto ostacolo allo svolgimento dell'attività giudiziaria. Infatti, ricordiamo che, perché tale attività si espliciti è necessario che il delitto commesso sia noto alla competente autorità ed è proprio in questo senso che l'omissione del referto può essere considerata un reato di pericolo, in quanto, cioè, crea il pericolo della non perseguibilità di un autore di reato. Per questo motivo, è punibile non solo chi ometta di redigere il referto, ma anche chi non lo

avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

107

Art. 362. Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio: L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a euro 103. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

faccia pervenire in tempo all'autorità giudiziaria (art. 334 c.p.p.) e chi lo rediga in maniera incompleta o scorretta.

"I delitti di più frequente riscontro nell'esercizio della professione sanitaria, per i quali sussiste l'obbligo di referto, sono i delitti contro la vita e l'incolumità personale (tutti gli omicidi nelle loro varie specie, l'istigazione o l'aiuto al suicidio, la morte come conseguenza di un altro delitto, le lesioni personali gravissime, gravi e che producono una malattia di durata superiore ai venti giorni, le lesioni colpose gravi o gravissime quando siano conseguenza di violazione delle norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale). In altre parole, "le lesioni perseguibili sono quelle dolose (tranne quelle giudicate guaribili entro 20 giorni, sempre che non ricorrano circostanze aggravanti) e quelle che comportano pericolo di vita o la previsione di menomazioni permanenti o di funzione".

3.OBBLIGO DI DENUNCIA

Gli infermieri possono rivestire un ruolo chiave nell'individuare, trattare e inviare a consulto i casi di abuso e incuria e nel denunciare i casi di sospetto maltrattamento alle autorità preposte. E' fondamentale che i casi di maltrattamento sui bambini vengano individuati subito, per ridurre al minimo le conseguenze per il bambino stesso e per attivare i servizi necessari al più presto.

La denuncia di sospetto di abuso e incuria da parte degli operatori sanitari è obbligatoria per legge in diversi stati, tra cui Argentina, Finlandia, Israele, Kirgizistan, Repubblica di Corea, Ruanda, Spagna, Sri Lanka e Stati Uniti. Nonostante ciò, il numero di paesi che possiede leggi di denuncia obbligatoria per l'abuso e l'incuria sui bambini resta limitato.

Una recente indagine a livello mondiale ha osservato che, dei 58 paesi coinvolti, 33 hanno in vigore leggi che prevedono la denuncia obbligatoria e 20 leggi che prevedono la segnalazione volontaria.

La motivazione alla base dell'introduzione di leggi di denuncia obbligatoria consisteva nel ritenere che una precoce individuazione dell'abuso avrebbe impedito il verificarsi di gravi lesioni, migliorato la sicurezza delle vittime sollevandole dalla necessità di denunciare il fatto e avrebbe favorito il coordinamento tra la risposta giudiziaria, quella sanitaria e quella dei servizi.

Le leggi obbligatorie sono potenzialmente utili per la raccolta dei dati, ma non si conosce la loro efficacia per la prevenzione dei casi di abuso e incuria. I critici nei confronti di questo approccio hanno sollevato diverse obiezioni, come ad esempio quella relativa alla capacità degli enti preposti, dotati di finanziamenti limitati, di offrire effettivo aiuto ai bambini e alle loro famiglie, e se non si rischi piuttosto di provocare più danni alimentando false speranze.

A livello mondiale esistono diversi sistemi di denuncia su base volontaria, in paesi quali Barbados, Camerun, Croazia, Giappone, Romania e nella Repubblica di Tanzania. Nei Paesi Bassi, i casi sospetti di abuso sull'infanzia possono essere denunciati volontariamente a uno dei due diversi enti pubblici – il Child Care and Protection Board e il Confidential Doctor's Office. Questi due organismi hanno il compito di proteggere i bambini dall'abuso e dall'incuria e tutti e due agiscono per investigare le denunce di sospetto maltrattamento. Nessuno fornisce servizi diretti al bambino o alla famiglia, ma piuttosto li invia agli organismi in grado di fornire i servizi appropriati¹⁰⁸.

In Italia la legge non prevede per i cittadini l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria circa la commissione di un reato.

E' importante ricordare che l'obbligo di riferire alle Autorità sussiste anche solo sulla base di un sospetto (il codice parla di casi che "possono" presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio) in quanto sta solo alla funzione giudiziaria stabilire la veridicità del fatto e la natura dolosa o accidentale del caso.

La legge quindi punisce l'omissione di referto o denuncia, a meno che sia costretto dalla necessità di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà e nell'onore (art. 384¹⁰⁹ c.p.); oppure

¹⁰⁸ Organizzazione Mondiale della Sanità. VIOLENZA E SALUTE NEL MONDO. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute. CIS editore. Milano, 2002.

¹⁰⁹ **Art. 384. Casi di non punibilità.** Nei casi previsti dagli articoli 361, 362, 363, 364, 365, 366, 369, 371-bis, 371-ter, 372, 373, 374 e 378, non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore. Nei casi previsti dagli

quando attraverso il referto, si esporrebbe il paziente a procedimento penale (art.365¹¹⁰ c.p.). In questo caso però, occorre precisare che il paziente di cui si deve tutelare la salute ed ignorare la eventuale criminalità, è esclusivamente il minore (vittima) e non il potenziale autore di reato che lo accompagna. Il genitore in questi casi non può nemmeno rivendicare il diritto al segreto professionale (art.622¹¹¹ c.p.) dato che si pone un grave conflitto di interessi fra il vero titolare (il paziente minore) e chi lo vorrebbe o dovrebbe rappresentare (il genitore).

4. LA TUTELA DEGLI OPERATORI

Sotto l'aspetto della tutela degli operatori che molto ha a che fare con la qualità della protezione del minore e fermo restando che la formazione, l'aggiornamento e la supervisione sono gli strumenti elettivi di detta tutela, è opportuno ricordare come evidenziato da costante giurisprudenza che le denunce per calunnia e diffamazione non hanno fondamento nell'ambito della collaborazione istituzionale tra operatore e giudice, (mancando propalabilità e animus nocendi) né quelle per falso ideologico in atto pubblico essendo pienamente leciti gli apprezzamenti e valutazioni, che rappresentano il contenuto proprio delle relazioni psico-sociali, su fatti e comportamenti che si ha motivo di ritenere veritieri.

Abrogato ormai l'art. 341 c.p. (oltraggio a pubblico ufficiale), rimangono pienamente operanti (e procedibili d'ufficio soggetti ad obbligo di denuncia ex art.

articoli 371-bis, 371-ter, 372 e 373, la punibilità è esclusa se il fatto è commesso da chi per legge non avrebbe dovuto essere richiesto di fornire informazioni ai fini delle indagini o assunto come testimone, perito, consulente tecnico o interprete ovvero non avrebbe potuto essere obbligato a deporre o comunque a rispondere o avrebbe dovuto essere avvertito della facoltà di astenersi dal rendere informazioni, testimonianza, perizia, consulenza o interpretazione.

¹¹⁰

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

¹¹¹

Art. 622. Rivelazione di segreto professionale. Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516.

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

331¹¹²c.p.p.) gli artt. 336¹¹³c.p. (violenza e minaccia a pubblico ufficiale) e 337¹¹⁴c.p. (resistenza a pubblico ufficiale). Nei casi di cui sopra, ove l'operatore riveste il ruolo di soggetto passivo, il servizio deve costituirsi parte civile per essere risarcito nella lesione delle proprie prerogative istituzionali, in quanto leso nel suo diritto-dovere di svolgere i propri compiti di istituto senza illecite interferenze. Con ciò sarà tra l'altro possibile garantire indirettamente anche la difesa legale dell'operatore - parte lesa.

In linea con gli orientamenti nazionali espressi tra l'altro nel primo documento (1998) della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori nonché nel Piano nazionale per l'infanzia si individuano quali strategie di prevenzione e contrasto: il coordinamento, il monitoraggio, la formazione ed informazione.

¹¹²

Art. 331. Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità. Chi, esercitando imprese di servizi pubblici o di pubblica necessità, interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa non inferiore a euro 516. I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da tre a sette anni e con la multa non inferiore a euro 3.098. Si applica la disposizione dell'ultimo capoverso dell'articolo precedente

¹¹³

Art. 336. Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale. Chiunque usa violenza o minaccia a un pubblico ufficiale o ad un incaricato di un pubblico servizio, per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri, o ad omettere un atto dell'ufficio o del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. La pena è della reclusione fino a tre anni, se il fatto è commesso per costringere alcuna delle persone anzidette a compiere un atto del proprio ufficio o servizio, o per influire, comunque, su di essa.

¹¹⁴

Art. 337. Resistenza a un pubblico ufficiale. Chiunque usa violenza o minaccia per opporsi a un pubblico ufficiale, o ad un incaricato di un pubblico servizio, mentre compie un atto d'ufficio o di servizio, o a coloro che, richiesti, gli prestano assistenza, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni

ALLEGATI

ALLEGATO - A

DICHIARAZIONE DI ALICE MILLER

“A mio giudizio non bisogna mai punire i bambini per punire gli sbagli che essi commettono a cagione di debolezza. L'unico vizio che merita le busse è la testardaggine. E' dunque ingiusto picchiarli affinché apprendano meglio; è ingiusto picchiarli perché sono caduti; è ingiusto picchiarli perché inavvertitamente hanno fatto dei danni; è ingiusto picchiarli perché piangono; ma è giusto e ragionevole batterli per ognuno di questi misfatti, oltre che per altre inezie, se essi l'hanno fatto per cattiveria. Se il vostro figliuolo non vuole studiare, perché invece voi lo volete, se piange con l'intento di tenervi il broncio, se fa danni per ingiuriarvi, in breve, se s'incaponisce: allora picchiatelo pure di santa ragione e lasciatelo urlare: no, no, papà, no! Giacché una simile disobbedienza equivale a una dichiarazione di guerra contro la vostra persona. Se vostro figlio vuole togliervi la sovranità, voi siete autorizzati a scacciare la violenza con la violenza per rafforzare la considerazione di cui godete presso di lui, senza la quale non sarà possibile educarlo in alcun modo. Le busse non devono essere un semplice trastullo, ma mirare a convincerlo che il padrone siete voi. Perciò voi non dovete assolutamente smettere prima che egli abbia fatto ciò di cui prima, per cattiveria, si rifiutava. Se invece non se ne dà cura, voi avete ingaggiato con lui una battaglia in cui la sua malvagità ha trionfato, prefiggendosi seriamente anche in futuro di non dar retta alle percosse solo per non restar soggetto alla potestà dei genitori; se invece già dalla prima volta si è riconosciuto vinto e ha dovuto umiliarsi dinanzi a voi, perderà il coraggio di ribellarsi un'altra volta. Comunque dovete badare a non lasciarvi sopraffare dall'ira durante il castigo. Giacché il fanciullo diverrà sufficientemente perspicace da scorgere la vostra debolezza, e considererà il castigo come un effetto dell'ira non quale esercizio di giustizia, come invece sarebbe opportuno. Se dunque non riuscite a dominarvi in questi frangenti, lasciate piuttosto a un altro il compito di attuare il castigo, raccomandandogli però caldamente di non interrompere prima che il fanciullo abbia esaudito il volere paterno e venga a chiedervi perdono. Il perdono, come osserva assai giustamente Locke, non dovete negarglielo del tutto ma renderglielo un po' brusco e non dimostraragli pienamente il vostro affetto prima che egli abbia emendato nella più totale obbedienza la sua precedente malefatta e dimostrato di essere

deciso a rimanere fedele suddito dei propri genitori. Se si educano i fanciulli fin dalla più tenera età con opportuna avvedutezza, si dovrà sicuramente ricorrere molto di rado a siffatti metodi violenti di correzione; sarà invece assai difficile mutare le cose qualora si prendano sotto la propria tutela fanciulli che sono già stati abituati ad avere una volontà propria. Talvolta ci si potranno risparmiare le percosse, in special modo se essi sono ambizioni, anche per gravi mancanze, se per esempio li si fa camminare a piedi nudi, se li si costringe, affamati, a servire a tavola, oppure se li si colpisce in qualche altro punto debole”

(ALICE MILLER 1982)

ALLEGATO- B

CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA 1989

PREAMBOLO

Gli Stati parti alla presente Convenzione

Considerando che, in conformità con i principi proclamati nella Carta delle Nazioni Unite, il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana nonché l'uguaglianza e il carattere inalienabile dei loro diritti sono le fondamenta della libertà, della giustizia e della pace nel mondo.

Tenendo presente che i popoli delle Nazioni Unite hanno ribadito nella Carta la loro fede nei diritti fondamentali dell'uomo e nella dignità e nel valore della persona umana e hanno risolto di favorire il progresso sociale e di instaurare migliori condizioni di vita in una maggiore libertà,

Riconoscendo che le Nazioni Unite nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e nei Patti internazionali relativi ai Diritti dell'Uomo hanno proclamato e hanno convenuto che ciascuno può avvalersi di tutti i diritti e di tutte le libertà che vi sono enunciate, senza distinzione di sorta in particolare di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di ogni altra opinione, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di ogni altra circostanza,

Rammentando che nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo le Nazioni Unite hanno proclamato che l'infanzia ha diritto a un aiuto e a un'assistenza particolari,

Convinti che la famiglia, unità fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri e in particolare dei fanciulli, deve ricevere la protezione e l'assistenza di cui necessita per poter svolgere integralmente il suo ruolo nella collettività,

Riconoscendo che il fanciullo ai fini dello sviluppo armonioso e completo della sua personalità deve crescere in un ambiente familiare in un clima di felicità, di amore e di comprensione,

In considerazione del fatto che occorre preparare pienamente il fanciullo ad avere una sua vita individuale nella società, ed educarlo nello spirito degli ideali proclamati nella Carta delle Nazioni Unite, in particolare in uno spirito di pace, di dignità, di tolleranza, di libertà, di uguaglianza e di solidarietà,

Tenendo presente che la necessità di concedere una protezione speciale al fanciullo è stata enunciata nella Dichiarazione di Ginevra del 1924 sui diritti del fanciullo e nella Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo adottata dall'Assemblea Generale il 20 novembre 1959 e riconosciuta nella

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, nel Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici | in particolare negli artt. 23 e 24 | nel Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali | in particolare all'art. 10 | e negli Statuti e strumenti pertinenti delle Istituzioni specializzate e delle Organizzazioni internazionali che si preoccupano del benessere del fanciullo,

Tenendo presente che, come indicato nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo il fanciullo, a causa della sua mancanza di maturità fisica e intellettuale, necessita di una protezione e di cure particolari, ivi compresa una protezione legale appropriata, sia prima che dopo la nascita,

Rammentando le disposizioni della Dichiarazione sui principi sociali e giuridici applicabili alla protezione e al benessere dei fanciulli, considerati soprattutto sotto il profilo della prassi in materia di adozione e di collocamento familiare a livello nazionale e internazionale; dell'insieme delle regole minime delle Nazioni Unite relative all'amministrazione della giustizia minorile (Regole di Pechino) e della Dichiarazione sulla protezione delle donne e dei fanciulli in periodi di emergenza e di conflitto armato,

Riconoscendo che vi sono in tutti i paesi del mondo fanciulli che vivono in condizioni particolarmente difficili e che è necessario prestare loro una particolare attenzione,

Tenendo debitamente conto dell'importanza delle tradizioni e dei valori culturali di ciascun popolo per la protezione e lo sviluppo armonioso del fanciullo,

Riconoscendo l'importanza della cooperazione internazionale per il miglioramento delle condizioni di vita dei fanciulli in tutti i paesi, in particolare nei paesi in via di sviluppo, Hanno convenuto quanto segue:

PRIMA PARTE

Articolo 1

Ai sensi della presente Convenzione si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni, salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile.

Articolo 2

1. Gli Stati parti si impegnano a rispettare i diritti enunciati nella presente Convenzione e a garantirli a ogni fanciullo che dipende dalla loro giurisdizione, senza distinzione di sorta e a prescindere da ogni considerazione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o altra del fanciullo o dei suoi genitori o rappresentanti legali, dalla loro origine nazionale, etnica o sociale, dalla loro situazione finanziaria, dalla loro incapacità, dalla loro nascita o da ogni altra circostanza.

2. Gli Stati parti adottano tutti i provvedimenti appropriati affinché il fanciullo sia effettivamente tutelato contro ogni forma di discriminazione o di sanzione motivate dalla condizione sociale, dalle attività, opinioni professate o convinzioni dei suoi genitori, dei suoi rappresentanti legali o dei suoi familiari.

Articolo 3

1. In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

2. Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.

3. Gli Stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi e istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle autorità competenti in particolare nell'ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché l'esistenza di un adeguato controllo.

Articolo 4

Gli Stati parti si impegnano ad adottare tutti i provvedimenti legislativi, amministrativi e altri, necessari per attuare i diritti riconosciuti dalla presente Convenzione. Trattandosi di diritti economici, sociali e culturali essi adottano tali provvedimenti entro i limiti delle risorse di cui dispongono e, se del caso, nell'ambito della cooperazione internazionale.

Articolo 5

Gli Stati parti rispettano la responsabilità, il diritto e il dovere dei genitori o, se del caso, dei membri della famiglia allargata o della collettività, come previsto dagli usi locali, dei tutori o altre persone legalmente responsabili del fanciullo, di dare a quest'ultimo, in maniera corrispondente allo sviluppo delle sue capacità, l'orientamento e i consigli adeguati all'esercizio dei diritti che gli sono riconosciuti dalla presente Convenzione.

Articolo 6

1. Gli Stati parti riconoscono che ogni fanciullo ha un diritto inerente alla vita.

2. Gli Stati parti assicurano in tutta la misura del possibile la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo.

Articolo 7

1. Il fanciullo è registrato immediatamente al momento della sua nascita e da allora ha diritto a un nome, ad acquisire una cittadinanza e, nella misura del possibile, a conoscere i suoi genitori e a essere allevato da essi.

2. Gli Stati parti vigilano affinché questi diritti siano attuati in conformità con la loro legislazione nazionale e con gli obblighi che sono imposti loro dagli strumenti internazionali applicabili in materia, in particolare nei casi in cui, se ciò non fosse fatto, il fanciullo verrebbe a trovarsi apolide.

Articolo 8

1. Gli Stati parti si impegnano a rispettare il diritto del fanciullo a preservare la propria identità, ivi compresa la sua nazionalità, il suo nome e le sue relazioni familiari, così come riconosciute dalla legge, senza ingerenze illegali.

2. Se un fanciullo è illegalmente privato degli elementi costitutivi della sua identità o di alcuni di essi, gli Stati parti devono concedergli adeguata assistenza e protezione affinché la sua identità sia ristabilita il più rapidamente possibile.

Articolo 9

1. Gli Stati parti vigilano affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interesse preminente del fanciullo. Una decisione in questo senso può essere necessaria in taluni casi particolari, ad esempio quando i genitori maltrattano o trascurano il fanciullo, oppure se vivano separati e una decisione debba essere presa riguardo al luogo di residenza del fanciullo.

2. In tutti i casi previsti al paragrafo 1 del presente articolo, tutte le parti interessate devono avere la possibilità di partecipare alle deliberazioni e di far conoscere le loro opinioni.

3. Gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo separato da entrambi i genitori o da uno di essi di intrattenere regolarmente rapporti personali e contatti diretti con entrambi i genitori, a meno che ciò non sia contrario all'interesse preminente del fanciullo.

4. Se la separazione è il risultato di provvedimenti adottati da uno Stato parte, come la detenzione, l'imprigionamento, l'esilio, l'espulsione o la morte (compresa la morte, quale che ne sia la causa, sopravvenuta durante la detenzione) di entrambi i genitori o di uno di essi, o del fanciullo, lo Stato parte fornisce dietro richiesta ai genitori, al fanciullo oppure, se del caso, a un altro membro della famiglia, le informazioni essenziali concernenti il luogo dove si trovano il familiare o i familiari, a meno che la divulgazione di tali informazioni possa mettere a repentaglio il benessere del fanciullo. Gli Stati parti vigilano inoltre affinché la presentazione di tale domanda non comporti di per sé conseguenze pregiudizievoli per la persona o per le persone interessate.

Articolo 10

1. In conformità con l'obbligo che incombe agli Stati parti in virtù del paragrafo 1 dell'art. 9, ogni domanda presentata da un fanciullo o dai suoi genitori in vista di entrare in uno Stato parte o di lasciarlo ai fini di un ricongiungimento familiare sarà considerata con uno spirito positivo, con umanità e diligenza. Gli Stati parti vigilano inoltre affinché la presentazione di tale domanda non comporti conseguenze pregiudizievoli per gli autori della domanda e per i loro familiari.

2. Un fanciullo i cui genitori risiedono in Stati diversi ha diritto a intrattenere rapporti personali e contatti diretti regolari con entrambi i suoi genitori, salve circostanze eccezionali.

A tal fine, e in conformità con l'obbligo incombente agli Stati parti, in virtù del paragrafo 1 dell'art.9, gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo e dei suoi genitori di abbandonare ogni paese, compreso il loro e di fare ritorno nel proprio paese. Il diritto di abbandonare ogni paese può

essere regolamentato solo dalle limitazioni stabilite dalla legislazione, necessarie ai fini della protezione della sicurezza interna, dell'ordine pubblico, della salute o della moralità pubbliche, o dei diritti e delle libertà altrui, compatibili con gli altri diritti riconosciuti nella presente Convenzione.

Articolo 11

1. Gli Stati parti adottano provvedimenti per impedire gli spostamenti e i non-ritorni illeciti di fanciulli all'estero.

2. A tal fine, gli Stati parti favoriscono la conclusione di accordi bilaterali o multilaterali oppure l'adesione ad accordi esistenti.

Articolo 12

1. Gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità.

2. A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale.

Articolo 13

1. Il fanciullo ha diritto alla libertà di espressione. Questo diritto comprende la libertà di ricercare, di ricevere e di divulgare informazioni e idee di ogni specie, indipendentemente dalle frontiere, sotto forma orale, scritta, stampata o artistica, o con ogni altro mezzo a scelta del fanciullo.

2. L'esercizio di questo diritto può essere regolamentato unicamente dalle limitazioni stabilite dalla legge e che sono necessarie:

- a) al rispetto dei diritti o della reputazione altrui; oppure
- b) alla salvaguardia della sicurezza nazionale, dell'ordine pubblico, della salute o della moralità pubbliche.

Articolo 14

1. Gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.

2. Gli Stati parti rispettano il diritto e il dovere dei genitori oppure, se del caso, dei tutori legali, di guidare il fanciullo nell'esercizio del summenzionato diritto in maniera che corrisponda allo sviluppo delle sue capacità.

3. La libertà di manifestare la propria religione o convinzioni può essere soggetta unicamente alle limitazioni prescritte dalla legge, necessarie ai fini del mantenimento della sicurezza pubblica, dell'ordine pubblico, della sanità e della moralità pubbliche, oppure delle libertà e diritti fondamentali dell'uomo.

Articolo 15

1. Gli Stati parti riconoscono i diritti del fanciullo alla libertà di associazione e alla libertà di riunirsi pacificamente.

2. L'esercizio di tali diritti può essere oggetto unicamente delle limitazioni stabilite dalla legge, necessarie in una società democratica nell'interesse della sicurezza nazionale, della sicurezza o dell'ordine pubblico, oppure per tutelare la sanità o la moralità pubbliche, o i diritti e le libertà altrui.

Articolo 16

1. Nessun fanciullo sarà oggetto di interferenze arbitrarie o illegali nella sua vita privata, nella sua famiglia, nel suo domicilio o nella sua corrispondenza, e neppure di affronti illegali al suo onore e alla sua reputazione.

2. Il fanciullo ha diritto alla protezione della legge contro tali interferenze o tali affronti.

Articolo 17

Gli Stati parti riconoscono l'importanza della funzione esercitata dai mass media e vigilano affinché il fanciullo possa accedere a una informazione e a materiali provenienti da fonti nazionali e internazionali varie, soprattutto se finalizzati a promuovere il suo benessere sociale, spirituale e morale nonché la sua salute fisica e mentale. A tal fine, gli Stati parti:

- a) incoraggiano i mass media a divulgare informazioni e materiali che hanno una utilità sociale e culturale per il fanciullo e corrispondono allo spirito dell'art. 29;
- b) incoraggiano la cooperazione internazionale in vista di produrre, di scambiare e di divulgare informazioni e materiali di questo tipo provenienti da varie fonti culturali, nazionali e internazionali;
- c) incoraggiano la produzione e la diffusione di libri per l'infanzia;
- d) incoraggiano i mass media a tenere conto in particolar modo delle esigenze linguistiche dei fanciulli autoctoni o appartenenti a un gruppo minoritario;
- e) favoriscono l'elaborazione di principi direttivi appropriati destinati a proteggere il fanciullo dalle informazioni e dai materiali che nuocciono al suo benessere in considerazione delle disposizioni degli artt. 13 e 18.

Articolo 18

1. Gli Stati parti faranno del loro meglio per garantire il riconoscimento del principio, secondo il quale entrambi i genitori hanno una responsabilità comune per quanto riguarda l'educazione del fanciullo e il provvedere al suo sviluppo. La responsabilità di allevare il fanciullo e di provvedere al suo sviluppo incombe innanzitutto ai genitori oppure, se del caso, ai suoi tutori legali i quali devono essere guidati principalmente dall'interesse preminente del fanciullo.

2. Al fine di garantire e di promuovere i diritti enunciati nella presente Convenzione, gli Stati parti accordano gli aiuti appropriati ai genitori e ai tutori legali nell'esercizio della responsabilità che incombe loro di allevare il fanciullo e provvedono alla creazione di istituzioni, istituti e servizi incaricati di vigilare sul benessere del fanciullo.

3. Gli Stati parti adottano ogni appropriato provvedimento per garantire ai fanciulli i cui genitori lavorano il diritto di beneficiare dei servizi e degli istituti di assistenza all'infanzia, per i quali essi abbiano i requisiti necessari.

Articolo 19

1. Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi, i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento.

2. Le suddette misure di protezione comporteranno, in caso di necessità, procedure efficaci per la creazione di programmi sociali finalizzati a fornire l'appoggio necessario al fanciullo e a coloro ai quali egli è affidato, nonché per altre forme di prevenzione, e ai fini dell'individuazione, del rapporto, dell'arbitrato, dell'inchiesta, della trattazione e dei seguiti da dare ai casi di maltrattamento del fanciullo di cui sopra; esse dovranno altresì includere, se necessario, procedure di intervento giudiziario.

Articolo 20

1. Ogni fanciullo il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto a una protezione e ad aiuti speciali dello Stato.

2. Gli Stati parti prevedono per questo fanciullo una protezione sostitutiva, in conformità con la loro legislazione nazionale.

3. Tale protezione sostitutiva può in particolare concretizzarsi per mezzo dell'affidamento familiare, della kafalah di diritto islamico, dell'adozione o, in caso di necessità, del collocamento in adeguati istituti per l'infanzia. Nell'effettuare una selezione tra queste soluzioni si terrà debitamente conto della necessità di una certa continuità nell'educazione del fanciullo, nonché della sua origine etnica, religiosa, culturale e linguistica.

Articolo 21

Gli Stati parti che ammettono e/o autorizzano l'adozione si accertano che l'interesse superiore del fanciullo sia la considerazione fondamentale in materia e:

- a) vigilano affinché l'adozione di un fanciullo sia autorizzata solo dalle autorità competenti le quali verificano, in conformità con la legge e con le procedure applicabili e in base a tutte le informazioni affidabili relative al caso in esame, che l'adozione può essere effettuata in considerazione della situazione del bambino in rapporto al padre e alla madre, genitori e tutori legali e che, ove fosse necessario, le persone interessate hanno dato il loro consenso all'adozione in cognizione di causa, dopo aver acquisito i pareri necessari;
- b) riconoscono che l'adozione all'estero può essere presa in considerazione come un altro mezzo per garantire le cure necessarie al fanciullo, qualora quest'ultimo non possa essere

affidato a una famiglia affidataria o adottiva oppure essere allevato in maniera adeguata nel paese d'origine;

c) vigilano, in caso di adozione all'estero, affinché il fanciullo abbia il beneficio di garanzie e di norme equivalenti a quelle esistenti per le adozioni nazionali;

d) adottano ogni adeguata misura per vigilare affinché, in caso di adozione all'estero, il collocamento del fanciullo non diventi fonte di profitto materiale indebito per le persone che ne sono responsabili;

e) perseguono le finalità del presente articolo stipulando accordi o intese bilaterali o multilaterali a seconda dei casi, e si sforzano in questo contesto di vigilare affinché le sistemazioni di fanciulli all'estero siano effettuate dalle autorità o dagli organi competenti.

Articolo 22

1. Gli Stati parti adottano misure adeguate affinché il fanciullo il quale cerca di ottenere lo statuto di rifugiato, oppure è considerato come rifugiato ai sensi delle regole e delle procedure del diritto internazionale o nazionale applicabile, solo o accompagnato dal padre o dalla madre o da ogni altra persona, possa beneficiare della protezione e della assistenza umanitaria necessarie per consentirgli di usufruire dei diritti che gli sono riconosciuti della presente Convenzione e dagli altri strumenti internazionali relativi ai diritti dell'uomo o di natura umanitaria di cui detti Stati sono parti.

2. A tal fine, gli Stati parti collaborano, nelle forme giudicate necessarie, a tutti gli sforzi compiuti dall'Organizzazione delle Nazioni Unite e dalle altre organizzazioni intergovernative o non governative competenti che collaborano con l'Organizzazione delle Nazioni Unite, per proteggere e aiutare i fanciulli che si trovano in tale situazione e per ricercare i genitori o altri familiari di ogni fanciullo rifugiato al fine di ottenere le informazioni necessarie per ricongiungerlo alla sua famiglia. Se il padre, la madre o ogni altro familiare sono irreperibili, al fanciullo sarà concessa, secondo i principi enunciati nella presente Convenzione, la stessa protezione di quella di ogni altro fanciullo definitivamente oppure temporaneamente privato del suo ambiente familiare per qualunque motivo.

Articolo 23

1. Gli Stati parti riconoscono che i fanciulli mentalmente o fisicamente handicappati devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità.

2. Gli Stati parti riconoscono il diritto dei fanciulli handicappati di beneficiare di cure speciali e incoraggiano e garantiscono, in considerazione delle risorse disponibili, la concessione, dietro richiesta, ai fanciulli handicappati in possesso dei requisiti richiesti, e a coloro i quali ne hanno la custodia, di un aiuto adeguato alle condizioni del fanciullo e alla situazione dei suoi genitori o di coloro ai quali egli è affidato.

3. In considerazione delle particolari esigenze dei minori handicappati, l'aiuto fornito in conformità con il paragrafo 2 del presente articolo è gratuito ogni qualvolta ciò sia possibile,

tenendo conto delle risorse finanziarie dei loro genitori o di coloro ai quali il minore è affidato. Tale aiuto è concepito in modo tale che i minori handicappati abbiano effettivamente accesso all'educazione, alla formazione, alle cure sanitarie, alla riabilitazione, alla preparazione al lavoro e alle attività ricreative e possano beneficiare di questi servizi in maniera atta a concretizzare la più completa integrazione sociale e il loro sviluppo personale, anche nell'ambito culturale e spirituale.

4. In uno spirito di cooperazione internazionale, gli Stati parti favoriscono lo scambio di informazioni pertinenti nel settore delle cure sanitarie preventive e del trattamento medico, psicologico e funzionale dei minori handicappati, anche mediante la divulgazione di informazioni concernenti i metodi di riabilitazione e i servizi di formazione professionale, nonché l'accesso a tali dati, in vista di consentire agli Stati parti di migliorare le proprie capacità e competenze e di allargare la loro esperienza in tali settori. A tal riguardo, si terrà conto in particolare delle necessità dei paesi in via di sviluppo.

Articolo 24

1. Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.

2. Gli Stati parti si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto e in particolare adottano ogni adeguato provvedimento per:

- a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli;
- b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie;
- c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale;
- d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali;
- e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni;
- f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare.

3. Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.

4. Gli Stati parti si impegnano a favorire e incoraggiare la cooperazione internazionale in vista di ottenere gradualmente una completa attuazione del diritto riconosciuto nel presente articolo. A tal fine saranno tenute in particolare considerazione le necessità dei paesi in via di sviluppo.

Articolo 25

Gli Stati parti riconoscono al fanciullo che è stato collocato dalla autorità competente al fine di ricevere cure, una protezione oppure una terapia fisica o mentale, il diritto a una verifica periodica di detta terapia e di ogni altra circostanza relativa alla sua collocazione.

Articolo 26

1. Gli Stati parti riconoscono a ogni fanciullo il diritto di beneficiare della sicurezza sociale, compresa la previdenza sociale, e adottano le misure necessarie per garantire una completa attuazione di questo diritto in conformità con la loro legislazione nazionale.

2. Le prestazioni, se necessarie, dovranno essere concesse in considerazione delle risorse e della situazione del minore e delle persone responsabili del suo mantenimento e tenendo conto di ogni altra considerazione relativa a una domanda di prestazione effettuata dal fanciullo o per suo conto.

Articolo 27

1. Gli Stati parti riconoscono il diritto di ogni fanciullo a un livello di vita sufficiente per consentire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale.

2. Spetta ai genitori o ad altre persone che hanno l'affidamento del fanciullo la responsabilità fondamentale di assicurare, entro i limiti delle loro possibilità e dei loro mezzi finanziari, le condizioni di vita necessarie allo sviluppo del fanciullo.

3. Gli Stati parti adottano adeguati provvedimenti, in considerazione delle condizioni nazionali e compatibilmente con i loro mezzi, per aiutare i genitori e altre persone aventi la custodia del fanciullo ad attuare questo diritto e offrono, se del caso, un'assistenza materiale e programmi di sostegno, in particolare per quanto riguarda l'alimentazione, il vestiario e l'alloggio.

4. Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento al fine di garantire il mantenimento del fanciullo da parte dei suoi genitori o altre persone aventi una responsabilità finanziaria nei suoi confronti, sul loro territorio o all'estero. In particolare, per tener conto dei casi in cui la persona che ha una responsabilità finanziaria nei confronti del fanciullo vive in uno Stato diverso da quello del fanciullo, gli Stati parti favoriscono l'adesione ad accordi internazionali oppure la conclusione di tali accordi, nonché l'adozione di ogni altra intesa appropriata.

Articolo 28

1. Gli Stati parti riconoscono il diritto del fanciullo all'educazione, e in particolare, al fine di garantire l'esercizio di tale diritto in misura sempre maggiore e in base all'uguaglianza delle possibilità:

- a) rendono l'insegnamento primario obbligatorio e gratuito per tutti;
- b) incoraggiano l'organizzazione di varie forme di insegnamento secondario sia generale che professionale, che saranno aperte e accessibili a ogni fanciullo, e adottano misure adeguate come la gratuità dell'insegnamento e l'offerta di una sovvenzione finanziaria in caso di necessità;
- c) garantiscono a tutti l'accesso all'insegnamento superiore con ogni mezzo

appropriato, in funzione delle capacità di ognuno;

d) fanno in modo che l'informazione e l'orientamento scolastico e professionale siano aperte e accessibili a ogni fanciullo;

e) adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica e la diminuzione del tasso di abbandono della scuola.

2. Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per vigilare affinché la disciplina scolastica sia applicata in maniera compatibile con la dignità del fanciullo in quanto essere umano e in conformità con la presente Convenzione.

3. Gli Stati parti favoriscono e incoraggiano la cooperazione internazionale nel settore dell'educazione, in vista soprattutto di contribuire a eliminare l'ignoranza e l'analfabetismo nel mondo e facilitare l'accesso alle conoscenze scientifiche e tecniche e ai metodi di insegnamento moderni. A tal fine, si tiene conto in particolare delle necessità dei paesi in via di sviluppo.

Articolo 29

1. Gli Stati parti convengono che l'educazione del fanciullo deve avere come finalità:

a) favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche, in tutta la loro potenzialità;

b) sviluppare nel fanciullo il rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e dei principi consacrati nella Carta delle Nazioni Unite;

c) sviluppare nel fanciullo il rispetto dei suoi genitori, della sua identità, della sua lingua e dei suoi valori culturali, nonché il rispetto dei valori nazionali del paese nel quale vive, del paese di cui può essere originario e delle civiltà diverse dalla sua;

d) preparare il fanciullo ad assumere le responsabilità della vita in una società libera, in uno spirito di comprensione, di pace, di tolleranza, di uguaglianza tra i sessi e di amicizia tra tutti i popoli e gruppi etnici, nazionali e religiosi e delle persone di origine autoctona;

e) sviluppare nel fanciullo il rispetto dell'ambiente naturale.

2. Nessuna disposizione del presente articolo o dell'art.28 sarà interpretata in maniera da nuocere alla libertà delle persone fisiche o morali di creare e di dirigere istituzioni didattiche, a condizione che i principi enunciati al paragrafo 1 del presente articolo siano rispettati e che l'educazione impartita in tali istituzioni sia conforme alle norme minime prescritte dallo Stato.

Articolo 30

Negli Stati in cui esistono minoranze etniche, religiose o linguistiche oppure persone di origine autoctona, un fanciullo autoctono o che appartiene a una di tali minoranze non può essere privato del diritto di avere una propria vita culturale, di professare e di praticare la propria religione o di far uso della propria lingua insieme agli altri membri del suo gruppo.

Articolo 31

1. Gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica.

2. Gli Stati parti rispettano e favoriscono il diritto del fanciullo di partecipare pienamente alla vita culturale e artistica e incoraggiano l'organizzazione, in condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali.

Articolo 32

1. Gli Stati parti riconoscono il diritto del fanciullo di essere protetto contro lo sfruttamento economico e di non essere costretto ad alcun lavoro che comporti rischi o sia suscettibile di porre a repentaglio la sua educazione o di nuocere alla sua salute o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale.

2. Gli Stati parti adottano misure legislative, amministrative, sociali ed educative per garantire l'applicazione del presente articolo. A tal fine, e in considerazione delle disposizioni pertinenti degli altri strumenti internazionali, gli Stati parti, in particolare:

- a) stabiliscono un'età minima oppure età minime di ammissione all'impiego;
- b) prevedono un'adeguata regolamentazione degli orari di lavoro e delle condizioni d'impiego;
- c) prevedono pene o altre sanzioni appropriate per garantire l'attuazione effettiva del presente articolo;

Articolo 33

Gli Stati parti adottano ogni adeguata misura, comprese misure legislative, amministrative, sociali ed educative per proteggere i fanciulli contro l'uso illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, così come definite dalle Convenzioni internazionali pertinenti e per impedire che siano utilizzati fanciulli per la produzione e il traffico illecito di queste sostanze.

Articolo 34

Gli Stati parti si impegnano a proteggere il fanciullo contro ogni forma di sfruttamento sessuale e di violenza sessuale. A tal fine, gli Stati adottano in particolare ogni adeguata misura a livello nazionale, bilaterale e multilaterale per impedire:

- a) che dei fanciulli siano incitati o costretti a dedicarsi a una attività sessuale illegale;
- b) che dei fanciulli siano sfruttati a fini di prostituzione o di altre pratiche sessuali illegali;
- c) che dei fanciulli siano sfruttati ai fini della produzione di spettacoli o di materiale a carattere pornografico.

Articolo 35

Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento a livello nazionale, bilaterale e multilaterale per impedire il rapimento, la vendita o la tratta di fanciulli per qualunque fine e sotto qualsiasi forma.

Articolo 36

Gli Stati parti proteggono il fanciullo contro ogni altra forma di sfruttamento pregiudizievole al suo benessere in ogni suo aspetto.

Articolo 37

Gli Stati parti vigilano affinché:

- a) nessun fanciullo sia sottoposto a tortura o a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Né la pena capitale né l'imprigionamento a vita senza possibilità di rilascio devono essere decretati per reati commessi da persone di età inferiore a diciotto anni;
- b) nessun fanciullo sia privato di libertà in maniera illegale o arbitraria. L'arresto, la detenzione o l'imprigionamento di un fanciullo devono essere effettuati in conformità con la legge, costituire un provvedimento di ultima risorsa e avere la durata più breve possibile;
- c) ogni fanciullo privato di libertà sia trattato con umanità e con il rispetto dovuto alla dignità della persona umana e in maniera da tener conto delle esigenze delle persone della sua età. In particolare, ogni fanciullo privato di libertà sarà separato dagli adulti, a meno che si ritenga preferibile di non farlo nell'interesse preminente del fanciullo, ed egli avrà diritto di rimanere in contatto con la sua famiglia per mezzo di corrispondenza e di visite, tranne che in circostanze eccezionali;
- d) i fanciulli privati di libertà abbiano diritto ad avere rapidamente accesso a un'assistenza giuridica o a ogni altra assistenza adeguata, nonché il diritto di contestare la legalità della loro privazione di libertà dinanzi un Tribunale o altra autorità competente, indipendente e imparziale, e una decisione sollecita sia adottata in materia.

Articolo 38

1. Gli Stati parti si impegnano a rispettare e a far rispettare le regole del diritto umanitario internazionale loro applicabili in caso di conflitto armato, e la cui protezione si estende ai fanciulli.

2. Gli Stati parti adottano ogni misura possibile a livello pratico per vigilare che le persone che non hanno raggiunto l'età di quindici anni non partecipino direttamente alle ostilità.

3. Gli Stati parti si astengono dall'arruolare nelle loro forze armate ogni persona che non ha raggiunto l'età di quindici anni. Nel reclutare persone aventi più di quindici anni ma meno di diciotto anni, gli Stati parti si sforzano di arruolare con precedenza i più anziani.

4. In conformità con l'obbligo che spetta loro in virtù del diritto umanitario internazionale di proteggere la popolazione civile in caso di conflitto armato, gli Stati parti adottano ogni misura possibile a livello pratico, affinché i fanciulli coinvolti in un conflitto armato possano beneficiare di cure e di protezione.

Articolo 39

Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il recupero fisico e psicologico e il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti; di torture o di ogni altra forma di pene o di trattamenti crudeli, inumani o degradanti, o di un conflitto armato. Tale recupero e reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo.

Articolo 40

1. Gli Stati parti riconoscono a ogni fanciullo sospettato, accusato o riconosciuto colpevole di reato penale il diritto a un trattamento tale da favorire il suo senso della dignità e del valore personale, che rafforzi il suo rispetto per i diritti dell'uomo e le libertà fondamentali e che tenga conto della sua età nonché della necessità di facilitare il suo reinserimento nella società e di fargli svolgere un ruolo costruttivo in seno a quest'ultima.

2. A tal fine, e tenendo conto delle disposizioni pertinenti degli strumenti internazionali, gli Stati parti vigilano in particolare:

a) affinché nessun fanciullo sia sospettato, accusato o riconosciuto colpevole di reato penale a causa di azioni o di omissioni che non erano vietate dalla legislazione nazionale o internazionale nel momento in cui furono commesse;

b) affinché ogni fanciullo sospettato o accusato di reato penale abbia almeno diritto alle seguenti garanzie:

I - di essere ritenuto innocente fino a quando la sua colpevolezza non sia stata legalmente stabilita;

II - di essere informato il prima possibile e direttamente, oppure, se del caso, tramite i suoi genitori o rappresentanti legali, delle accuse portate contro di lui, e di beneficiare di un'assistenza legale o di ogni altra assistenza appropriata per la preparazione e la presentazione della sua difesa;

III - che il suo caso sia giudicato senza indugio da un'autorità o istanza giudiziaria competenti, indipendenti e imparziali per mezzo di un procedimento equo ai sensi di legge in presenza del suo legale o di altra assistenza appropriata, nonché in presenza dei suoi genitori o rappresentanti legali a meno che ciò non sia ritenuto contrario all'interesse preminente del fanciullo a causa in particolare della sua età o della sua situazione;

IV - di non essere costretto a rendere testimonianza o dichiararsi colpevole; di interrogare o far interrogare i testimoni a carico e di ottenere la comparsa e l'interrogatorio dei testimoni a suo discarico a condizioni di parità;

V - qualora venga riconosciuto che ha commesso reato penale, poter ricorrere contro questa decisione e ogni altra misura decisa di conseguenza dinanzi a un'autorità o istanza giudiziaria superiore competente, indipendente e imparziale, in conformità con la legge;

VI - di essere assistito gratuitamente da un interprete se non comprende o non parla la lingua utilizzata;

VII - che la sua vita privata sia pienamente rispettata in tutte le fasi della procedura.

3. Gli Stati parti si sforzano di promuovere l'adozione di leggi, di procedure, la costituzione di autorità e di istituzioni destinate specificamente ai fanciulli sospettati, accusati o riconosciuti colpevoli di aver commesso reato, e in particolar modo:

- a) di stabilire un'età minima al di sotto della quale si presume che i fanciulli non abbiano la capacità di commettere reato;
- b) di adottare provvedimenti ogni qualvolta ciò sia possibile e auspicabile per trattare questi fanciulli senza ricorrere a procedure giudiziarie rimanendo tuttavia inteso che i diritti dell'uomo e le garanzie legali debbono essere integralmente rispettate.

4. Sarà prevista tutta una gamma di disposizioni concernenti in particolar modo le cure, l'orientamento, la supervisione, i consigli, la libertà condizionata, il collocamento in famiglia, i programmi di formazione generale e professionale, nonché soluzioni alternative all'assistenza istituzionale, in vista di assicurare ai fanciulli un trattamento conforme al loro benessere e proporzionato sia alla loro situazione che al reato.

Articolo 41

Nessuna delle disposizioni della presente Convenzione pregiudica disposizioni più propizie all'attuazione dei diritti del fanciullo che possano figurare:

- a) nella legislazione di uno Stato parte; oppure
- b) nel diritto internazionale in vigore per questo Stato.

SECONDA PARTE

Articolo 42

Gli Stati parti si impegnano a far largamente conoscere i principi e le disposizioni della presente Convenzione, con mezzi attivi e adeguati sia agli adulti che ai fanciulli.

Articolo 43

1. Al fine di esaminare i progressi compiuti dagli Stati parti nell'esecuzione degli obblighi da essi contratti in base alla presente Convenzione, è istituito un Comitato dei Diritti del Fanciullo che adempie alle funzioni definite in appresso.

2. Il Comitato si compone di dieci esperti di alta moralità e in possesso di una competenza riconosciuta nel settore oggetto della presente Convenzione. I suoi membri sono eletti dagli Stati parti tra i loro cittadini e partecipano a titolo personale, secondo il criterio di un'equa ripartizione geografica e in considerazione dei principali ordinamenti giuridici.

3. I membri del Comitato sono eletti a scrutinio segreto su una lista di persone designate dagli Stati parti. Ciascuno Stato parte può designare un candidato tra i suoi cittadini.

4. La prima elezione avrà luogo entro sei mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente Convenzione. Successivamente si svolgeranno elezioni ogni due anni. Almeno quattro mesi prima della data di ogni elezione il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite inviterà per iscritto gli Stati parti a proporre i loro candidati entro un termine di due mesi. Quindi il Segretario generale stabilirà l'elenco alfabetico dei candidati in tal modo designati,

con l'indicazione degli Stati parti che li hanno designati, e sottoporrà tale elenco agli Stati parti alla presente Convenzione.

5. Le elezioni avranno luogo in occasione delle riunioni degli Stati parti, convocate dal Segretario Generale presso la Sede dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. In queste riunioni per le quali il numero legale sarà rappresentato da due terzi degli Stati parti, i candidati eletti al Comitato sono quelli che ottengono il maggior numero di voti, nonché la maggioranza assoluta degli Stati parti presenti e votanti.

6. I membri del Comitato sono eletti per quattro anni. Essi sono rieleggibili se la loro candidatura è ripresentata. Il mandato di cinque dei membri eletti nella prima elezione scade alla fine di un periodo di due anni; i nomi di tali cinque membri saranno estratti a sorte dal presidente della riunione immediatamente dopo la prima elezione.

7. In caso di decesso o di dimissioni di un membro del Comitato oppure se, per qualsiasi altro motivo, un membro dichiara di non poter più esercitare le sue funzioni in seno al Comitato, lo Stato parte che aveva presentato la sua candidatura nomina un altro esperto tra i suoi cittadini per coprire il seggio resosi vacante fino alla scadenza del mandato corrispondente, sotto riserva dell'approvazione del Comitato.

8. Il Comitato adotta il suo regolamento interno.

9. Il Comitato elegge il suo Ufficio per un periodo di due anni.

10. Le riunioni del Comitato si svolgono normalmente presso la Sede della Organizzazione delle Nazioni Unite, oppure in ogni altro luogo appropriato determinato dal Comitato. Il Comitato si riunisce di regola ogni anno. La durata delle sue sessioni è determinata e se necessario modificata da una riunione degli Stati parti alla presente Convenzione, sotto riserva dell'approvazione dell'Assemblea Generale.

11. Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite mette a disposizione del Comitato il personale e le strutture di cui quest'ultimo necessita per adempiere con efficacia alle sue mansioni in base alla presente Convenzione.

12. I membri del Comitato istituito in base alla presente Convenzione ricevono, con l'approvazione dell'Assemblea Generale, emolumenti prelevati sulle risorse dell'Organizzazione delle Nazioni Unite alle condizioni e secondo le modalità stabilite dall'Assemblea Generale.

Articolo 44

1. Gli Stati parti si impegnano a sottoporre al Comitato, tramite il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, rapporti sui provvedimenti che essi avranno adottato per dare effetto ai diritti riconosciuti nella presente Convenzione e sui progressi realizzati per il godimento di tali diritti:

a) entro due anni a decorrere dalla data dell'entrata in vigore della presente Convenzione per gli Stati parti interessati;

b) in seguito, ogni cinque anni.

2. I rapporti compilati in applicazione del presente articolo debbono se del caso indicare i fattori e le difficoltà che impediscono agli Stati parti di adempiere agli obblighi previsti nella

presente Convenzione. Essi debbono altresì contenere informazioni sufficienti a fornire al Comitato una comprensione dettagliata dell'applicazione della Convenzione nel paese in esame.

3. Gli Stati parti che hanno presentato al Comitato un rapporto iniziale completo non sono tenuti a ripetere nei rapporti che sottoporranno successivamente in conformità con il capoverso b) del paragrafo 1 del presente articolo | le informazioni di base in precedenza fornite.

4. Il Comitato può chiedere agli Stati parti ogni informazione complementare relativa all'applicazione della Convenzione.

5. Il Comitato sottopone ogni due anni all'Assemblea generale, tramite il Consiglio Economico e Sociale, un rapporto sulle attività del Comitato.

6. Gli Stati parti fanno in modo che i loro rapporti abbiano una vasta diffusione nei loro paesi.

Articolo 45

Al fine di promuovere l'attuazione effettiva della Convenzione e incoraggiare la cooperazione internazionale nel settore oggetto della Convenzione:

- a) le Istituzioni specializzate, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia e altri organi delle Nazioni Unite hanno diritto di farsi rappresentare nell'esame dell'attuazione di quelle disposizioni della presente Convenzione che rientrano nell'ambito del loro mandato. Il Comitato può invitare le Istituzioni Specializzate, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia e ogni altro organismo competente che riterrà appropriato, a dare pareri specializzati sull'attuazione della Convenzione in settori di competenza dei loro rispettivi mandati. Il Comitato può invitare le Istituzioni Specializzate, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia e altri organi delle Nazioni Unite a sottoporgli rapporti sull'attuazione della Convenzione in settori che rientrano nell'ambito delle loro attività;
- b) il Comitato trasmette, se lo ritiene necessario, alle Istituzioni Specializzate, al Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia e agli altri Organismi competenti ogni rapporto degli Stati parti contenente una richiesta di consigli tecnici o di assistenza tecnica, o che indichi una necessità in tal senso, accompagnato da eventuali osservazioni e proposte del Comitato concernenti tale richiesta o indicazione;
- c) il Comitato può raccomandare all'Assemblea generale di chiedere al Segretario Generale di procedere, per conto del Comitato, a studi su questioni specifiche attinenti ai diritti del fanciullo;
- d) il Comitato può fare suggerimenti e raccomandazioni generali in base alle informazioni ricevute in applicazione degli artt.44 e 45 della presente Convenzione. Questi suggerimenti e raccomandazioni generali sono trasmessi a ogni Stato parte interessato e sottoposti all'Assemblea Generale insieme a eventuali osservazioni degli Stati parti.

TERZA PARTE

Articolo 46

La presente Convenzione è aperta alla firma di tutti gli Stati.

Articolo 47

La presente Convenzione è soggetta a ratifica. Gli strumenti di ratifica saranno depositati presso il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Articolo 48

La presente Convenzione rimarrà aperta all'adesione di ogni Stato. Gli strumenti di adesione saranno depositati presso il Segretario Generale della Organizzazione delle Nazioni Unite.

Articolo 49

1. La presente Convenzione entrerà in vigore il trentesimo giorno successivo alla data del deposito presso il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite del ventesimo strumento di ratifica o di adesione.

2. Per ciascuno degli Stati che ratificheranno la presente Convenzione o che vi aderiranno dopo il deposito del ventesimo strumento di ratifica o di adesione la Convenzione entrerà in vigore il trentesimo giorno successivo al deposito da parte di questo Stato del suo strumento di ratifica o di adesione.

Articolo 50

1. Ogni Stato parte può proporre un emendamento e depositarne il testo presso il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Il Segretario Generale comunica quindi la proposta di emendamento agli Stati parti, con la richiesta di far sapere se siano favorevoli a una Conferenza degli Stati parti al fine dell'esame delle proposte e della loro votazione. Se, entro quattro mesi a decorrere dalla data di questa comunicazione, almeno un terzo degli Stati parti si pronuncia a favore di tale Conferenza, il Segretario Generale convoca la Conferenza sotto gli auspici dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Ogni emendamento adottato da una maggioranza degli Stati parti presenti e votanti alla Conferenza è sottoposto per approvazione all'Assemblea Generale.

2. Ogni emendamento adottato in conformità con le disposizioni del paragrafo 1 del presente articolo entra in vigore dopo essere stato approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e accettato da una maggioranza di due terzi degli Stati parti.

3. Quando un emendamento entra in vigore esso ha valore obbligatorio per gli Stati parti che lo hanno accettato, gli altri Stati parti rimanendo vincolati dalle disposizioni della presente Convenzione e da tutti gli emendamenti precedenti da essi accettati.

Articolo 51

1. Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite riceverà e comunicherà a tutti gli Stati il testo delle riserve che saranno state formulate dagli Stati all'atto della ratifica o dell'adesione.

2. Non sono autorizzate riserve incompatibili con l'oggetto e le finalità della presente Convenzione.

3. Le riserve possono essere ritirate in ogni tempo per mezzo di notifica indirizzata in tal senso al Segretario Generale delle Nazioni Unite il quale ne informerà quindi tutti gli Stati. Tale notifica avrà effetto alla data in cui è ricevuta dal Segretario Generale.

Articolo 52

Ogni Stato parte può denunciare la presente Convenzione per mezzo di notifica scritta indirizzata al Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. La denuncia avrà effetto un anno dopo la data di ricezione della notifica da parte del Segretario Generale.

Articolo 53

Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite è designato come depositario della presente Convenzione.

Articolo 54

L'originale della presente Convenzione, i cui testi in lingua araba, cinese, francese, inglese, russa e spagnola fanno ugualmente fede, sarà depositato presso il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

La Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza è stata approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite (ONU) a New York il 20 Novembre del 1989. L'Italia ha ratificato e reso esecutiva la Convenzione il 27 Maggio 1991 attraverso l'approvazione della Legge n.176. E' importante che tutti i genitori e gli adulti responsabili conoscano in dettaglio questo documento al fine di essere, ognuno nel proprio ambiente e attraverso le proprie opportunità, difensori consapevoli e convinti dei diritti di ogni bambino che nasce. Questo documento vede nei bambini e negli adolescenti non solo degli oggetti di tutela, ma soprattutto dei soggetti di diritto, proponendo una nuova consapevolezza sul valore che l'infanzia rappresenta per l'intero pianeta. Il testo che segue è la versione integrale del documento riscritta da un gruppo di bambini di Palermo.

- Bambino o bambina è ogni essere umano fino a 18 anni.
- Gli Stati devono rispettare, nel loro territorio, i diritti di tutti i bambini: handicappati, ricchi e poveri, maschi e femmine, di diverse razze, di religione diversa, ecc.
- Tutti coloro che comandano devono proteggere il bambino e assicurargli le cure necessarie per il suo benessere.
- Ogni Stato deve attuare questa convenzione con il massimo impegno per mezzo di leggi, finanziamenti e altri interventi. In caso di necessità gli Stati più poveri dovranno essere aiutati da quelli più ricchi.
- Gli Stati devono rispettare chi si occupa del bambino.
- Il bambino ha diritto alla vita. Gli Stati devono aiutarlo a crescere.

- Quando nasce un bambino ha diritto ad avere un nome, ed essere registrato ed avere l'affetto dei genitori.
- Il bambino ha diritto al proprio nome, alla propria nazionalità e a rimanere sempre in relazione con la sua famiglia.
- Il bambino non può essere separato, contro la sua volontà, dai genitori. La legge può decidere diversamente quando il bambino viene maltrattato. Il bambino separato dai genitori deve mantenere i contatti con essi. Quando la separazione avviene per azione di uno Stato (carcerazione dei genitori, deportazione, ecc.) il bambino deve essere informato del luogo dove si trovano i suoi genitori.
- Il bambino ha diritto ad andare in qualsiasi Stato per unirsi ai genitori. Se i genitori abitano in Stati diversi, il bambino ha diritto di mantenersi in contatto con loro.
- Il bambino non può essere portato in un altro Stato illecitamente. Tutti gli Stati si devono mettere d'accordo per garantire questo diritto.
- Il bambino deve poter esprimere la propria opinione su tutte le cose che lo riguardano. Quando si prendono decisioni che lo interessano, prima deve essere ascoltato.
- Il bambino ha diritto di esprimersi liberamente con la parola, con lo scritto, il disegno, la stampa, ecc.
- Gli Stati devono rispettare il diritto del bambino alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.
- Il bambino ha diritto alla libertà di associazione e di riunione pacifica.
- Il bambino deve essere rispettato nella sua vita privata. Nessuno può entrare a casa sua, leggere la sua corrispondenza o parlare male di lui.
- Il bambino ha diritto a conoscere tutte le informazioni utili al suo benessere. Gli Stati devono: far fare libri, film ed altro materiale utile per il bambino; scambiare con altri Stati tutti i materiali interessanti adatti per i bambini; proteggere i bambini dai libri o da altro materiale dannoso per loro.
- I genitori (o i tutori legali) devono curare l'educazione e lo sviluppo del bambino. Lo Stato li deve aiutare rendendo più facile il loro compito.
- Gli Stati devono proteggere il bambino da ogni forma di violenza.
- Lo Stato deve assistere il bambino che non può stare con la sua famiglia affidandolo a qualcuno. Chi si occupa del bambino deve rispettare le sue abitudini.
- Gli Stati devono permettere l'adozione nell'interesse del bambino. L'adozione deve essere autorizzata dalle autorità con il consenso dei parenti del bambino. Se l'adozione non può avvenire nello Stato del bambino, si può fare in un altro Stato. L'adozione non deve mai essere fatta per soldi.

- Gli Stati devono cercare di unire alla sua famiglia il bambino separato e, se non ha famiglia, lo Stato lo deve proteggere come qualsiasi altro bambino.
- Il bambino svantaggiato fisicamente e mentalmente deve vivere una vita completa e soddisfacente. Gli Stati devono scambiarsi tutte le informazioni utili per migliorare la vita dei bambini disabili e devono garantire l'assistenza gratuita se i genitori o i tutori sono poveri. Inoltre bisogna fornire al bambino occasioni di divertimento.
- Il bambino deve poter vivere in salute anche con l'aiuto della medicina.
- Gli Stati devono garantire questo diritto con diverse iniziative: fare in modo che muoiano meno bambini nel primo anno di vita; garantire a tutti i bambini l'assistenza medica; combattere le malattie e la malnutrizione fornendo cibi nutritivi ed acqua potabile; assistere le madri prima e dopo il parto; informare tutti i cittadini sull'importanza dell'allattamento al seno e sull'igiene; aiutare i genitori a prevenire le malattie e a limitare le nascite. Il bambino che è stato curato deve essere controllato periodicamente.
- Ogni bambino deve essere assistito in caso di necessità, di malattia o necessità economica, tenendo conto delle possibilità dei genitori o dei tutori.
- Ogni bambino ha diritto a vivere bene. Gli Stati devono aiutare la famiglia a nutrirlo, a vestirlo, ad avere una casa, anche quando il padre si trova in un altro Stato.
- Il bambino ha diritto all'istruzione. Per garantire questo diritto gli Stati devono: fare le scuole elementari obbligatorie per tutti; fare in modo che tutti possano frequentare le scuole medie; aiutare chi ha la capacità a frequentare le scuole superiori; informare i bambini sulle varie scuole che esistono.
- Gli Stati devono controllare, anche, che nella scuola siano rispettati i diritti dei bambini.
- L'educazione del bambino deve: sviluppare tutte le sue capacità; rispettare i diritti umani e le libertà; rispettare i genitori, la lingua e la cultura del Paese in cui egli vive; preparare il bambino ad andare d'accordo con tutti; rispettare l'ambiente naturale.
- Il bambino che ha una lingua o una religione diversa, ha il diritto di unirsi con altri del suo gruppo per partecipare ai riti e a parlare la propria lingua.
- Il bambino ha il diritto di giocare, di riposarsi e di svagarsi. Gli Stati devono garantire a tutti questo diritto.
- Il bambino non deve essere costretto a fare dei lavori pesanti o rischiosi per la sua salute. Gli Stati devono approvare delle leggi che stabiliscono a quale età si può lavorare, con quali orari ed in quali condizioni. Devono punire chi non le rispetta.

- Gli Stati devono proteggere il bambino contro le droghe ed evitare che sia impiegato nel commercio della droga.
- Gli Stati devono proteggere il bambino dallo sfruttamento sessuale.
- Gli Stati devono mettersi d'accordo per evitare il rapimento, la vendetta o il traffico di bambini.
- Gli Stati devono proteggere il bambino da ogni forma di sfruttamento.
- Nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o punizioni crudeli. Se un bambino deve andare in prigione, deve essere per un motivo molto grave e per un breve periodo. In carcere deve essere rispettato, deve mantenere i contatti con la famiglia e deve essere tenuto separato da carcerati adulti.
- In caso di guerra i bambini non devono essere chiamati a partecipare se non hanno almeno 15 anni.
- Se il bambino è vittima della guerra, tortura o sfruttamento deve essere aiutato a recuperare la sua salute.
- Il bambino che non osserva la legge deve essere trattato in modo da rispettare la sua dignità. Gli Stati devono garantire: che nessun bambino sia punito per cose non punite dalla legge dello Stato; che il bambino accusato sia assistito da un avvocato e sia ritenuto innocente finché non è condannato; che la sua causa sia definita velocemente; che, se giudicato colpevole, abbia il diritto alla revisione della sentenza; che se parla un'altra lingua abbia l'assistenza di un interprete.
- Gli articoli di questa Convenzione non devono essere sostituiti alla legge dello Stato se questa è più favorevole al bambino.
- Gli Stati devono far riconoscere i diritti dei bambini sia ai bambini stessi sia agli adulti.
- Gli Stati devono scegliere dei rappresentanti che si riuniscano periodicamente e controllino se i diritti dei bambini vengono rispettati.
- Entro due anni dalla approvazione di questa Convenzione, gli Stati devono informare il Segretario Generale dell'ONU, comunicando come l'hanno messa in pratica.
- Le Nazioni Unite possono incaricare l'UNICEF di controllare come i diritti dei bambini vengono rispettati in tutti gli Stati del mondo.
- Questa Convenzione può essere firmata da tutti gli Stati del mondo.
- La Convenzione deve essere approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU.
- La Convenzione può essere firmata, anche dopo l'approvazione, da qualsiasi altro Stato.
- La Convenzione entra in vigore dopo 30 giorni che è stata approvata dall'ONU:
- Ogni Stato può proporre cambiamenti al testo della Convenzione inviando le proposte di modifica al Segretario Generale dell'ONU.

- Il Segretario Generale farà conoscere a tutti gli Stati le osservazioni e le proposte di modifica fatte da ogni Stato.
- Uno Stato può ritirare l'adesione alla Convenzione.
- La Convenzione è depositata presso il Segretario Generale dell'ONU.
- La Convenzione depositata è scritta in arabo, cinese, inglese, francese, russo e spagnolo.

Puoi anche leggere : [“I dieci passi OMS/UNICEF”](#)

ALLEGATO – C

PROTOCOLLI E LINEE-GUIDA IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO AI MINORI

- LINEE GUIDA SINOPIA (SOCIETA' ITALIANA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE); questo documento è il risultato di un lavoro di integrazione e accordo di alcuni protocolli esistenti sul territorio nazionale relativi al tema degli abusi in età evolutiva, rappresentativi del contributo di agenzie locali e di coordinamento nazionale e rispondenti a criteri di attendibilità, applicabilità clinica e multidisciplinarietà. Il documento si riferisce prioritariamente alle competenze specifiche del neuropsichiatria infantile nel percorso di rivelazione, diagnosi e trattamento degli abusi in età evolutiva, tiene conto delle indicazioni contenute nel piano sanitario nazionale, nel progetto obiettivo materno infantile e nel progetto obiettivo salute mentale, riferito al triennio 2001/2003.
- LINEE GUIDA CIMAI (COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA) L'esigenza di produrre un quadro di riferimento comune a livello nazionale per tutti i servizi italiani di contrasto al maltrattamento ha indotto il Cismai ad elaborare una serie di direttive, al fine di definire le forme, le funzioni e i metodi di intervento nei casi di presunto abuso su minore. Cronologicamente, il primo documento di LINEE-GUIDA elaborate dal Cismai è la **“DICHIARAZIONE DI CONSENSO IN TEMA DI ABUSO SESSUALE”**, approvata nel 1998 ed aggiornata nel 2001. La dichiarazione, destinata principalmente agli operatori socio-sanitari, ha avuto il compito di fornire raccomandazioni per l'adozione di procedure omogenee sia nell'ambito della valutazione clinica che nel percorso giudiziario.
- Il secondo documento di LINEE GUIDA è stato approvato dal Cismai nel 2001: **“REQUISITI MINIMI DEI SERVIZI CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA”**. Il documento è centrato sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi di prevenzione e contrasto all'abuso. Il Cismai propone l'adozione volontaria di modelli organizzativi rigorosi, definendo i requisiti minimi essenziali organizzativi e metodologici dei centri per la prevenzione e la cura dei bambini abusati e maltrattati.

- Il terzo documento di LINEE-GUIDA è stato approvato dal Cismai nel 2000: **“REQUISITI DI QUALITÀ DEI CENTRI RESIDENZIALI CHE ACCOLGONO MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTO E ABUSO”**, rappresenta un’ulteriore articolazione delle direttive precedenti. Il protocollo, approvato nel 2001, si rivolge agli operativi e ai responsabili di comunità e ribadisce la necessità di una forte integrazione interprofessionale. Il lavoro delle comunità è inteso come intervento complesso dove la funzione della protezione si unisce alla funzione di riparazione del danno, attraverso l’offerta di esperienze relazionali correttive e la facilitazione della rielaborazione delle esperienze traumatiche vissute.
- Nel 2003 viene approvato e ratificato il documento di LINEE-GUIDA **“SEMEIOTICA MEDICA DELL’ABUSO SESSUALE NEI BAMBINI PREPUBERILI. REQUISITI E RACCOMANDAZIONI”**. Il documento definisce i requisiti minimi organizzativi e di accoglienza per l’effettuazione della visita medica nei casi di sospetto abuso sessuale e stabilisce procedure condivise per l’effettuazione della valutazione clinica, rispetto all’anamnesi, all’esame obiettivo generale, all’esame dell’area genito-animale, alla diagnosi differenziale e alla relazione medica.
- L’ultimo documento approvato sono le **“LINEE-GUIDA PER LA VALUTAZIONE CLINICA E L’ATTIVAZIONE DEL RECUPERO DELLA GENITORIALITÀ”** (2004). Si tratta di linee guida elaborate per definire i criteri relativi alla valutazione clinica per definire i criteri relativi alla valutazione clinica delle competenze genitoriali.
- **CARTA DI NOTO** (LINEE GUIDA PER L’ESAME DEL MINORE IN CASO DI ABUSO SESSUALE). La CARTA DI NOTO, approvata ufficialmente nel 1996 e rettificata nel 2002, costituisce ormai un riferimento costante per giurisprudenza, letteratura e dottrina. Le LINEE GUIDA presenti nel protocollo contengono indicazioni volte a garantire l’attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando al minore la protezione psicologica, nel rispetto degli strumenti del diritto internazionale. Il documento è stato redatto con l’apporto interdisciplinare di magistrati, avvocati, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, criminologi e responsabili di servizi. Tra i firmatari ci sono oltre a vari criminologi e docenti universitari, il direttore della DIA, Pierluigi Vigna, l’ex ministro della giustizia Giovanni Conso, il PM del Tribunale per i minorenni di Venezia, Gallavo Sergio, il presidente della Corte D’ASSISE d’Appello di Venezia Luigi Lanza, la dottoressa Luisella De Cataldo Neuburger, presidentessa dell’associazione italiana di psicologia giuridica, il dottor Paolo Capri, presidente dell’istituto di formazione e ricerca scientifica CEIPA di Roma, la dottoressa Anita Lanotte, il vice –presidente del CEIPA, l’avvocato e psicologo Guglielmo Gulotta.

- **LINEE GUIDA DEONTOLOGICHE PER LO PSICOLOGO FORENSE** approvato dal consiglio direttivo dell'associazione Italiana di Psicologia Giuridica il 17 gennaio 1999, le LINEE GUIDA DEONTOLOGICHE per lo psicologo forense consistono in direttive cui attenersi nell'esercizio dell'attività psicologica in ambito forense. Il documento contiene specifiche raccomandazioni relative all'adozione di procedure omogenee sia nell'ambito della valutazione clinica che nel percorso giudiziario, volte a garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la protezione del minore.
- **CARTA DI TREVISO** anche la categoria dei giornalisti si è munita di un protocollo, con l'intento di disciplinare i rapporti tra informazione e infanzia. La CARTA DI TREVISO, documento e codice deontologico varato ed approvato nel 1990 dall'ordine dei giornalisti e dalla FINS (FEDERAZIONE NAZIONALE DELLA STAMPA ITALIANA) – di intesa con TELEFONO AZZURRO e con enti e istituzioni della città di Treviso, costituisce norma vincolante di autoregolamentazione per giornalisti italiani, nonché guida ideale e pratica per tutta la categoria dei comunicatori. Al centro di questo documento, poi approfondito e integrato dal vademecum del 25 novembre 1995 e ancora il 30 marzo 2006, c'è il principio di difendere l'identità, la personalità e i diritti del minore vittima o colpevole di reati, o comunque coinvolto in situazioni che potrebbero compromettere la sua psiche. Le direttive contenute al suo interno sanciscono che il fondamentale diritto all'informazione può trovare dei limiti quando venga in conflitto con i diritti dei soggetti bisognosi di una tutela privilegiata. Pertanto, fermo restando il diritto di cronaca in ordine ai fatti e alle responsabilità, va ricercato un equilibrio con il diritto del minore ad una specifica e superiore tutela della sua integrità psico-fisica, affettiva e di relazione.
- **LINEE GUIDA PER LE PERIZIE IN CASO DI ABUSO SUI MINORI DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO.** Nell'ottica del confronto e dell'aggiornamento tra esperti, l'ordine degli psicologi del Lazio ha elaborato il documento "LINEE GUIDA PER LA DIAGNOSI CLINICO-FORENSE IN RELAZIONE ALL'ASCOLTO DEI MINORI IN IPOTESI DI ABUSO NELL'AUDIZIONE PROTETTA ED IN CASO DI PERIZIA O CONSULENZA". La stesura di tali linee guida, operata dai dottori PAOLO CAPRI (coordinatore), ALESSANDRO CRISI, ESTER DI RIENZO, ANITA LA NOTTE E PATRIZIA PES, è connessa all'esigenza di orientare la comunità professionale dell'ordine degli psicologi del Lazio, in merito alla buona prassi in materia di valutazione CLINICO-FORENSE dei minori coinvolti nei percorsi giudiziari dei procedimenti penali.
- **LINEE GUIDA REGIONALI: EMILIA ROMAGNA, PIEMONTE E ABRUZZO.** A LIVELLO LOCALE, LE REGIONI EMILIA ROMAGNA (2008), PIEMONTE (2000) E

ABRUZZO (2007), dando seguito a quanto previsto dalla legge nazionale in materia, hanno definito delle linee guida in materia di MALTRATTAMENTO ED ABUSO IN DANNO DEI MINORI, al fine di consolidare una metodologia di lavoro interdisciplinare che favorisca una migliore tutela dei minori, attraverso una più stretta collaborazione dei diversi servizi e delle istituzioni, concretizzata nella costruzione condivisa di percorsi operativi. Globalmente, negli strumenti si afferma che l'abuso e il maltrattamento infantile rappresentano un fenomeno complesso e multidimensionale che richiede un approccio MULTI AGENCY, in quanto nessun singolo servizio può prevenirlo e trattarlo efficacemente. In particolare, i protocolli ribadiscono che il rapporto tra i servizi sociali, i servizi sanitari, gli uffici dell'amministrazione della giustizia (procedure minorile e ordinarie, tribunali minorili e ordinario), le forze dell'ordine e le istituzioni scolastiche è indispensabile per creare prassi operative comuni e per procedere in modo coordinato nel doveroso rispetto delle reciproche competenze. In un quadro nazionale disarticolato e privo di regolamentazione, la realizzazione di questi protocolli ha contribuito ad una definizione più precisa delle multiformi tipologie di violenza e ha posto le premesse per la creazione di Standard operativi condivisi; la loro applicazione, nei vari contesti lavorativi, ha avuto un peso non solo sull'operato dei professionisti, ma anche sulla crescita di una nuova cultura rispetto alla prevenzione, la tutela e la cura dei bambini abusati.

ALLEGATO - D

CARTA DI NOTO

Documento nato dalla collaborazione interdisciplinare tra avvocati, magistrati, psicologi, psichiatri, criminologi e medici legali dopo il convegno "Abuso sessuale sui minori e processo penale", tenutosi a Noto il 9 Giugno 1996 ed organizzato dalla Prof.ssa de Cataldo Neuburger e dall'Istituto Superiore Internazionale di Scienze Criminali:

1. Nell'espletamento delle sue funzioni l'esperto deve utilizzare metodologie scientificamente affidabili e rendere espliciti i modelli teorici di riferimento utilizzati.
2. All'esperto non deve essere sottoposto un quesito volto all'accertamento della verità sotto il profilo giudiziario.
3. In caso di abuso intrafamiliare gli accertamenti dell'esperto devono essere estesi ai membri del contesto familiare, e ove possibile, sociale del minore (compreso il presunto abusante). Ove l'indagine non potesse essere espletata con l'ampiezza sopra indicata, l'esperto deve dare atto dei motivi di tale incompletezza. E' da considerare deontologicamente scorretto esprimere un parere senza avere esaminato il minore.
4. L'esperto deve in ogni caso ricorrere alla videoregistrazione, o quanto meno, alla audioregistrazione delle attività svolte, consistenti nell'acquisizione delle dichiarazioni o delle manifestazioni di comportamenti. Tale materiale deve essere posto a disposizione delle parti e del magistrato.
5. Al fine di garantire nel modo migliore l'obiettività dell'indagine, l'esperto avrà cura di individuare ed esplicitare le varie e alternative ipotesi prospettabili in base all'esame del caso.
6. Nella comunicazione col minore l'esperto deve: a) garantire che l'incontro avvenga in tempi, modi e luoghi tali da assicurare la serenità del minore e la spontaneità della comunicazione; b) evitare in particolare il ricorso a domande suggestive o implicative che diano per scontata la sussistenza del fatto oggetto di indagini.
7. Nel caso di pluralità di esperti, è opportuno favorire la concentrazione dei colloqui con il minore in modo da minimizzare lo stress che la ripetizione dei colloqui può causare al bambino.
8. L'esperto deve rendere espliciti al minore gli scopi del colloquio, tenendo conto della sua età e della sua capacità di comprensione, evitando - in quanto possibile - di caricarlo di responsabilità per quello che riguarda gli eventuali sviluppi del procedimento.
9. Deve tenersi conto che la sintomatologia da stress riscontrabile in bambini abusati è in generale rivelata da indicatori psico-comportamentali aspecifici, che in questo caso possono rappresentare risposte a stress diversi quali, per esempio, quelli dovuti a conflitti o disagi intrafamiliari.

10. I ruoli degli esperti nel procedimento penale, e dello psicoterapeuta o psicoriabilitatore, sono incompatibili.

11. L'assistenza psicologica in giudizio al minore sarà affidata ad operatore specializzato e si svolgerà in tutte le fasi e presso tutte le sedi giudiziarie in cui il caso di abuso è trattato.

12. L'assistenza psicologica prevista dall'art. 609 decies c.p. deve essere svolta da persona diversa dal consulente e non deve interferire, in alcun modo, con l'attività dell'esperto. L'assistente psicologico non potrà esprimere valutazioni sull'attendibilità del minore assistito.

13. Gli esperti consigliano vivamente che, ove possibile, le dichiarazioni del minore vengano, fin dal primo momento, raccolte e opportunamente documentate (mediante fono o videoregistrazione) dalla polizia giudiziaria o dal Pubblico Ministero, con l'ausilio di esperti e comunque tenendo presente i principi contenuti in questa carta. Auspicano inoltre che, in analogia con quanto avviene per i componenti delle sezioni di polizia giudiziaria presso le Procure della Repubblica per i minorenni, vengano istituiti, dalle forze di polizia, organismi in aggiornamento professionale permanente per l'intervento nei casi di abuso sessuale sui minori.

ALLEGATO - E

CARTA DI NOTO AGGIORNATA (7 luglio 2002)

Linee Guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale

PREMESSA

Il presente aggiornamento della Carta di Noto del 1996, che costituisce ormai un riferimento costante per giurisprudenza, letteratura e dottrina, è stato reso necessario dalle innovazioni legislative intervenute nel frattempo e dall'evoluzione della ricerca scientifica in materia.

Le linee guida che seguono devono considerarsi quali suggerimenti diretti a garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando nel contempo al minore la protezione psicologica, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale.

Quando non fanno riferimento a specifiche figure professionali le linee guida valgono per qualunque soggetto che nell'ambito del procedimento instauri un rapporto con il minore.

1. La consulenza tecnica e la perizia in materia di abuso sessuale devono essere affidate a professionisti specificamente formati, tanto se scelti in ambito pubblico quanto se scelti in ambito privato. Essi sono tenuti a garantire il loro costante aggiornamento professionale. Nel raccogliere e valutare le informazioni del minore gli esperti devono:

a) utilizzare metodologie e criteri riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento;

b) esplicitare i modelli teorici utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati.

2. La valutazione psicologica non può avere ad oggetto l'accertamento dei fatti per cui si procede che spetta esclusivamente all'Autorità giudiziaria. L'esperto deve esprimere giudizi di natura psicologica avuto anche riguardo alla peculiarità della fase evolutiva del minore.

3. In caso di abuso intrafamiliare gli accertamenti devono essere estesi ai membri della famiglia, compresa la persona cui è attribuito il fatto, e ove necessario, al contesto sociale del minore.

E' metodologicamente scorretto esprimere un parere senza avere esaminato il minore e gli adulti cui si fa riferimento, sempre che se ne sia avuta la rituale e materiale possibilità. Qualora l'indagine non possa essere svolta con tale ampiezza, va dato conto delle ragioni dell'incompletezza.

4. Si deve ricorrere in ogni caso possibile alla videoregistrazione, o quanto meno all'audioregistrazione, delle attività di acquisizione delle dichiarazioni e dei comportamenti del

minore. Tale materiale, per essere utilizzato ai fini del giudizio, va messo a disposizione delle parti e del magistrato. Qualora il minore sia stato sottoposto a test psicologici i protocolli e gli esiti della somministrazione devono essere prodotti integralmente ed in originale.

5. Al fine di garantire nel modo migliore l'obiettività dell'indagine, l'esperto avrà cura di individuare, esplicitare e valutare le varie ipotesi alternative, siano esse emerse o meno nel corso dei colloqui.

6. Nel colloquio con il minore occorre:

a) garantire che l'incontro avvenga in orari, tempi, modi e luoghi tali da assicurare, per quanto possibile, la serenità del minore;

b) informarlo dei suoi diritti e del suo ruolo in relazione alla procedura in corso;

c) consentirgli di esprimere opinioni, esigenze e preoccupazioni;

d) evitare domande e comportamenti che possano compromettere la spontaneità, la sincerità e la genuinità delle risposte, senza impegnare il minore in responsabilità per ogni eventuale sviluppo procedimentale.

7. L'incidente probatorio è la sede privilegiata di acquisizione delle dichiarazioni del minore nel corso del procedimento.

8. I sintomi di disagio che il minore manifesta non possono essere considerati di per sé come indicatori specifici di abuso sessuale, potendo derivare da conflittualità familiare o da altre cause, mentre la loro assenza non esclude di per sé l'abuso.

9. Quando sia formulato un quesito o prospettata una questione relativa alla compatibilità tra quadro psicologico del minore e ipotesi di reato di violenza sessuale è necessario che l'esperto rappresenti, a chi gli conferisce l'incarico, che le attuali conoscenze in materia non consentono di individuare dei nessi di compatibilità od incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici. L'esperto, anche, se non richiesto, non deve esprimere sul punto della compatibilità né pareri né formulare alcuna conclusione.

10. La funzione dell'esperto, incaricato di effettuare una valutazione sul minore a fini giudiziari deve restare distinta da quella finalizzata al sostegno e trattamento e va pertanto affidata a soggetti diversi. La distinzione dei ruoli e dei soggetti deve essere rispettata anche nel caso in cui tali compiti siano attribuiti ai servizi socio-sanitari pubblici. In ogni caso i dati ottenuti nel corso delle attività di sostegno e di terapia del minore non sono influenti, per loro natura, ai fini dell'accertamento dei fatti che è riservato esclusivamente all'autorità giudiziaria.

11. L'assistenza psicologica al minore va affidata ad un operatore specializzato che manterrà l'incarico in ogni stato e grado del procedimento penale. Tale persona dovrà essere diversa dall'esperto e non potrà comunque interferire nelle attività di indagine e di formazione della prova.

12. Alla luce dei principi espressi da questa Carta si segnala l'urgenza che le istituzioni competenti diano concreta attuazione alle seguenti prescrizioni contenute nell'art. 8 del ***PROTOCOLLO ALLA CONVENZIONE DEI DIRITTI DEL FANCIULLO SULLA VENDITA DI BAMBINI, LA PROSTITUZIONE DEI BAMBINI E LA PORNOGRAFIA RAPPRESENTANTE***

BAMBINI (stipulato il 6 settembre 2000 a New York, ratificato con legge dello Stato 11 marzo 2002 n. 46) con le quali:

1. Gli Stati Parte adottano ad ogni stadio della procedura penale le misure necessarie per proteggere i diritti e gli interessi dei bambini che sono vittime delle pratiche pros critte dal presente Protocollo, in particolare:

a) Riconoscendo la vulnerabilità delle vittime ed adottando le procedure in modo da tenere debitamente conto dei loro particolari bisogni, in particolare in quanto testimoni;

b) Informando le vittime riguardo ai loro diritti, al loro ruolo ed alla portata della procedura, nonché alla programmazione e allo svolgimento della stessa, e circa la decisione pronunciata per il loro caso;

c) Permettendo che, quando gli interessi personali delle vittime sono stati coinvolti, le loro opinioni, i loro bisogni o le loro preoccupazioni siano presentate ed esaminate durante la procedura in modo conforme alle regole di procedura del diritto interno;

d) Fornendo alle vittime servizi di assistenza appropriati, ad ogni stadio della procedura giudiziaria;

e) Proteggendo, se del caso, la vita privata e l'identità delle vittime e adottando misure conformi al diritto interno per prevenire la divulgazione di qualsiasi informazione atta ad identificarle;

f) [...]

g) [...]

2. [...]

3. Gli Stati Parte si accertano che nel modo di trattare le vittime dei reati descritti nel presente Protocollo da parte dell'ordinamento giudiziario penale, l'interesse superiore del bambino sia sempre il criterio fondamentale.

4. Gli Stati Parte adottano misure per impartire una formazione appropriata, in particolare in ambito giuridico e psicologico, alle persone che si occupano delle vittime dei reati di cui al presente Protocollo.

5. Se del caso, gli Stati Parte si adoperano come necessario per garantire la sicurezza e l'integrità delle persone e/o degli organismi di prevenzione e/o di tutela e riabilitazione delle vittime di tali reati.

6. Nessuna disposizione del presente articolo pregiudica il diritto dell'accusato ad un processo equo o imparziale o è incompatibile con tale diritto.

Noto 7 luglio 2002

Seguono i nomi di coloro che hanno contribuito alla revisione della Carta di Noto:

Dr. Adriana Alfieri

Avv. Germano Bellussi

Dr. Cristina Cabras

Dr. Paolo Capri

Avv. Domenico Carponi Schittar

Prof. Avv. Claudia Cesari
S.E. Prof. Giovanni Conso
Avv. Luisella de Cataldo Neuburger
Don Fortunato Di Noto
Avv. Antonio Forza
Dr. Giuliano Giaimis
Prof. Glauco Giostra
Avv. Elisabetta Guidi Randazzo
Prof. Avv. Guglielmo Gulotta
Dr.ssa Anita Lanotte
Prof. Luigi Lanza
Dr. Vania Patané
Avv. Ettore Randazzo
Prof. Lino Rossi
Prof. Fulvio Scaparro
Dr. Franco Scirpo
Dr. Gustavo Sergio
S.E. Cons. Giovanni Tinebra
Dr. Angelo Varese
Pres. Dr. Piero Luigi Vigna

ALLEGATO - F

CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO IN OSPEDALE

1. Il bambino ha diritto al godimento del massimo grado raggiungibile di salute.
2. Il bambino ha diritto ad essere assistito in modo globale.
3. Il bambino ha diritto a ricevere il miglior livello di assistenza.
4. Il bambino ha diritto a veder rispettata la propria identità personale, culturale, religiosa.
5. Il bambino ha diritto a veder rispettata la propria privacy.
6. Il bambino ha diritto a essere tutelato nel proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale, anche nei casi in cui necessita di isolamento. Il bambino ha diritto di norma a non essere trattato con mezzi di contenzione.
7. Il bambino ha diritto a essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile e adeguato al suo sviluppo e alla sua maturazione. Ha diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessi. Le opinioni del bambino devono essere prese in considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione.
8. Il bambino ha diritto a essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguardano. Un assenso/dissenso progressivamente consapevole in rapporto alla maturazione del minore va sempre promosso e ricercato anche soprattutto attraverso le relazioni familiari.
9. Il bambino ha diritto a essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso e a entrare in un progetto di ricerca-sperimentazione clinica, a essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso.
10. Il bambino ha diritto a manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza. Ha diritto a essere sottoposto agli interventi diagnostico-terapeutici.
11. Il bambino ha diritto a essere protetto da ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale.
12. Il bambino ha diritto ad essere educato a seguire, il più autonomamente possibile, gli interventi di "autocura" e ad acquisire la consapevolezza dei segni e dei sintomi specifici della sua malattia.
13. Il minore ha diritto a usufruire di un rapporto riservato paziente-medico, ha diritto altresì a chiedere e a ricevere informazioni che lo aiutino a comprendere la propria sessualità. Ha diritto inoltre a chiedere e a ricevere informazioni sull'uso di farmaci, di sostanze nocive, nonché su eventuali evoluzioni verso le tossicodipendenze, e, se necessario, a essere indirizzato ai servizi di riabilitazione.
14. Il bambino e la famiglia hanno diritto alla partecipazione.

CONCLUSIONI

Sebbene entrambe svolgiamo la nostra attività di infermiere presso i reparti di pronto soccorso e pediatria, il problema del maltrattamento ai minori è stato affrontato per la prima volta durante le lezioni del master in infermieristica forense. Individuare le situazioni di abuso o maltrattamento è di importanza essenziale sia per la sopravvivenza fisica del bambino, sia per il suo successivo sviluppo. Sono queste le ragioni che ci hanno spinto ad affrontare un tema così delicato, oltre ad un vivo interesse e ad una particolare sensibilità per questo argomento.

Accertare un caso di maltrattamento o abuso sessuale sul minore, significa operare un intervento delicato e complesso che presuppone un alto grado di competenza, responsabilità e professionalità. Presuppone inoltre un buon livello di coordinamento e collaborazione tra le diverse figure coinvolte (assistenti sociali, psicologi, medici, infermieri, giudici, polizia, avvocati) e la capacità di operare con un'ottica allargata che tenga in considerazione contemporaneamente aspetti fisici e psicologici; aspetti individuali e relazionali e valuti insieme la vittima potenziale e il suo potenziale abusante (da qui l'importanza delle linee-guida e l'istituzione di equipe multidisciplinari).

Per questo motivo è nata in entrambe la voglia e la necessità di acquisire maggiori conoscenze teoriche e metodologiche sull'argomento.

Dai risultati della nostra ricerca è emerso inoltre il bisogno per l'infermiere di acquisire una maggiore autonomia e nuove competenze specifiche che gli consentano di realizzare strategie di intervento più adeguate a gestire situazioni

complesse che determinano criticità ed instabilità emotiva, indispensabili per sviluppare una cultura di reale attenzione al bambino e ai suoi bisogni, anche attraverso corsi di formazione, centrati sulla prevenzione: e decodificazione dei segnali di disagio del minore maltrattato al fine di evitare il ripetersi del compiuto.

Per arrivare a queste conclusioni è stata fondamentale la consultazione di testi e normative, sia presso la Biblioteca sia su internet e la partecipazione a convegni e congressi sul tema. In questi mesi di approfondimento ed elaborazione dati inoltre, abbiamo capito quanto sia fondamentale per l'infermiere lavorare con protocolli e linee-guida, e quanto la loro carenza sia di difficoltà per lo svolgimento ottimale dell'assistenza al bambino maltrattato. L'infermiere si trova ad intervenire sulla base delle sue conoscenze, molto più spesso sulla base della propria volontà e di ciò che sa fare e non delle obiettive necessità e opportunità cliniche del momento.

Per il ruolo che ci troviamo a ricoprire dobbiamo essere consapevoli dell'esistenza di questo problema, dobbiamo essere in grado di riconoscerlo e saperlo affrontare. L'infermiere, e ancora più l'infermiere forense, deve farsi carico del problema, promuovendo azioni preventive che riducano l'incidenza del problema.

Noi abbiamo cercato di svolgere un lavoro propositivo, consapevoli delle tante lacune culturali, organizzative e formative; probabilmente una conseguente all'altra, racchiudendo semplicemente la possibilità di descrivere ed accogliere le nuove normative che permettono un ampio campo d'azione ed integrare la formazione degli infermieri, in modo da ampliare il loro campo di conoscenze e competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Toniolo Piva Paola. SERVIZI ALLA PERSONA. Manuale Organizzativo. CAROCCI FABER. Roma 2001.
2. Vittorio Volterra. PSICHIATRIA FORENSE, CRIMINOLOGIA ED ETICA PSICHIATRICA. MASSON. Milano, 2006.
3. Alice MILLER. LA PERSECUZIONE DEL BAMBINO. Le radici della violenza. CDE. Milano, 1989.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità. VIOLENZA E SALUTE NEL MONDO. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute. CIS editore. Milano, 2002.
5. Vincenzo Mastronardi. MANUALE PER OPERATORI CRIMINOLOGI E PSICOPATOLOGI FORENSI. IV° Edizione, Dott. A. GIUFFRÈ EDITORE. Milano 2001.
6. Rosaria Stimoli. ABUSO SULL'INFANZIA. Analisi del fenomeno e una proposta di ricerca. Bonanno Editore. Roma, 2005.
7. F. Montecchi. GLI ABUSI ALL'INFANZIA. Dalla ricerca all'intervento clinico. NIS. Roma 1994.
8. Cristina Roccia. DALLA PARTE DELL'INFANZIA, riconoscere e ascoltare il trauma. Maltrattamento e abuso sessuale sui minori: prevenzione e terapia. Franco Angeli Editore. Milano, 2001.
9. G. Esposito. IL MALE MINORE. Violenza, Maltrattamenti, e abusi all'infanzia. EDIZIONI LAVORO. Roma 2005.
10. F. Montecchi. I MALTRATTAMENTI E GLI ABUSI SUI BAMBINI. Franco Angeli Editore. Milano 1998
11. Sergio Lo Russo, Adelmo Manna. L'ABUSO SESSUALE SUI MINORI: prassi giudiziarie e novità normative introdotte dalla legge 38/2006 sulla pedopornografia. Giuffrè Editore. Milano, 2007.
12. Clara Moretto. L'ASSISTENZA DI BASE IN PEDIATRIA: l'infermiere e la salute del bambino. CAROCCI FABER. Roma 2003.

13. Giovanni Battista Traverso. CRIMINOLOGIA E PSICHIATRIA FORENSE: momenti di riflessione dottrinale ed applicativa. A. Giuffrè. Milano, 1987.
14. Ugo Fornari. TRATTATO DI PSICHIATRIA FORENSE. IV Edizione. UTET GIURIDICA. Torino 2008.
15. A. Cadoppi. COMMENTARIO ALLE NORME CONTRO LA VIOLENZA SESSUALE. Cedam. Padova, 1996.
16. F. Bartolini, L. Alibrandi, P. Corso. QUATTRO CODICI. CIVILE E DI PROCEDURA CIVILE PENALE E DI PROCEDURA PENALE. IV Edizione. Casa Editrice La Tribuna. Piacenza 2008.
17. A.C. Moro. MANUALE DI DIRITTO MINORILE. Zanichelli. Bologna, 1996.
18. R. Pellegrini. SESSUOLOGIA. Cedam. Padova, 1960.
19. G. Spagnolo. "LA PROBLEMATICHE DEI RAPPORTI SESSUALI CON MINORI E TRA MINORI". In Riv. It. Dir. Proc. Pen. 1990.
20. P. Monni. L'ARCIPELAGO DELLA VERGOGNA, TURISMO SESSUALE E PEDOFILIA. Edizioni Universitarie. Roma, 2001.
21. G. Scardaccione, A. Baldry. TIPOLOGIA DELL'ABUSO SESSUALE ED INTERVENTO GIUDIZIARIO. Rass. It. VIII, 1997.
22. Luca Benci. MANUALE GIURIDICO PROFESSIONALE PER L'ESERCIZIO DEL NURSING. Mc Graw Hill. Milano 2005.
23. Ferrando Mantovani. DIRITTO PENALE PARTE SPECIALE I. DELITTI CONTRO LA PERSONA. III Edizione. CEDAM. Padova, 2008.
24. A. Cadoppi, S. Canestrai, M. Papa. I REATI CONTRO LA FAMIGLIA. UTET Giuridica. Milano 2007.
25. Marina Franchi. PROTEZIONE DEI MINORI E DIRITTO INTERNAZIONALE PRIVATO. GIUFFRÈ EDITORE. Milano, 1997.
26. Telefono Azzurro. 3° RAPPORTO NAZIONALE SULLA CONDIZIONE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA. L'ascolto e la giustizia, il disagio e l'abuso, la psicologia e la salute, l'educazione, la cultura e il tempo libero, la famiglia. Edizioni EURISPES 2002.

- 27.M. Malacrea, S. Lorenzini. BAMBINI ABUSATI. Linee-guida nel dibattito internazionale. Raffaello Cortina Editore. Milano 2002.
- 28.S. Cirillo, P. Di Blasio. LA FAMIGLIA MALTRATTANTE. Diagnosi e terapia. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1994.
- 29.C. Roccia. L'ABUSO ALL'INFANZIA. Linee-guida per l'intervento nei casi di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale ai danni dei bambini e degli adolescenti. Bollettino Centro Studi sui problemi dell'età evolutiva Hänsel e Gretel. Torino 2000.
- 30.C. Foti, C. Borsetto, A. Maltese. IL MALTRATTAMENTO INVISIBILE. Scuola, famiglia, istituzioni. Franco Angeli. Milano 2000.
31. A. Aburrà, R. Boscaiolo, A. Gaeta, F. Gogliani, E. Licastro, R. Turino. IL BAMBINO TRADITO. Carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori. Carocci Editore. Torino 2000.
32. Luigi Cancrini. L'OCEANO BORDERLINE: racconti di viaggio. R. Cortina. Milano, 2006.
- 33.A. Campanini. MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA. Problemi e strategie di intervento. NIS. Roma 1993.
- 34.Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza. LINEE GUIDA IN TEMA DI ABUSO SUI MINORI. Gardolo. Trento, 2007.
- 35.Judith Lewis Herman. GUARIRE DAL TRAUMA. MAGI Editore. Roma, 2005.
- 36.Regione Toscana. GUIDA E STRUMENTI OPERATIVI IN MATERIA DI ABBANDONO E MALTRATTAMENTO DEI MINORI. Delibera n° 313 del 25 marzo 2002. istituti degli Innocenti. Firenze.
- 37.Davide Dettore, Carla Fuligni. L'ABUSO SESSUALE SUI MINORI. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili. Mc Graw Hill. Milano, 2008.
- 38.Daniele Rodriguez, Anna Aprile. MEDICINA LEGALE PER INFERMIERI. Carocci Faber. Roma 2005.

39. Cristina Drago. IL PROBLEMA DELLA SANZIONE PENALE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO DEI MINORI: soluzioni alternative in senso preventivo. Milano, Università degli Studi, 1992.
40. CISMAI Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia Regione Abruzzo Assessorato alle Politiche Sociali *Linee Guida Maltrattamento e Abuso ai Minori -Regione Abruzzo.*
41. LINEE GUIDA. Assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. A cura del SVS Soccorso Violenza Sessuale. Milano 2006.
42. Ernesto Caffò. IL BAMBINO A MOSAICO. L'impegno per l'infanzia, conoscenza e intervento. Guerini e associati. Milano, 1998.
43. Gloriana Rangone, Marco Chistolini, Francesco Vadilonga. LE PAROLE DIFFICILI. La formazione degli operatori in materia di maltrattamento ed abuso minorile. Franco Angeli Editore. Milano, 2004.
44. Consiglio d'Europa. ABOLIRE LE PUNIZIONI CORPORALI NEI CONFRONTI DEI BAMBINI. Domande e risposte. Strasburgo, 2008.
45. Immacolata Dall'Oglio. BEST PRACTICE IN INFERMIERISTICA PEDIATRICA. Infermieristica pediatrica: l'assistenza al bambino e alla famiglia. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Roma, 2008.
46. Del Vecchio S. "L'INDAGINE MEDICO-LEGALE NEL DELITTO DI VIOLENZA SESSUALE SUI MINORI" in: Giommi R., Perrotta M. Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti.", Edizione del Cerro, Firenze, 1997.
47. G.F.T. Gruppo Formazione Triage. TRIAGE INFERMIERISTICO. McGraw Hill. Milano, 2000.
48. Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica. IL TRIAGE OSPEDALIERO. Regione Lazio. Roma, 2007.
49. Fuligni C. "LA PERIZIA PSICOLOGICA SUI MINORI NEI PROCESSI PER PEDOFILI". Edizione del Cerro. Firenze, 1999.
50. Lloyd de Manse. L'EVOLUZIONE DELL'INFANZIA. Emme Edizioni Milano, 1983.

51. Massimo Picozzi, Michele Maggi. PEDOFILIA. NON CHIAMATELO AMORE. Guerrini e associati. Milano, 2007.
52. Carta di Noto: REGOLE PER L'ESAME DEL MINORE IN CASO DI ABUSO SESSUALE, Noto, 6-9 giugno 1996.
53. Aldo Franchini. SEGRETO PROFESSIONALE, REFERTO MEDICO E DENUNCIA OBBLIGATORIA. Istituto italiano di medicina sociale. Firenze, 1996.
54. Giuseppina Mandorla, Salvatore Castorina. VIOLENZA FAMILIARE E MALTRATTAMENTO MINORILE. Osservatorio del Maltrattamento sui minori. C.U.E.C.M. (Cooperativa Universitaria Editrice Catanese di Magistero). Catania, 1998.minorile.
55. Alice MILLER. IL BAMBINO INASCOLTATO, realtà infantile e dogma psicoanalitico. Bollati Boringhieri. Torino, 1989.
56. Cristina Roccia, Claudio Foti. L'ABUSO SESSUALE SUI MINORI: educazione sessuale, prevenzione, trattamento. UNICOPLI. Milano, 1994.
57. Liliana M. Daher. ABUSO SUI MINORI: Strategie e Azioni. Ed. Bonanno. Acireale 2006.
58. P. Venditti, M. Riccio. Comunicazione presentata al XIV Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, sul tema "LE VITTIME DEI REATI SESSUALI". Modena, 27 settembre 1996.

ATTI CONGRESSI E CONVEGNI

59. Atti del Convegno "INFERMIERE E RESPONSABILITA' NELLA QUOTIDIANITA'" Trento 2 DICEMBRE 1998. COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI di TRENTO.
60. Convegno Nazionale Minori Abusati e Maltrattati: "ABUSI VIOLENZE, MALTRATTAMENTI SU MINORI: i professionisti si interrogano". LILIUM. SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE a.r.l. ONLUS. Pescara 25 e 26 giugno 2009.

- 61.P. Facchin, D. Gabber, L. Brusandin, F. Zocchello. Conferenza Europea sul Bambino Maltrattato per costruire strategie europee in tema di tutela del bambino. IV CONFERENZA EUROPEA SUL BAMBINO MALTRATTATO. Padova 28-31 marzo 1993.
- 62.Maria Pia Santoro. L'ABUSO SESSUALE NEI MINORI E L'INFERMIERE ESPERTO DI TRIAGE. G.F.T. Gruppo Formazione Triage. Atti del 2° Convegno Internazionale IL TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO: "L'EVOLUZIONE". 7-8-9- maggio. Riccione 2009.

SITOGRAFIA

- 1) <http://www.giustizia.it>. Accesso 28 marzo 2009.
- 2) <http://www.minori.it>: centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Accesso 28 marzo 2009.
- 3) <http://www.regione.piemonte.it>: regione Piemonte settore statistico. Accesso 14 aprile 2009.
- 4) <http://www.infanziaviolata.org>. Accesso 21 aprile 2009.
- 5) <http://www.cismai.it>. Accesso 14 aprile 2009.
- 6) <http://www.abusi.it>. Accesso 17 giugno 2009.
- 7) <http://www.aquiloneblu.org>. Accesso 17 giugno 2009.
- 8) www.coe.int. Accesso 9 ottobre 2009.
- 9) www.stopcorporalpunishment.org. Accesso 21 ottobre 2009.
- 10) <http://www.demetra.ch/maltrattamento.html.istitutodegliinnocenti.it>. Accesso 30 marzo 2009.
- 11) <http://www.squethechildren.it>. Accesso 30 marzo 2009.
- 12) www.naturalchild.it. 28 marzo 2009.
- 13) www.nontogliermiilsorriso.org. Accesso 27 marzo 2009.
- 14) <http://www.minoriefamiglia.it>. Accesso 14 aprile 2009.
- 15) <http://www.114.it>. Accesso 12 aprile 2009.

- 16) http://www.tutori.it/minori_indicatori_maltrattamento.html. Accesso 5 maggio 2009.
- 17) <http://www.telefonoazzurro.it>. Accesso 27 marzo 2009.
- 18) www.giulemanidaibambini.org. Accesso 27 marzo. 2009.
- 19) www.bambinonaturale.it. Accesso 14 maggio 2009.

NORMATIVA

1. Legge 66/96 “norme contro la violenza sessuale”.
2. Legge 269/98 “norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori”.
3. Legge 38/2006 “disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia a mezzo internet”.
4. Legge 26.2.1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.