

L'Abuso all'infanzia ed il ruolo del pediatra all'interno della rete di cura e di protezione



Prof. Ernesto Caffo
Cattedra di Neuropsichiatria Infantile
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

L'ABUSO nelle RICERCHE INTERNAZIONALI

- Secondo il *World Report on Violence and Health* (2002) l'8% dei maschi e il 25% delle femmine fino all'età di 18 anni ha avuto esperienza di qualche forma di abuso sessuale
- Secondo lo stesso rapporto nel 2000, 57.000 bambini sotto i 15 anni sono morti per omicidio: i traumi cranici sono stati la causa più frequente di decesso seguita da traumi all'addome e da soffocamento

I reati di violenza sessuale contro minori in Italia -1

Tabella 1

Bambini e adolescenti vittime di abuso sessuale, segnalazioni di reato e persone denunciate all'Autorità giudiziaria

Anni 2002-2003-2004 e 1° semestre 2005

Valori assoluti

Anni	Vittime	Segnalazioni di reato	Persone denunciate all'A.G.
2002	598	493	587
2003	749	565	666
2004	845	689	813
2005*	455	389	443

*Dati relativi al 1° semestre del 2005

Fonte: Elaborazione Telefono Azzurro su dati della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato-Servizio Centrale Operativo - Divisione Analisi

I reati di violenza sessuale contro minori in Italia-2

Secondo I dati della direzione Centrale della Polizia Criminale:

- Si collocano ai primi posti per numero di abuso sessuale le regioni: **Lombardia, Campania, Sicilia e Toscana**;
- Le principali vittime di abuso sessuale sono **bambine e adolescenti** (ma nel 23% dei casi nel 2005 sono coinvolti anche i maschi)
- La classe di età in cui si registrano le maggiori vittime è quella compresa tra gli **11 e i 14 anni**;
- In relazione alla classe di età e al sesso: maschi (**0-10 anni, 47,5%**; 11-14 anni, 29,7%; 15-17 anni, 22,8%); femmine (0-10 anni, 31,9%; **11-14 anni, 35,9%**; 15-17 anni 32,2%)
- Viene confermata la relazione di **conoscenza** tra vittima e autore (83% dei casi). Di questo 83% nel 2005 il 40,8% è un componente della famiglia (prevalentemente genitori, zii e conviventi)

L'ABUSO NELL'INFANZIA: QUALI CONSEGUENZE?

Secondo il *World Report on Violence and Health* (2002) rispetto a bambini non abusati:

- le vittime di abusi (senza contatto) hanno una probabilità 4 volte superiore di soffrire di disturbi d'ansia (PTSD);
- le vittime di abusi (con contatto) hanno una probabilità due volte superiore di sviluppare depressione, disturbo di attacchi di panico e abuso di sostanze;
- le vittime di abusi (con penetrazione) hanno il doppio delle probabilità di divenire depressi, il triplo delle probabilità di soffrire di attacchi di panico e il quadruplo delle probabilità di tentare il suicidio.

Il pediatra nel sistema territoriale

- Il Pediatra è oggi inserito all'interno di sistemi territoriali attivi nell'individuazione di *protocolli di intesa*, di *procedure operative* e nella costituzione di una *operatività integrata* sul tema dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia



COINVOLGIMENTO: IN 4 DIVERSE “FASI” DELL’ABUSO

Il pediatra ricopre un importante ruolo:

- Nella **prevenzione** dell’abuso (ad es, promuovendo lo sviluppo di fattori protettivi nel bambino e nella sua famiglia)
- Nella **valutazione precoce dei segnali di disagio** (fattori di rischio) riferibili ad un sospetto abuso
- Nell’attivazione di **percorsi di cura e giudiziari**
- **Dopo** che l’abuso si è verificato, nel percorso di **cura e sostegno** al bambino e alla famiglia

Il ruolo del pediatra

- Il pediatra di base ed il Pronto Soccorso pediatrico rappresentano spesso i primi soggetti in grado di raccogliere segnali di disagio e di sofferenza da parte del bambino e del suo ambiente familiare.
- E' spesso proprio a partire da alcuni segnali ed evidenze di carattere clinico (segni fisici, cambiamenti comportamentali, disturbi psicopatologici più o meno specifici) che è possibile avanzare il primo sospetto di una condizione di abuso e/o trascuratezza.
- In tal senso, dovrebbero essere previsti programmi di formazione e di aggiornamento volti a fornire gli strumenti clinici ed osservativi per rilevare queste prime manifestazioni, a partire da quel rapporto di fiducia e soprattutto di “ascolto partecipe” che normalmente si stabilisce tra il medico, il bambino e la sua famiglia.



E' in ambito propriamente pediatrico che si verifica spesso la possibilità di raccogliere ed interpretare tempestivamente i segnali di rischio di abuso o di trascuratezza conclamato, operando una prima valutazione degli elementi clinici, anamnestici ed ambientali che riguardano il bambino.

Un sospetto di abuso può formarsi in base una serie di fattori tra cui:

- Informazioni raccolte nell'esercizio delle proprie funzioni (colloqui con il bambino o con i genitori o altri parenti, confidenze fatte spontaneamente dal bambino, ecc).
- Presenza di segnali fisici o psicologico-comportamentali (questi ultimi se accompagnati da racconti o confidenze raccolta dal bambino o dai genitori o altri parenti) di maltrattamento o abuso notati o rilevati nell'esercizio delle proprie funzioni.

La valutazione e segnalazione dell'abuso

Qualunque decisione di attivare
percorsi di cura e giudiziari
dovrebbe scaturire da un
sospetto “sufficientemente fondato”

Ecco dunque la necessità di rilevare:

- **elementi fisici e comportamentali mostrati dal bambino**
- **aspetti contestuali**
- **racconto eventualmente prodotto dal bambino**

Quale interesse?

- Occorre sempre ricordare che in queste situazioni dovrebbe prevalere l'interesse del bambino e la sua tutela (*principio di beneficità*), anche in relazione alla obbligatorietà dell'azione penale (*principio di legalità*)
- A questo proposito, si ricorda che il coinvolgimento giudiziario di un minore all'interno di un procedimento penale può produrre effetti negativi sul minore stesso (**concetto di abuso istituzionale**: ascolti ripetuti, tempi del processo diversi dal tempo del bambino, etc.)
- Tali esiti dovrebbero indurre alla necessaria **cautela** nella valutazione degli elementi raccolti e ad un lavoro più integrato con la rete territoriale, interna ed esterna all'ospedale, al fine di evitare l'attivazione di procedimenti penali sulla base di elementi privi di fondatezza

Cosa valutare?

Situazioni di abuso fisico

Criteria generali

- - ***localizzazione delle lesioni:*** lesioni tegumentarie in sedi normalmente atipiche (zona retroauricolare, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi); segni, attuali o pregressi, di morsi non animali in zone corporee non autoaggredibili; fratture epifisometafisarie, fratture costali, della clavicola e dell'acromion, in bambini che non hanno ancora acquisito una sufficiente autonomia motoria;

- *numero delle lesioni*: lesioni su differenti distretti corporei, lesioni multiple e lesioni multiformi per tipologia (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, lacerazioni ecc.);
- *cronologia delle lesioni* (con particolare riguardo all'epoca, all'evoluzione cicatriziale delle lesioni dei tessuti molli e delle fratture);
- *età del minore*: più il bambino è piccolo, meno verosimili risulteranno le giustificazioni date dagli abusi su traumatismi accidentali da lui stesso provocati.

Segni fisici del maltrattamento sono in genere costituiti da:

- esperienze di traumi contusivi;
- abrasioni;
- escoriazioni;
- ecchimosi;
- ferite lacerocontuse o lacere;
- morsi;
- vibige (frustate);
- lesioni scheletriche;
- lesioni viscerali;
- esiti cicatriziali.

-*Alcune contusioni* hanno la caratteristica di riprodurre "a stampo" la morfologia del corpo contundente che le ha provocate (mano, corda, cinghia).

- *Le ecchimosi*, frequenti nei bambini, devono far sorgere il sospetto di abuso quando sono presenti in un bambino molto piccolo che ancora non cammina o nei bambini più grandi quando sono localizzati all'addome o al torace. E' importante accertarsi che il bambino non soffra di malattie emorragiche e differenziare le ecchimosi dalle macchie mongoliche che sono localizzate a livello del sacro e talvolta lateralmente alla colonna vertebrale.

- I morsi: differenziare se il morso è stato inferto da un adulto o da un altro bambino, in quest'ultima evenienza la distanza tra i canini è inferiore ai 3 cm;
- Le ustioni da immersione forzata: con aspetto a calza o a guanto e assenza dell'ustione nella superficie cutanea a contatto con la vasca o il bidé;
- Le ustioni da sigaretta: la lesione da sigaretta è più profonda interessando il derma ed è perfettamente circolare;

- *Lesioni scheletriche*: fratture multiple di diverso stadio di evoluzione. Pregresse fratture mal consolidate, frattura a carico delle ossa lunghe in bambini molto piccoli, fratture metafisarie, fratture costali multiple secondarie a manovre di afferramento e di costrizione;

- *Traumi cranici*: ematomi subdurali, frattura cranica, emorragia intraoculare, otorragia o di epistassi, altra patologia;


Diagnostica per immagini dell'abuso fisico

Elementi che nell'insieme possono alertare il radiologo sono rappresentati da:

- lesioni multiple (ossee o delle parti molli) in considerazione dell'età del paziente, la sede delle lesioni, gli aspetti particolari di alcune lesioni e infine la cronologia della lesione stessa.
- Le lesioni scheletriche ad alta specificità sono le lesioni metafisarie, le fratture posteriori delle costole, le, le fratture della scapola e dei processi spinosi vertebrali e le fratture sternali.
- Di media specificità sono le fratture multiple, specialmente bilaterali, le fratture di diversa età, i distacchi epifisari, e le fratture dei corpi vertebrali e le lussazioni, le fratture clavicolari, le fratture delle diafisi delle ossa lunghe e le fratture lineari del cranio.


- *L'espressione di concussione cranica (Shaken Syndrome):* ematoma subdurale, associato a emorragie intraoculari;

- *Altre manifestazioni cliniche:* distacchi retinici, emorragie retiniche e preretiniche, perforazione della membrana timpanica (da schiaffo), lesioni viscerali (fegato, milza, reni).



Le lesioni del cranio sono molto spesso a carico del contenuto piuttosto che delle ossa e in questo caso sono riconoscibili soltanto mediante una tomografia assiale computerizzata (TAC) o una risonanza magnetica nucleare (RMN).

Altre lesioni non riconoscibili con la semplice radiografia sono quelle addominali chiuse.



Le lesioni più frequenti sono costituite dai danni a carico degli organi cavi, come rotture ed ematomi intramurali, lesioni dei vari mesenterici, lesioni del fegato e pancreas e versamenti peritoneali.

In questi casi ci aiuta l'ecografia che ci fa riconoscere lesioni di organi parenchimatosi o piccole raccolte endoperitoneali reattive come piccole falci di raccolta sottoepatica o raccolte retrovescicali.

Situazioni di abuso sessuale

- Non esistono sintomi o comportamenti specificamente riconducibili ad un'esperienza di vittimizzazione sessuale; occorre molta cautela prima di inoltrare una segnalazione alla autorità giudiziaria sulla sola base di un solo elemento di valutazione o "indicatore" psicologico/comportamentale.
- Con particolare attenzione va valutata la presenza di eventuali comportamenti sessuali nel bambino, o c.d. "**sessualizzazione traumatica**", caratterizzata da comportamenti sessualizzati imitativi del comportamento dell'adulto, incongrui per l'età, agiti ripetutamente nonostante le proibizioni, accompagnati da sintomi ansiosi di origine post-traumatica.

Le dimensioni del fenomeno: ?

Falsi positivi

Casi accertati

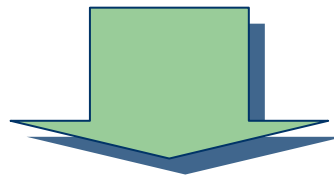
Falsi negativi

La complessità dell'abuso 1

- E' raro che un bambino presenti segnali fisici che inequivocabilmente possono essere riferiti ad un abuso
- Non esiste una “sindrome del bambino abusato”: la sintomatologia possibile in caso di abuso sessuale è molto varia; spesso i sintomi non sono specifici.
- Non è individuabile un profilo tipo di bambino/ adolescente abusato: l'identificazione di un bambino a rischio di abuso sessuale sulla base di indicatori ha buone probabilità di essere molto imprecisa e potenzialmente fuorviante (Fergusson, Mullen, 1999)

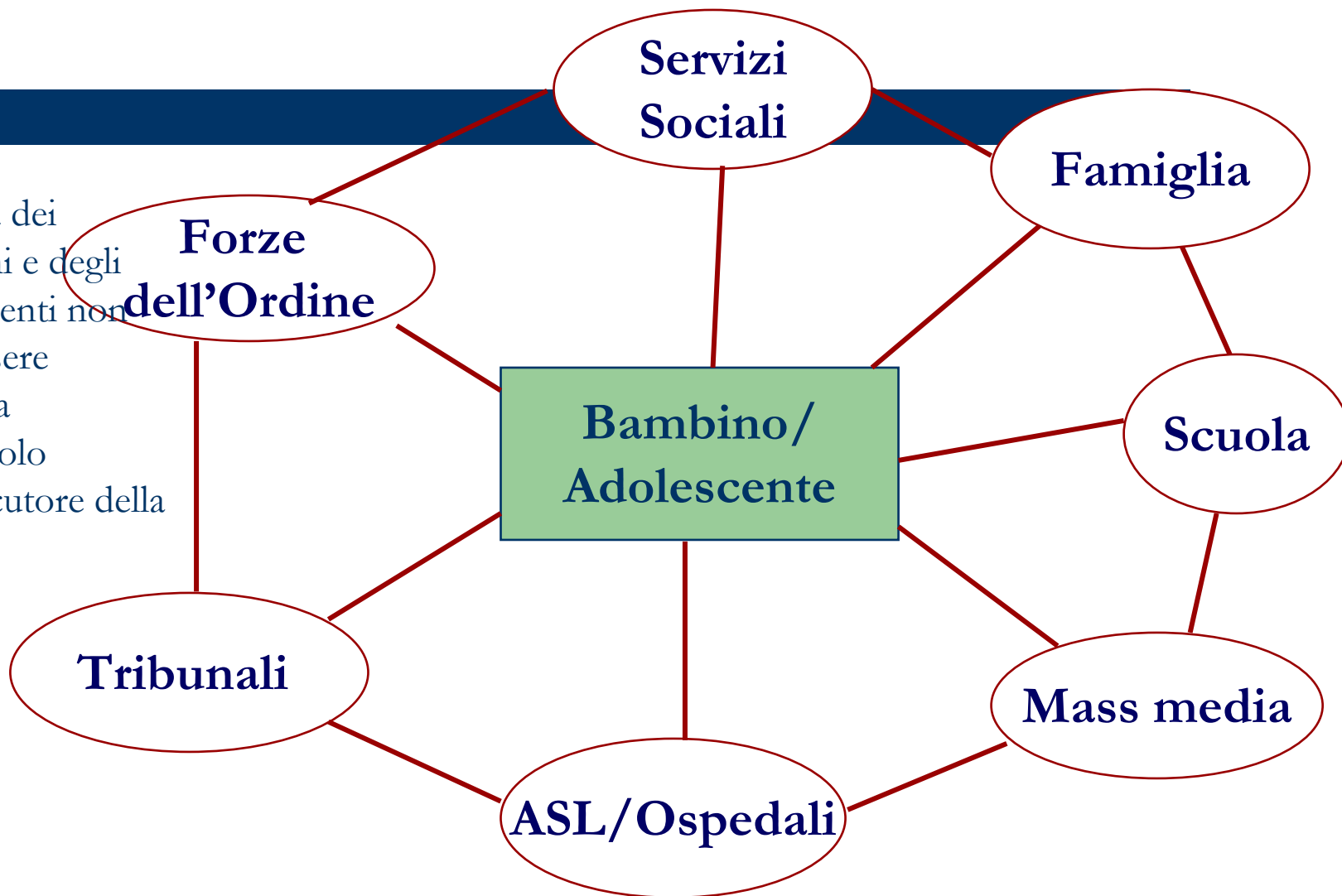
La valutazione in rete

Tale complessità dovrebbe indurre alla necessaria **cautela** nella valutazione degli elementi raccolti e ad un *lavoro più integrato con la rete dei servizi*



Evitare, anche nelle situazioni di emergenza, decisioni affrettate ed azioni solitarie

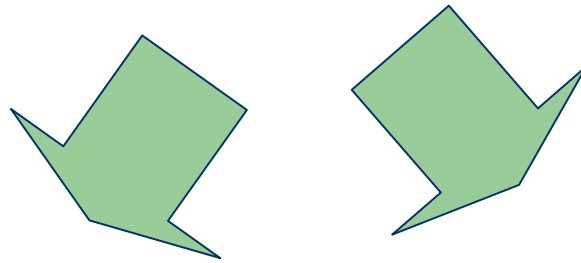
La rete dell'ascolto e dell'intervento



La cura dei bambini e degli adolescenti non può essere delegata ad un solo interlocutore della rete.

Il pediatra nella rete

Se la valutazione e l'intervento non sono progettati all'interno di un efficace lavoro "in rete" possono prodursi



Falsi positivi

conseguenze negative sia sulla salute mentale dei minori coinvolti, sia sulla possibilità di pervenire ad un corretto accertamento dei fatti.

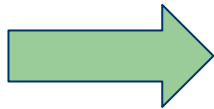
Segnalazione “estensiva”

Punti di forza:

- *Rilevazione dei casi “sommersi”*
- *Protezione del soggetto “a rischio”*
- *Non interferenza con le indagini giudiziarie*

Punti di debolezza:

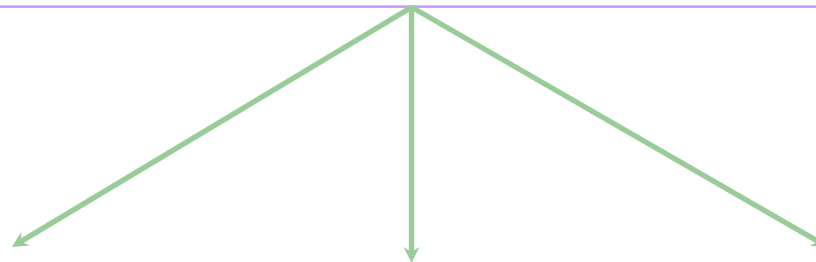
- *Aspecificità degli “indicatori”*
- *Introduzione nel circuito giudiziario dei falsi positivi (vittimizzazione secondaria)*
- *Interferenza nel funzionamento familiare/non valorizzazione delle risorse*



**Verso modelli
preventivi e di
intervento fondati
sulle “evidenze
scientifiche” (*good
practices*)**

Approccio *evidence based*: procedure

- ***Costruire ipotesi causali e linee di intervento sulla base degli elementi di certezza***
- ***Scegliere le strategie di cui sia stata dimostrata l'efficacia***



Ascolto del bambino

**Valutazione degli
aspetti psicosociali**

Scelte preventivo/terapeutiche



Segnalazione “qualificata”

- Presenza di un sospetto “sufficientemente fondato”.
- Preventiva valutazione clinica e psicosociale fondata su:
 - segni fisici evidenti
 - testimonianza diretta.
- Non segnalazioni al T.O. fondate soltanto su:
 - indicatori comportamentali non corroborati da testimonianze dirette
 - testimonianze *de relato*.

Occorre sempre tenere presente che le procedure rivolte al sostegno del bambino e della sua famiglia dovrebbero prevalere su quelle connesse alle esigenze di accertamento giudiziario (“traumatismi secondari”).




“massimizzare le informazioni e minimizzare lo stress”



Una volta inoltrata la segnalazione, spetta al P.M. disporre gli eventuali esami fisici in caso di presunto abuso fisico e/o sessuale e raccogliere le sommarie informazioni testimoniali (S.I.T.).

Occorre tenere presente che raramente l'esame fisico (specie nei casi di presunto abuso sessuale) fornisce elementi forniti di una sufficiente specificità.



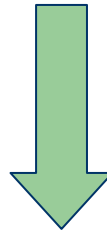
Risulta quindi importante provvedere a raccogliere con molta tempestività la testimonianza diretta del minore presunta vittima, utilizzando i protocolli di intervista presenti in letteratura, per evitare:

- 1) pressioni a dire;
- 2) pressioni a non dire;
- 3) interviste inadeguate/suggestive.

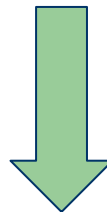
Presenza di un indicatore fisico/comportamentale



Segnalazione alla Procura del T.O.



Tempestiva raccolta di S.I.T. da parte del P.M. o della P.G. coadiuvati da consulente (NPI, psicologo) esperto in psicologia della testimonianza





ATTIVAZIONE DELLA RETE

La decisione di effettuare una segnalazione dovrebbe scaturire da un “*sospetto sufficientemente fondato*”, come viene affermato nelle Linee guida della S.I.N.P.I.A.

La segnalazione si concretizza a partire dalla ipotesi ragionevolmente circostanziata e documentata che sia stato commesso un reato tale da configurare un pericolo o comunque una situazione pregiudizievole per la salute fisica e/o psichica del bambino, tale da meritare un intervento di accertamento da parte dell'autorità giudiziaria (civile e/o penale).

In ogni caso, risulta importante provvedere ad attivare le istituzioni che possano disporre una tempestiva raccolta della **testimonianza diretta** del minore presunta vittima, utilizzando i protocolli di intervista presenti in letteratura, al fine di evitare:

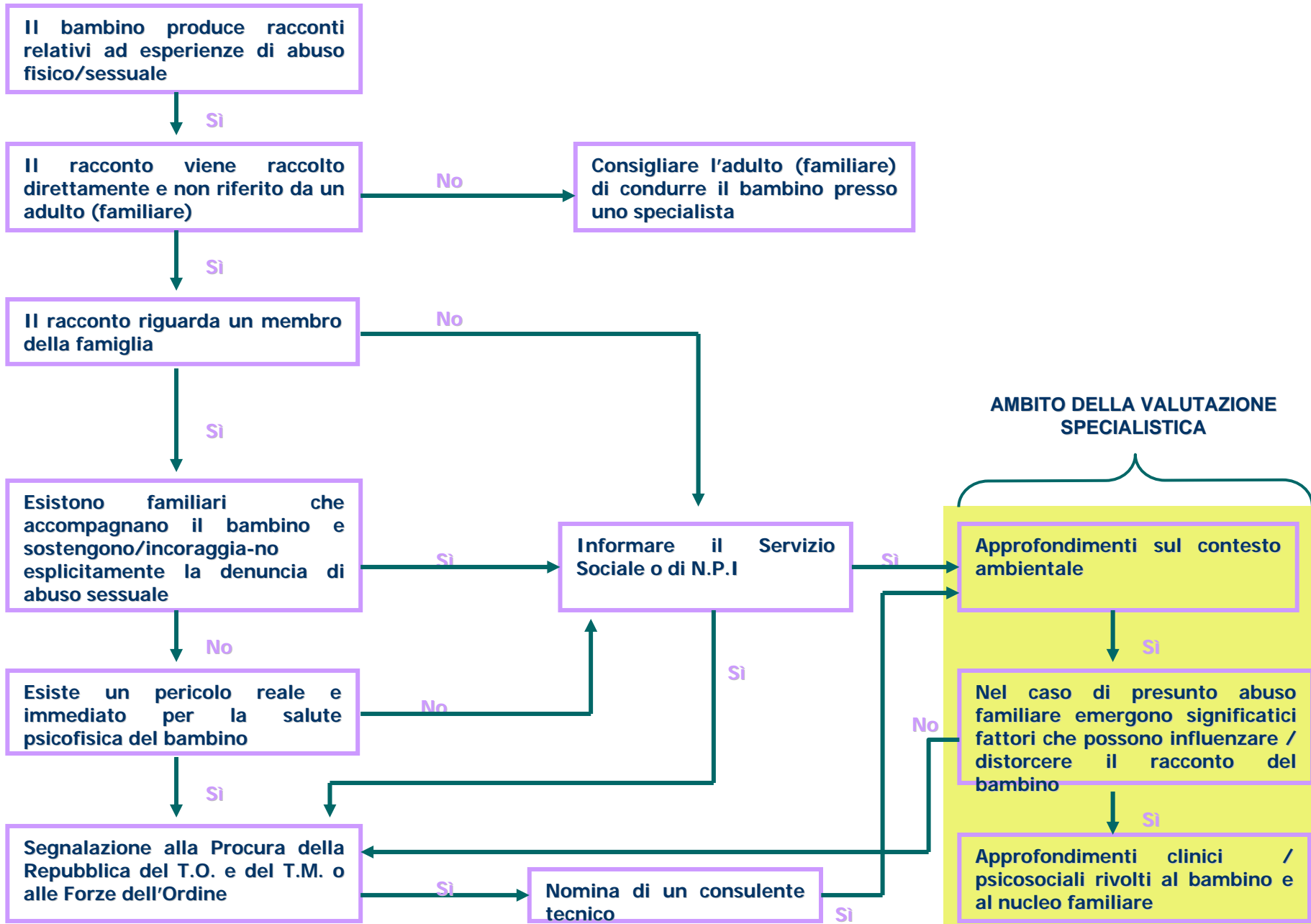
- 1) pressioni a dire;
- 2) pressioni a non dire;
- 3) interviste inadeguate/suggestive.



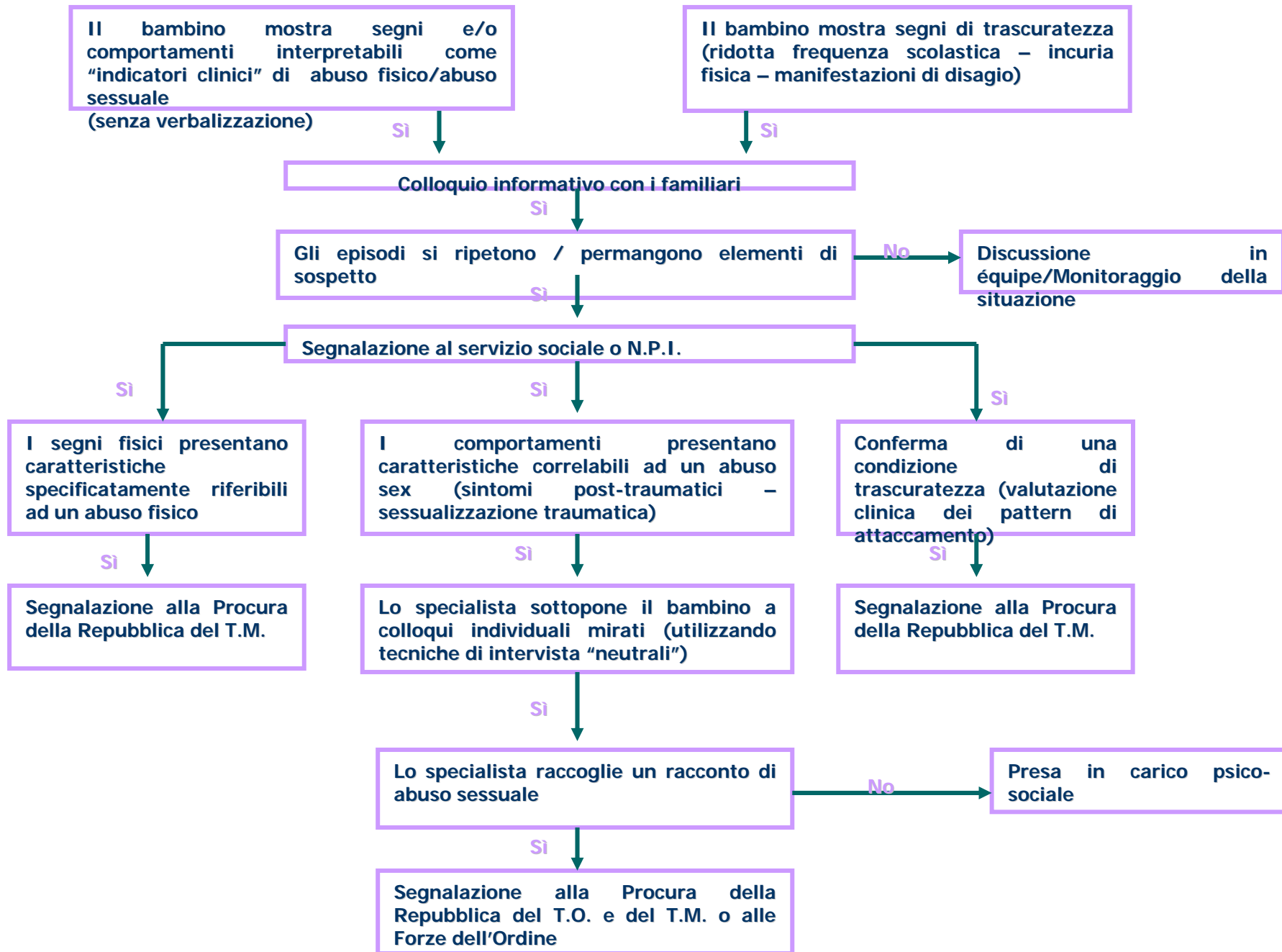
La segnalazione dovrà inoltre contenere riferimenti al contesto ambientale all'interno del quale sono stati raccolti i segnali fisici e/o testimoniali, specie nei casi di presunto abuso intrafamiliare e allorché il denunziante è uno dei familiari.

PERCORSI DELLA SEGNALAZIONE – 1

(da parte di incaricato di Pubblico Servizio)

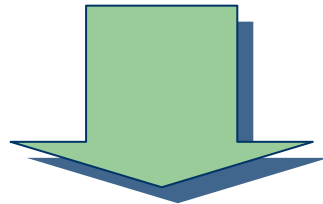


PERCORSI DELLA SEGNALAZIONE – 2



Conclusione 1

La protezione dei bambini dalle diverse forme di abuso e di violenza non dovrebbe essere considerata una “sottospecialità” della pediatria, ma dovrebbe essere parte integrante della formazione e dell’operatività



In tal senso, dovrebbero essere previsti programmi di formazione e di aggiornamento volti a fornire le conoscenze e gli strumenti clinici utili a rilevare queste prime manifestazioni,

Conclusione 2

- Il Pediatra è oggi inserito all'interno di sistemi territoriali attivi nell'individuazione di *protocolli di intesa*, di *procedure operative* e nella costituzione di una *operatività integrata* sul tema dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia



Grazie per l'attenzione

Per informazioni:
www.abuso.unimo.it

caffo@unimo.it






- **ALCUNI ELEMENTI GIURIDICI**

La segnalazione: chi la effettua

La segnalazione all'Autorità Giudiziaria può essere effettuata da qualsiasi persona o Istituzione che sia pervenuta a conoscenza di una situazione lesiva o pericolosa per la salute fisica o psichica di un minore



La segnalazione assume un carattere di *obbligatorietà* qualora tale persona (o Istituzione) si trovi ad esercitare una funzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori socio-sanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali).

Si definisce Pubblico Ufficiale

“Colui che esercita una funzione pubblica in ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinato da norme di diritto pubblico. In pratica chiunque svolga un pubblico servizio come dipendente di una Pubblica Amministrazione.

Nell'ambito scolastico sono Pubblici Ufficiali i Dirigenti Scolastici delle scuole di ogni ordine e grado, gli Insegnanti, gli Psicopedagogisti.

Nell'ambito sanitario sono Pubblici Ufficiali tutti gli operatori del settore pediatrico che siano dipendenti della Pubblica Amministrazione.

Si definisce Operatore Incaricato di Pubblico Servizio

Colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio fatta esclusione per le prestazioni d'opera meramente materiali.

Nell'ambito scolastico, sono Operatori incaricati di Pubblico Servizio tutti gli operatori dei servizi scolastici privati (insegnanti, educatori, dirigenti, coordinatori) nonché tutto il personale educativo assistenziale che opera nella scuola pubblica pur essendo assunto in convenzione o dipendente da enti privati.

Nell'ambito sanitario e dei servizi sociali complessivamente intesi, sono Operatori incaricati di Pubblico Servizio tutti i liberi professionisti che operano privatamente o che operano nell'ambito delle strutture pubbliche ma con contratti libero-professionali o in convenzione.

Si distinguono:


- segnalazioni in ambito civile
(situazioni di pregiudizio della
salute psicofisica di un minore)**
- segnalazioni in ambito penale
(notizie di reato)**

**MINORI CHE SI TROVANO IN SITUAZIONI DI
DISAGIO O PREGIUDIZIO**



Segnalazione in ambito civile (T.M.)





L'operatore sociale e sanitario segnala il minore che (a suo parere e in base alle informazioni che sono in suo possesso) si trova in una situazione di “pregiudizio” .

Si definisce “situazione di pregiudizio” una qualunque situazione in cui il minore muove, dal contesto familiare o extrafamiliare in cui è calato, uno stato di sofferenza, disagio o carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo.

-

VINCOLI DI LEGGE CHE RENDONO OBBLIGATORIA LA SEGNALAZIONE DELLE SITUAZIONI DI PREGIUDIZIO A CARICO DI MINORI

- **LEGGE 698/75;**
- **LEGGE 616/77;**
- **LEGGE 833/78 : tutti gli operatori sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni devono Vigilare e assumere iniziative a tutela del minore attivando all'occorrenza l'autorità Giudiziaria**
- **LEGGE 184/83: tutti i Pubblici Ufficiali e gli Operatori Incaricati di Pubblico Servizio sono tenuti a segnalare all'autorità giudiziaria le situazioni di abbandono morale o materiale a carico di minori**
- **LEGGE 216/91: per le situazioni di grave rischio l'istituzione scolastica è tenuta alla segnalazione delle medesime.**

A CHI SEGNALARE

- a) Al Responsabile del Servizio Sociale competente
- b) Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni
- Nel primo caso il Servizio Sociale provvederà ad un accertamento; nel caso in cui i sospetti contenuti nella segnalazione dovessero risultare confermati e non sia possibile aiutare il bimbo con la collaborazione della famiglia, provvederà a segnalare a sua volta alla Procura Minorile che prenderà provvedimenti a tutela del minore
- Nel secondo caso, la Procura Minorile chiederà al Servizio Sociale di fare un accertamento coatto sulla situazione familiare e a seconda degli esiti di tale accertamento valuterà se prendere provvedimenti a tutela del minore.



In un caso come nell'altro il Servizio Sociale viene coinvolto nell'accertamento.

E' bene segnalare direttamente alla Procura Minorile le situazioni che appaiono molto preoccupanti.

COME SEGNALARE

- La segnalazione deve essere inoltrata per iscritto e non può essere fatta in forma anonima.
- Nella segnalazione devono essere citati e descritti tutti gli elementi che hanno portato l'operatore a formulare l'ipotesi che il bambino si trovi in una situazione di rischio o pregiudizio.
- Quando l'operatore che rileva una situazione di disagio fa parte di un'istituzione o una organizzazione pubblica o privata la responsabilità della segnalazione non deve ricadere in toto sul singolo operatore, ma dovrà essere assunta in modo collegiale dall'istituzione stessa.
- Quando viene inoltrata una segnalazione, è opportuno informare i genitori del minore.

MINORI VITTIME DI REATO



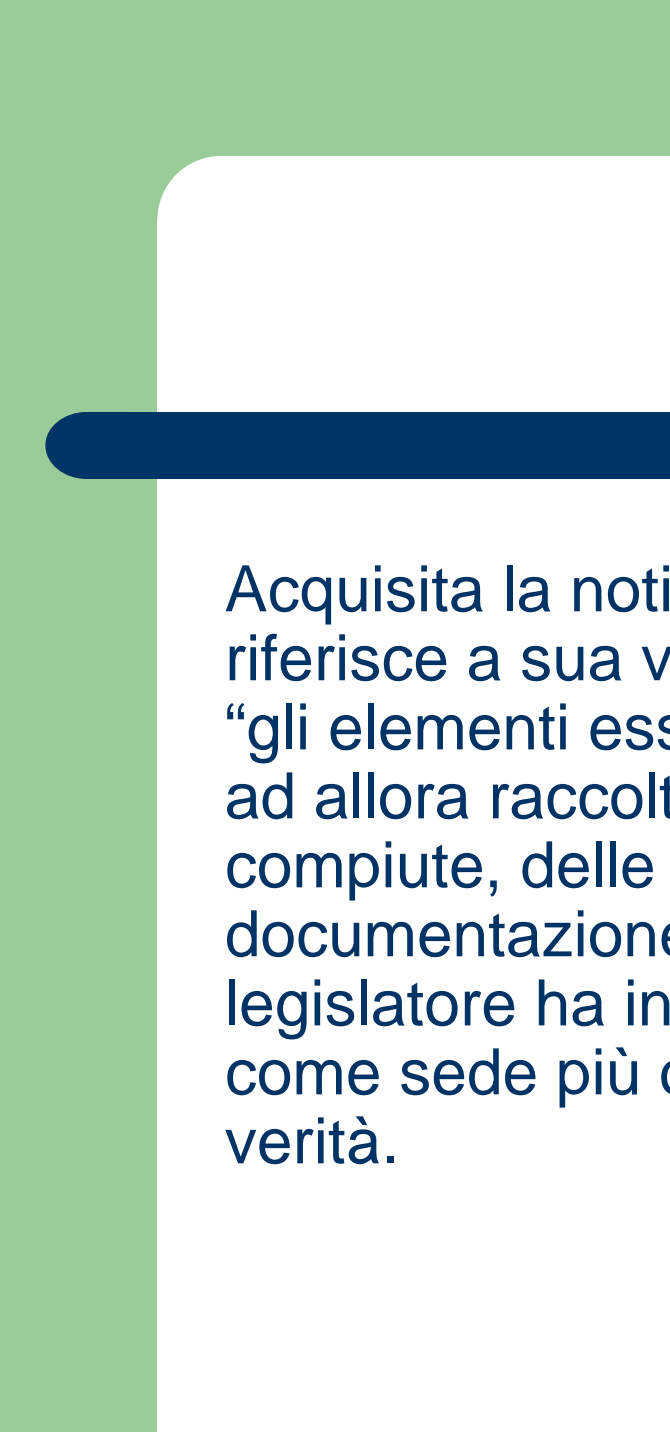
Segnalazione in ambito penale (T.O.)
e civile (T.M.)

VINCOLI DI LEGGE CHE RENDONO OBBLIGATORIA
LA SEGNALAZIONE DELLE SITUAZIONI
IN CUI I MINORI SONO VITTIME DI REATO

- **ART. 331 C.P. : *Tutti i Pubblici Ufficiali e gli Operatori Incaricati di Pubblico Servizio sono obbligati a segnalare al Tribunale Penale o alla Polizia Giudiziaria i reati Perseguibili d'ufficio di cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni.***

L'art.331 del Codice di Procedura Penale prevede che qualora gli incaricati di un pubblico servizio o i pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio, debbano inoltrare, "senza ritardo", denuncia scritta al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

Anche gli esercenti una professione sanitaria privatamente hanno l'obbligo di referto, ovvero l'obbligo di riferire entro 48 ore al Pubblico Ministero o a un'Ufficiale di Polizia Giudiziaria tutti i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio (artt. 365 c.p. e 334 c.p.p.).



Acquisita la notizia di reato, la Polizia Giudiziaria riferisce a sua volta per iscritto al Pubblico Ministero “gli elementi essenziali del fatto e gli altri elementi sino ad allora raccolti, indicando le fonti di prova e le attività compiute, delle quali si trasmette la relativa documentazione.” (art.347 c.p.p.). Con tali norme il legislatore ha inteso l’ufficio dell’autorità giudiziaria come sede più opportuna per l’accertamento della verità.


Appare pertanto chiaro che l'operatore scolastico, sociale e sanitario non solo può, ma anzi deve segnalare la situazione di un minore che lo preoccupa, in quanto ciò rientra nei vincoli di legge. La mancata segnalazione costituisce una omissione in atti d'ufficio (art. 328 c.p.)

QUALI SONO I REATI PERSEGUIBILI D'UFFICIO CHE E' NECESSARIO SEGNALARE:

- - **MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA** (art. 572 c.p.): condotte non occasionali da parte di genitore o parente che sono lesive dell'integrità fisica o psichica della persona (tali condotte "lesive" sono state meglio definite come "quei comportamenti che rendono abitualmente dolorose le relazioni familiari" dalla sentenza 16.10.92 della Corte di Cassazione)
- - **ABUSO DEI MEZZI DI CORREZIONE** (art. 571 c.p.): infliggere al minore, in modo non occasionale, punizioni immotivate o che si pongono al di là dei poteri educativi riconosciuti ai genitori (il genitore ha il dovere di educare il figlio ma deve farlo nel rispetto della sua personalità e senza soffocarne le potenzialità individuali)

REATI SESSUALI (Legge 66 /1996):

- **Qualunque attività sessuale, anche senza costrizione, con minore di anni 10;**
- **Attività sessuale con costrizione fisica o psicologica o abuso di autorità con minore di anni 14;**
- **Attività sessuale con minore di anni 16 se chi la agisce è il genitore, il di lui convivente, il tutore, o altra persona cui il minore sia affidato per ragioni di cura, istruzione, vigilanza o custodia**



Nella segnalazione occorre esporre in forma chiara e sintetica gli elementi osservativi che hanno condotto al sospetto; non dovrebbero essere contenuti approfondimenti o giudizi circa la presunta veridicità delle eventuali affermazioni rese dal bambino, o circa la colpevolezza dell'adulto o degli adulti in gioco; tali valutazioni vanno lasciate alla competenza dell'autorità giudiziaria.

A CHI SEGNALARE

- **a) Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale– Sezione Penale**
 - **OPPURE :**
 - Alla Polizia Giudiziaria presso il Tribunale**

 - b) Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni**
- E, PER CONOSCENZA:**
- Al Responsabile del Servizio Sociale competente**

COME SEGNALARE

- 1) **La segnalazione deve essere presentata per iscritto e non in forma anonima in quanto dichiarazioni verbali ed anonime non hanno alcun peso in ambito giudiziario**
- 2) **Nella segnalazione di sospetto reato ai danni di un minore, andranno citati e descritti e in modo preciso i fatti e/o le situazioni che hanno fatto insorgere nell'operatore il sospetto stesso.**
I fatti che hanno suscitato preoccupazioni andranno riferiti con precisione, obiettività e neutralità, senza saltare a conclusioni affrettate e senza esprimere giudizi di valore.
- 3) **La segnalazione del sospetto reato va presentata SENZA RITARDO sia per l'esigenza di procedere ai dovuti accertamenti al più presto, sia per evitare il rischio che il minore corra il rischio di subire nuove violenze.**

4) Nel caso di segnalazione penale, **NON VALE IL PRINCIPIO DI TRASPARENZA**. Chi inoltra la segnalazione non può convocare i genitori e informarli del sospetto di reato che pesa su di loro; tali valutazioni spettano al Servizio Sociale e/o di Neuropsichiatria infantile e di Psicologia che è stato informato della situazione. La telefonata non sostituisce la segnalazione scritta

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a light green vertical bar and a dark blue horizontal bar with rounded ends.

Grazie per l'attenzione

Per informazioni:

www.npi.unimo.it