



LINEE GUIDA

per l'attività delle Equipos Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave
maltrattamento dei bambini/e dei ragazzi/e minori d'età
(Deliberazione della Giunta Regionale n. 1041 del 29.06.2016)

Regione del Veneto - Direzione Servizi Sociali

Coordinamento delle Equipres Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e dei ragazzi/e minori d'età – Azienda Ulss n. 2 “Marca Trevigiana”

Coordinatore tecnico-scientifico: *dott. George Louis Del Re*

Componenti:

- Azienda Ulss n. 2: *dott.ssa Roberta Durante*
- Azienda Ulss n. 3: *dott.ssa Maria Cristina Mambelli e dott.ssa Cinzia Salviato*
- Azienda Ulss n. 6: *dott.ssa Monica Pezzolo*
- Azienda Ulss n. 8: *dott. Claudio Vencato*
- Azienda Ulss n. 9: *dott.ssa Chiara Braioni*

Dicembre 2017

INDICE

Introduzione	pag. 5
Ambito di attività e mission delle Equipes Specialistiche	pag. 7
Competenze delle Equipes Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi/e minori d'età	pag. 9
 LINEE GUIDA	
Percorso di accesso alle Equipes Specialistiche	pag. 10
La consulenza delle Equipes Specialistiche	pag. 11
L'audit clinico	pag. 12
La valutazione diagnostica	pag. 13
La presa in carico terapeutica	pag. 17
L'ascolto protetto del minore nel contesto giudiziario	pag. 20
L'attività di informazione, formazione, prevenzione e sensibilizzazione	pag. 24
Bibliografia	pag. 26
 ALLEGATI	 pag. 27
Allegato A - riferimenti e recapiti delle Equipes Specialistiche	pag. 28
Allegato B - diagrammi	pag. 30
Allegato C - Modulo per la richiesta di intervento dell'Equipe Specialistica da parte dei Servizi Sociali o Sociosanitari	pag. 36
Allegato D - Modulo per la richiesta di collaborazione per l'ascolto protetto da parte dell'Autorità Giudiziaria o Forze dell'Ordine	pag. 45
Allegato E – Flusso informativo regionale	pag. 49
Allegato F – Analisi quali-quantitativa dell'attività	pag. 51

Introduzione

EVOLUZIONE STORICA DEI SERVIZI SPECIALISTICI PER IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO SESSUALE

Nella Regione del Veneto, a partire dall'anno 2004, si è sviluppato il sistema di servizi specialistici dedicati alle specifiche situazioni di minori vittime di maltrattamento e/o abuso sessuale e alla presa in carico di minori autori di reato in tali ambiti. Questi servizi hanno significativamente contribuito all'evoluzione del sistema regionale dei servizi dedicati alla protezione e cura dei minori.

Infatti già con la delibera n. 3792 del 30 dicembre 2002 sui "Livelli essenziali di assistenza" la Regione del Veneto ha inserito nell'area Socio-Sanitaria Materno-Infantile delle Aziende ULSS gli "Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi (compreso il trattamento medico e psicologico del minore e della sua famiglia e interventi di collegamento con i Servizi Sociali e le comunità educative o familiari)". Nella stessa data la Giunta Regionale del Veneto, con provvedimento n. 4031, ha approvato inoltre il "Progetto Pilota Regionale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori", dando di fatto avvio alla progettazione dei servizi specialistici per il maltrattamento e l'abuso sessuale dei minori.

Successivamente, con le deliberazioni n. 4236 e n. 4245 del 30 dicembre 2003 sono stati istituiti cinque "Centri provinciali ed interprovinciali" di cura e protezione per gli interventi terapeutici a favore dei minori che hanno vissuto situazioni di abuso sessuale o di grave maltrattamento e delle loro famiglie. L'offerta dei centri, divenuti operativi nel corso dell'anno 2004, è stata così definita:

- per la provincia di Vicenza: Azienda ULSS n. 6 - Centro "L'Arca";
- per la provincia di Venezia: Associazione S. Maria Mater Domini - Marghera (VE) - Centro "Il Germoglio";
- per la provincia di Verona: Azienda ULSS n. 20 - Centro "Il Faro";
- per le province di Treviso e Belluno: Associazione Telefono Azzurro - Centro "Il Tetto Azzurro";
- per le province di Padova e Rovigo: Azienda ULSS n. 16 - Centro "I Girasoli".

Le indicazioni operative dei cinque centri sono state approvate con Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4067 del 11 dicembre 2005 e n. 4575 del 28 dicembre 2007. I documenti approvati definiscono la tipologia degli interventi e la modalità di erogazione degli stessi, nonché i percorsi per la necessaria integrazione con i servizi socio-sanitari territoriali, determinando la distinzione fra le "Attività generali e di rete" e gli "Interventi di assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso e della loro famiglia".

Nell'anno 2008 la Regione del Veneto, dopo un percorso che ha coinvolto molti attori istituzionali, ha dato ulteriore impulso alla definizione degli interventi e dei servizi a favore dei minori in condizioni di pregiudizio, approvando la Delibera n. 2416 del 8 agosto 2008 "Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore - Biennio 2009/2010". Tale atto ha previsto, assieme a numerosi altri interventi, il consolidamento delle attività di contrasto e cura delle situazioni di grave maltrattamento e abuso sessuale dei Centri, ritenuti punti essenziali in un sistema territoriale di servizi allargato ed integrato per la protezione e tutela del minore.

Negli anni successivi la prosecuzione delle attività dei Centri è stata sostenuta da una serie di atti regionali, che hanno garantito il mantenimento del sistema delineato con la citata Dgr n. 2416/2008.

La Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-sanitario regionale 2012-2016", ha previsto "il sostegno degli interventi di prevenzione e il trattamento delle situazioni di disagio e di tutela del minore in caso di maltrattamento, abuso sessuale o violazione dei suoi diritti, della sua dignità, dell'integrità e della libertà personale", ribadendo così, ancora una volta, la necessità di garantire nel sistema regionale la presenza di servizi specialistici, caratterizzati da un alto livello professionale, in grado di prendere in carico le complesse situazioni di minori vittime di maltrattamento e/o abuso sessuale.

Il monitoraggio e la verifica degli interventi dei Centri, effettuati anche attraverso la Banca Dati regionale sui Minori, ha evidenziato, come negli anni essi si siano sempre più specializzati, sia in termini di prevenzione che di sostegno e cura dei minori e delle loro famiglie, creando e sviluppando una fitta rete collaborativa con i servizi pubblici e privati afferenti all'area materno-infantile e famiglia. I Centri si sono quindi affermati come punti di riferimento nei territori di appartenenza, riconoscendo nell'attività specialistica svolta

l'essenzialità della presa in carico nella prospettiva di garantire un'evoluzione nei termini non solo della riparazione ma anche e soprattutto della creazione di condizioni favorevoli un'evoluzione della persona in termini di salute.

Nell'anno 2013 con Dgr n. 901 del 4 giugno, la Giunta regionale ha ritenuto opportuno intervenire per dare indicazioni rispetto ad una organizzazione dell'offerta che tenesse conto della necessità di una consistente revisione delle risorse destinate a questo ambito. Di conseguenza ha ritenuto di recuperare il modello organizzativo-gestionale a carattere interprovinciale, già sperimentato da due Centri (I Girasoli di Padova e Tetto Azzurro di Treviso), per andare così a costituire, al posto di cinque centri, due Equipes Specialistiche interprovinciali, la cui operatività risultasse logisticamente accessibile a livello territoriale, con lo scopo di facilitare la fruibilità dei servizi offerti, da parte delle Aziende ULSS di riferimento. Ha definito quindi l'istituzione di due Equipes rispettivamente nell'Azienda ULSS n. 16 di Padova, già sede del Centro "I Girasoli", riferimento anche per le Aziende ULSS delle province di Padova, Rovigo, Vicenza e Verona (parte sud-ovest della Regione) e nell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso, riferimento anche per le Aziende ULSS delle province di Treviso, Venezia e Belluno (parte nord-est della Regione). La stessa deliberazione definiva poi le competenze delle due Equipes, secondo il modello già sperimentato, in termini di sensibilizzazione/informazione/formazione e consulenza ai servizi socio-sanitari e valutazione diagnostica. Per quanto riguardava invece specificatamente gli interventi di presa in carico psicoterapeutica, considerando la durata nel tempo di tali interventi e quindi la difficoltà di attivarli con minori che vivono in territori distanti dalle Equipes Specialistiche, secondo la nuova organizzazione essi sono stati collocati tra le competenze dei servizi dell'area socio-sanitaria (LEA) delle Aziende ULSS.

IL MODELLO ATTUALE

L'organizzazione definita dalla Dgr n. 901/2013 ha evidenziato alcune criticità legate soprattutto all'impossibilità di rispondere alle richieste di presa in carico dei casi da parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. appartenenti al territorio di competenza, perché non prevista dalla programmazione regionale ed alla difficoltà di realizzare in modo efficace ed esaustivo altri interventi a causa della distanza eccessiva della sede delle Equipes da alcuni territori, nonostante i tentativi di arginare il problema attraverso diverse soluzioni di ordine pratico.

La Giunta Regionale del Veneto quindi, allo scopo di garantire una distribuzione più capillare ed un'offerta dei servizi a favore dei minori vittime di abuso sessuale e grave maltrattamento, equa, tempestiva ed altamente qualificata su tutto il territorio Veneto, anche in un'ottica di governance innovativa, di razionalizzazione delle risorse su scala regionale, con Dgr n. 1041 del 29 giugno 2016 ha proposto di:

- a. potenziare la rete regionale delle Equipes Specialistiche disponendo l'istituzione di altre tre Equipes oltre alle due già esistenti, da collocare presso le Aziende UU.LL.SS.SS. dei capoluoghi di provincia, n. 6 di Vicenza e n. 20 di Verona e n. 12 Veneziana. La rete delle Equipes, anche in conseguenza della riorganizzazione delle Aziende UU.LL.SS.SS. definita dalla Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, è quindi così costituita:
 - Azienda Ulss n. 2 "Marca Trevigiana" per le province di Treviso e Belluno
 - Azienda Ulss n. 3 "Serenissima" per la provincia di Venezia
 - Azienda Ulss n. 6 "Euganea" per le province di Padova e Rovigo
 - Azienda Ulss n. 8 "Berica" per la provincia di Vicenza
 - Azienda Ulss n. 9 "Scaligera" per la provincia di Verona
- b. affidare ad una delle cinque Aziende UU.LL.SS.SS. sedi delle Equipes (successivamente con D.D.R. n. 64 del 22.09.2016 individuata nell'Azienda Ulss n. 9 di Treviso, ora Azienda Ulss n. 2 "Marca Trevigiana") le seguenti funzioni:
 - coordinamento delle 5 Equipes anche attraverso l'istituzione di un gruppo composto dai referenti di ciascuna Equipe;
 - programmazione e gestione delle attività di aggiornamento e formazione del personale;
 - verifica e monitoraggio delle attività, attraverso lo sviluppo di un sistema di raccolta dati;
 - ricerca nell'ambito della violenza sui minori;
 - collaborazione con la struttura regionale competente per stesura delle linee operative ad utilizzo delle Equipes Specialistiche.

Il gruppo di coordinamento ha quindi proposto le presenti linee operative che hanno l'obiettivo di:

- uniformare l'operatività delle Equipages Specialistiche su tutto il territorio regionale;
- rendere efficaci i necessari rapporti di collaborazione con i servizi delle Aziende UU.LL.SS.SS., con i Servizi Sociali dei Comuni, con gli organi di Polizia Giudiziaria e le Autorità Giudiziarie.

Ambito di attività e mission delle Equipes Specialistiche

A. AMBITO DI ATTIVITA'

Per individuare l'ambito di competenza delle Equipes Specialistiche e la loro mission, è necessario fare riferimento, per quanto riguarda la violenza perpetrata sui minori, alle definizioni attualmente presenti a livello internazionale.

In merito a ciò, l'OMS fornisce una **definizione di violenza** all'infanzia, identificandola quale "uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, sui bambini da parte di un individuo o di un gruppo, **che abbia conseguenze o grandi probabilità di avere conseguenze dannose, potenziali o effettive, sulla salute, la vita, lo sviluppo o la dignità dei bambini**" ("World Report on Violence and Health" 2002).

Su tale grado di probabilità si inserisce il contributo che le Equipes Specialistiche offrono in merito al fenomeno del maltrattamento all'infanzia e della violenza sessuale a danno dei minori, contemplando che il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

- il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato;
- il maltrattamento è ripetuto nel tempo ed effettuato con violenza e coercizione;
- la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda;
- il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato;
- la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte;
- il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare;
- lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa (Barnett, Manly e Cicchetti, 1993; Wolfe e Mc Gee, 1994; Mullen e Fergusson, 1999).

Secondo la definizione dell'OMS, si configura una condizione di abuso e di maltrattamento allorché i genitori, tutori o persone incaricate della vigilanza e custodia di un bambino approfittano della loro condizione di privilegio e si comportano in contrasto con quanto previsto dalla Convenzione Onu di New York sui Diritti del Fanciullo del 1989.

L'abuso si concretizza ne "gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro 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 terzi, come da definizione del IV Seminario Criminologico (Consiglio d'Europa, Strasburgo 1978).

Di seguito si presentano le definizioni dei concetti teorici, i riferimenti giuridici e i criteri operativi in uso presso le Equipes:

Maltrattamento: 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*". (Consiglio d'Europa, Strasburgo 1999). In merito ai maltrattamenti all'infanzia le norme di riferimento sono:

- art. 571 c.p (abuso dei mezzi di correzione). L'abuso non è riferito solo a quello fisico ma riguarda anche quello psichico (Cass. Pen. 16491/05).

- art. 572 (maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli). Per maltrattamenti in famiglia s'intende non solo il maltrattamento fisico ma comprende, grazie all'interpretazione giurisprudenziale, anche quello morale, psicologico, la vessazione e la provocazione di sofferenze non fisiche. Le punizioni corporali, sono proibite in ambito scolastico (regolamento scolastico 1928; Cass. 2876/71) e penitenziario (L. 354/1975). Tuttavia, non sono espressamente vietate in ambito familiare,

all'interno del cui contesto sono state dichiarate illegittime dalla Corte di Cassazione (sent. 4904/96), ma ancora tale illegittimità non è stata recepita tramite un adeguamento normativo.

Violenza assistita intrafamiliare: *“l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologico, sessuale ed economica da figure di riferimento o da altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti” (CISMAI – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).*

Abuso sessuale: *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, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, la prostituzione infantile e la pedopornografia” (OMS, 1999).*

Viste le definizioni di cui sopra, l'ambito di attività delle Equipres Specialistiche è il seguente:

- **Abuso sessuale**
- **Maltrattamento grave** ossia:
 - quando è ripetuto nel tempo e/o è effettuato con violenza e coercizione;
 - si rileva una forte dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante;
 - il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare;
 - lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa.

B. ELEMENTI DI ANALISI DEL FENOMENO

Come risaputo, la consistenza dei fenomeni oggetto dell'intervento delle Equipres Specialistiche è di difficile definizione, stanti le difficoltà sul piano metodologico nello strutturare la ricerca in questo campo, ma soprattutto per il persistere di un sommerso ancora significativo.

Il Ministero della Salute, nella "Informativa OMS: maltrattamenti Infantili" (dicembre 2014), riporta i seguenti dati principali:

- un quarto di tutti gli adulti dichiara di aver subito abusi fisici durante l'infanzia;
- una donna su 5 e un uomo su 13 dichiarano di aver subito violenze sessuali nell'infanzia;
- tra le conseguenze dei maltrattamenti infantili ci sono ripercussioni permanenti sulla salute fisica e mentale, le cui ripercussioni a livello sociale e occupazionale possono finire per rallentare lo sviluppo economico e sociale di un Paese;
- prevenire i maltrattamenti infantili prima che inizino è possibile e richiede un approccio multisettoriale;
- programmi efficaci di prevenzione sostengono i genitori e insegnano competenze genitoriali positive;
- un'assistenza continuata rivolta ai bambini e alle famiglie permette di ridurre il rischio di reiterazione dei maltrattamenti e può ridurre al minimo le conseguenze.

Lo stesso documento riporta un'analisi delle conseguenze dei maltrattamenti infantili che causano sofferenze ai bambini e alle famiglie e possono avere conseguenze a lungo termine. Lo stress causato dai maltrattamenti è associato a ritardi nella fase iniziale dello sviluppo cerebrale. Uno stress estremo può compromettere lo sviluppo del sistema nervoso e di quello immunitario. Di conseguenza, gli adulti che hanno subito maltrattamenti nell'infanzia presentano un rischio maggiore di sviluppare problemi comportamentali, fisici e mentali quali:

- commettere o subire violenze;
- depressione;
- fumo;
- obesità;
- comportamenti sessuali ad alto rischio;

- gravidanze indesiderate;
- abuso di alcol e droghe.

Attraverso queste conseguenze sui comportamenti e sulla salute mentale, i maltrattamenti possono favorire le malattie cardiache, i tumori, i suicidi e le infezioni sessualmente trasmesse. Oltre alle conseguenze sanitarie e sociali dei maltrattamenti infantili, è da considerare anche il notevole impatto economico che comprende i costi delle ospedalizzazioni e delle cure di salute mentale, quelli legati al benessere del bambino e i costi sanitari più a lungo termine.

Su questa linea si è sviluppato uno studio, riferito all'anno 2010, commissionato dal CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento all'Infanzia) e dalla Fondazione Terre des Hommes all'Università Bocconi. Le conclusioni dello studio riportano un costo stimato in circa 13,056 miliardi di euro annui, ovvero lo 0,84% del Pil, riferibili alla somma dei costi diretti e indiretti.

C. MISSION

La mission delle Equipes Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi/e minori d'età, in conseguenza a quanto sopra descritto, si delinea quindi secondo i seguenti obiettivi prioritari:

- sviluppare iniziative di prevenzione del maltrattamento e abuso all'infanzia in linea con quanto definito dalle Convenzioni Internazionali (Convenzione di Lanzarote, 2007)
- migliorare il sistema generale della protezione e cura dei minori nel contesto regionale, offrendo livelli differenziati di azione e di specializzazione;
- intervenire il più precocemente possibile a favore delle condizioni di fragilità della famiglia e dei minori al fine di garantire evolutivamente condizioni di salute delle persone interessate e, di conseguenza, prevenire l'instaurarsi delle condizioni negative conseguenti alle esperienze traumatiche;
- contribuire alla sostenibilità economica degli interventi di protezione e cura dei minori.

Competenze delle Equipes Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi/e minori d'età

Obiettivo di ogni Equipe è quello di integrare, attraverso interventi specialistici, i progetti dei servizi e delle istituzioni territoriali a tutela dei minori e delle famiglie quando coinvolti in situazioni di abuso sessuale e/o di grave maltrattamento.

Pertanto, ogni Equipe assume la competenza, per il territorio provinciale o interprovinciale, della valutazione e presa in carico delle situazioni di minori vittime di abuso sessuale e/o di grave maltrattamento e di minori autori di reato di abuso sessuale, costituendosi quindi come servizio di secondo livello a disposizione dei servizi sociali competenti per territorio, che mantengono la titolarità del caso.

Ogni Equipe dovrà quindi assicurare le seguenti attività (*allegato A alla DGR 1041/2016*):

- consulenza specialistica rivolta agli operatori dei Servizi territoriali, con la funzione di decodificare la domanda e offrire indicazioni in merito alla gestione del minore.
- valutazione diagnostica specialistica del minore.
- presa in carico terapeutica del minore vittima di abuso sessuale e/o grave maltrattamento
- presa in carico terapeutica dei minori abusanti
- ascolto del minore in ambito giudiziario
- informazione, prevenzione, formazione e sensibilizzazione

LINEE GUIDA

Percorso di accesso alle Equipe Specialistiche

L'accesso alle Equipe Specialistiche (illustrato nell'*allegato B - diagramma 1*, si può articolare in due diverse modalità:

- A. Presentazione spontanea al servizio, da parte di una persona singola o rappresentante dei servizi/istituzioni (per es. insegnante, privato sociale, ecc.). In questi casi viene effettuata dagli operatori dell'équipe l'ascolto e la decodifica della domanda. Qualora emergano elementi che si configurano all'interno di un bisogno di protezione e cura, viene effettuato l'invio al servizio competente per territorio. Trattandosi di prime informazioni non vengono raccolti dati sensibili legati al minore ma solo i dati della persona richiedente. L'équipe mantiene agli atti le informazioni circa le motivazioni del contatto rispetto a quanto proposto/indicato.
- B. Richiesta di consulenza (si veda la sezione specifica) solo da parte degli operatori dei servizi, anche telefonica, pure in situazione conclamata con caratteristiche di urgenza. Se è necessario procedere con un approfondimento della situazione, gli operatori dell'équipe daranno indicazioni di inviare formale richiesta protocollata alla Direzione dell'Unità Operativa Complessa di appartenenza dell'équipe (scheda di invio, *allegato C*) che valuterà la pertinenza rispetto al mandato istituzionale dell'équipe stessa. Se pertinente, verrà concordato un Audit Clinico (*allegato B - diagramma 2*) tra coordinatore dell'équipe specialistica (o un suo delegato o uno specialista dell'équipe individuato), operatore/i referente del caso del servizio titolare ed eventualmente altri servizi coinvolti o che il servizio titolare riterrà opportuno coinvolgere. Tale incontro avverrà presso la sede dell'équipe specialistica e in tale occasione verrà redatto un verbale sottoscritto da tutti i partecipanti, che ne ricevono copia.

In sede di Audit Clinico (si veda la sezione specifica) viene presentato e discusso il caso con tre possibili evoluzioni:

- a) chiusura della consulenza (il servizio titolare mantiene il progetto di intervento sul caso, secondo le proprie competenze);
- b) monitoraggio (Equipe Specialistica e servizio titolare concordano un progetto che prevede interventi del servizio e un confronto periodico tra servizio stesso ed Equipe Specialistica per valutare ulteriori elementi emersi e/o l'evoluzione del caso);
- c) formulazione di un progetto per la presa in carico diagnostica da parte dell'Equipe Specialistica, con scheda progetto firmata da tutti i servizi presenti all'incontro.

Potrà quindi essere calendarizzato il percorso diagnostico il cui primo incontro è sempre attivato dal servizio titolare, con definizione degli appuntamenti, nonché il progetto complessivo con gli interventi del servizio titolare e dei servizi coinvolti.

La conclusione del percorso valutativo avviene con restituzione agli utenti, al servizio titolare e ai vari servizi coinvolti con relazione scritta che evidenzierà anche l'eventuale necessità di presa in carico psicoterapeutica da parte dell'équipe specialistica, all'interno del più ampio progetto di presa in carico tra équipe specialistica e servizi coinvolti.

In caso di necessità di presa in carico terapeutica (*allegato B - diagramma 3*) da parte dell'équipe specialistica, questa deve configurarsi all'interno di un progetto globale più ampio che veda coinvolti il servizio titolare e gli altri servizi coinvolti con specifici interventi. Tale progetto più complesso richiede una valutazione e approvazione in UVMD indetta dai servizi titolari del caso.

Alla conclusione del percorso terapeutico, l'équipe redigerà una relazione specifica per il servizio titolare del caso e definirà la chiusura della presa in carico presso l'Equipe.

La consulenza delle Equipe Specialistiche (allegato B – diagramma 1)

DEFINIZIONE: si definisce consulenza specialistica il “processo di raccolta della richiesta nei termini di testo offerto dall’operatore (cosa e come l’operatore conosce) e della documentazione con valenza clinica e/o giuridica (cosa si conosce da parte di altri ruoli) del minore vittima (o presunta tale) o autore (o presunto tale) di violenza sessuale e/o grave maltrattamento.

OBIETTIVO: rilevare il grado di pertinenza della richiesta al campo di applicazione dell’Equipe Specialistica e offrire indicazioni giuridiche, cliniche e gestionali.

OBIETTIVO STRATEGICO: partecipare alla gestione della rete di protezione dei minori target.

UTENTE DIRETTO: I Servizi Socio Sanitari della salute pubblica e Servizi Sociali dei Comuni che non hanno dato delega alle ULSS territoriali.

UTENTE INDIRETTO: minori vittime o autori di violenza sessuale, minori vittime di grave maltrattamento il loro contesto familiare o caregiver.

TIPOLOGIA DI CONSULENZA SPECIALISTICA EROGATA:

- **Consulenza sugli aspetti giuridici:**
 1. per la gestione delle segnalazioni all’Autorità Giudiziaria;
 2. per la gestione dell’accompagnamento giudiziario del minore e della sua famiglia.
 3. per individuare le responsabilità istituzionali e gestionali
- **Consulenza clinico-gestionale:**
 1. per l’individuazione delle esigenze di salute del minore coinvolto: rilevazione indicatori abuso sessuale e maltrattamento grave, anticipazioni sull’assetto familiare, scolastico, ricreativo in cui il minore vive.

MODALITA’ DI EROGAZIONE DELLA CONSULENZA SPECIALISTICA:

- **Consulenza telefonica:** viene garantita una risposta tempestiva ed efficace per ottimizzare le azioni di intervento sull’utenza e per supportare i Servizi nella loro operatività.
- **Consulenza de visu:** incontro con il Servizio Inviante per la raccolta della richiesta.

LE FASI DELLA CONSULENZA SPECIALISTICA:

1. Analisi della richiesta in termini di pertinenza e individuazione delle criticità cliniche e gestionali.
2. Presa visione o richiesta di documenti rilevanti dal punto di vista giuridico e clinico.
3. Individuazione e condivisione di strategie di gestione delle esigenze di salute del minore e della sua famiglia a breve e a lungo termine.

L'Audit clinico (allegato B – diagramma 2)

DEFINIZIONE: si definisce audit clinico il processo di valutazione della richiesta e di individuazione di strategie di gestione delle esigenze di salute del minore presunta vittima o autore di violenza sessuale e/o grave maltrattamento e del suo contesto familiare.

OBIETTIVO DELL'AUDIT CLINICO:

- promuovere la progettazione clinica e la creazione di una risposta di rete alle esigenze di salute del minore e della sua famiglia.
- offrire indicazioni giuridiche, cliniche e gestionali rispetto al minore e al suo contesto familiare.

OBIETTIVO STRATEGICO: partecipare alla gestione della rete di protezione dei minori target.

MODALITA' DI EROGAZIONE:

- **Audit in servizio:** gruppo di lavoro con il Servizio inviante e ruoli competenti della protezione (presso la sede dell'Equipe specialistica).

CONVOCAZIONE DELL'AUDIT E PARTECIPANTI:

L'audit viene convocato dal servizio titolare del caso che provvederà a individuarne i partecipanti. Nella prospettiva di una successiva definizione progettuale da parte dei servizi territoriali, si raccomanda la partecipazione all'audit sia del Servizio per l'Età Evolutiva, e/o Servizio di NPI, che del Consultorio Familiare e/o Tutela Minori

LE FASI DELL'AUDIT CLINICO:

1. Applicazione dei criteri di pertinenza.
2. Presa visione (in Equipe) di documenti clinicamente e giuridicamente rilevanti.
3. Rilevazione delle esigenze di salute del minore (rilevazione indicatori abuso sessuale, anticipazioni sull'assetto familiare, scolastico, sociale in cui il minore vive) e individuazione delle criticità cliniche e gestionali.
4. Condivisione di strategie di gestione delle esigenze di salute del minore e della sua famiglia a breve e a lungo termine.
5. Pianificazione delle azioni di intervento dell'Equipe Specialistica e del Servizio Territoriale.
6. Stesura report di audit
7. Monitoraggio degli accordi consulenziali condivisi.

ESITO DELL'AUDIT:

- Chiusura: della consulenza (il Servizio continua da sé l'intervento sul minore)
- Apertura: pianificazione delle azioni progettuali.
- Monitoraggio degli accordi condivisi al fine di garantire la continuità del progetto ed eventuali successive modifiche nella relazione con il servizio inviante.

La valutazione diagnostica

DEFINIZIONE di VALUTAZIONE DIAGNOSTICA: E' riferita all'insieme del processo diagnostico e alla scelta degli interventi utili all'arricchimento del quadro personologico del minore, punto di partenza per la conoscenza da parte del professionista dell'assetto psicologico, emotivo e relazionale del minore stesso, su cui si deve fondare ogni eventuale intervento successivo. Devono far parte della valutazione diagnostica sia la psicodiagnosi del minore che dà fondamentali informazioni sul suo assetto psichico interno nei suoi aspetti relativi allo stile cognitivo, ai vissuti prevalenti, alle difese psicologiche, alle risorse disponibili; sia l'analisi del comportamento in termini di ricognizione di come l'assetto interno possa consentirgli competenze adattative al mondo esterno, sul piano intellettuale e della socializzazione (Malacrea e Lorenzini, 2002).

LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA ALL'INTERNO DELLE EQUIPES SPECIALISTICHE (riferimento ALL. B –Diagramma 2)

La fase di valutazione degli elementi diagnostici e prognostici nei casi di grave maltrattamento e di abuso sessuale, impegna in modo integrato competenze mediche, psicologiche-neuropsichiatriche e sociali. All'interno delle Equipes Specialistiche tale intervento è finalizzato a comprendere e valutare:

- il quadro complessivo della situazione traumatica ipoteticamente subita o agita dal minore nei suoi aspetti individuali, relazionali e sociali;
- l'entità del danno psicologico e/o emotivo causato dalla situazione traumatica sul minore vittima o sul minore autore in termini di accesso e comprensione a quanto agito;
- i fattori individuali e relazionali che hanno determinato l'insorgere delle condotte pregiudizievoli a danno del minore o da parte del minore autore;
- il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti/care-givers coinvolti e le possibilità di cambiamento.

Tale intervento "si differenzia da un lavoro peritale, in quanto si configura come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico" (Cismai, 2001) finalizzato alla cura del danno.

L'intervento valutativo, se attivato con tempestività ed in modo coerente ed integrato, si configura come fortemente protettivo, poiché consente di affrontare precocemente i possibili esiti di un evento/i traumatico/i, attivando interventi di riparazione sia sul minore vittima o sul minore autore di reato che sulle loro relazioni familiari.

La conclusione dell'intervento diagnostico deve fornire indicazioni per l'inquadramento della sintomatologia evidenziata secondo l'ICD 10 o DSM V, per quanto possibile.

A. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEI MINORI VITTIME

A.1 - CRITERI PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA:

I. Riferimenti legislativi:

- art. 571 (abuso di mezzi di correzione),
- art. 572 (maltrattamento in famiglia)
- 609 bis e ss (violenza sessuale) c.p.p.

II. Riferimenti clinici

- Rivelazioni, ammissioni o descrizioni anche parziali e/o incomplete attinenti ad un'ipotesi di grave maltrattamento o abuso sessuale e/o una sintomatologia connessa all'emersione di una tale ipotesi quali:
 - o sintomi da angoscia come paura, fobie, insonnia, incubi, problemi somatici (enuresi, encopresi, disturbi dell'alimentazione, cefalea) e sintomi tipici del disturbo post traumatico da stress;
 - o reazioni dissociative e sintomi isterici;

- depressione, inibizione manifestata sotto forma di bassa autostima, isolamento, condotte suicidarie, autolesionismo e attacchi al sé in termini di condotte pregiudizievoli agite;
 - Indicatori di una sessualizzazione traumatica o comportamenti erotizzati incongrui, impropri e/o precoci per età quali eccessivo interesse per tale tematica, comportamenti legati all'esibizione di atti sessuali, masturbazione compulsiva, ripetizione di atti d'abuso su altri bambini;
 - Sintomi comportamentali dovuti ad esternalizzazione come atti aggressivi e delinquenti, iperattività e disregolazione emotiva;
 - Vissuti traumatogeni connessi ad una idea di sé squalificante e denigrante, vissuti di stigmatizzazione, tradimento impotenza e vergogna come esiti post-traumatici individuati dal modello delle dinamiche traumatiche di Finkelhor e Browne (1985).
- **A.2 - PERCORSO DIAGNOSTICO:**
- a. Obiettivi:
- approfondire la conoscenza complessiva del funzionamento psicologico pregresso e attuale del minore e del suo mondo interno (vissuti, cognizioni, emozioni, sensazioni, comportamenti) per dare significato alle sue espressioni sintomatiche;
 - approfondire la conoscenza del contesto relazionale e della storia familiare del minore per completare la comprensione del suo quadro individuale e delle relazioni significative in cui è inserito con particolare riferimento alla visione, comprensione e sintonizzazione dei genitori sul livello di sofferenza manifestato dal figlio;
 - valutare le espressioni sintomatiche alla luce delle diverse possibili cause di stress traumatico presenti nella esperienza presente e passata del minore, incluse le vicende connesse all'eventuale coinvolgimento giudiziario e alle altre circostanze ambientali capaci di agire sul suo funzionamento psicologico, familiare e sociale;
 - formulare un quadro diagnostico che orienti l'eventuale percorso elaborativo e riparativo rivolto al minore e alla propria famiglia.
- b. Azioni:
- colloqui clinici individuali con il minore;
 - colloqui diagnostici/testistici con il minore;
 - colloqui anamnestici e clinici con i genitori o con i care-givers;
 - colloqui diagnostici/testistici con i genitori;
 - incontri clinici di assessment familiare e di osservazione delle relazioni anche tramite consegne di interazioni strutturate o sedute di gioco libero;
 - interventi della terapeuta della riabilitazione (neuropsicomotricista);
 - colloqui di neuropsichiatria infantile;
 - colloqui di restituzione al minore e ai care-givers.
- c. Fasi:
- Costruzione di una relazione significativa tra specialista, il minore e la propria famiglia attraverso l'articolazione delle seguenti fasi:
- anamnesi psicologica, con particolare attenzione ai segni clinici psicocomportamentali ed emotivi più ricorrenti nei minori vittime di maltrattamento ed abuso nelle diverse fasce d'età;
 - assessment individuale del minore comprendente:
 - la somministrazione di test proiettivi ed autovalutativi
 - la somministrazione di protocolli diagnostici standardizzati e riconosciuti dalla letteratura in tema di abuso e maltrattamento
 - osservazioni di gioco libero o strutturato,
 - osservazione della relazione del minore con uno o entrambi i genitori tramite sedute di gioco o consegne di attività più strutturate.
 - assessment relazionale familiare tale da fornire informazioni sulla struttura organizzativa familiare, sulla qualità delle relazioni e sulla presenza di eventuali indicatori di rischio

individuale o familiare anche tramite somministrazione di materiale testistico o protocolli standardizzati ai genitori stessi

- conclusione del percorso diagnostico con restituzione al minore e alla famiglia degli esiti di quanto emerso e presentazione dell'accesso all'eventuale percorso di presa in carico terapeutica qualora si ravvisino condizioni sintomatologiche proprie dei minori vittime.

B. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEI MINORI AUTORI DI REATO SESSUALE

La valutazione psicodiagnostica dei minori autori di violenza sessuale si effettua a seguito della richiesta da parte del Servizio Sociale Minori (U.S.S.M.) presso il Tribunale per i Minorenni che incarica direttamente i servizi Territoriali di svolgere le azioni di "accertamento della personalità del minore". Di seguito la richiesta da un punto di vista giuridico contempla ciò che viene illustrato nell'art. 9 del processo penale minorile, ossia:

- il Pubblico Ministero e il giudice acquisiscono elementi circa le condizioni e le risorse personali, familiari, sociali e ambientali del minorenne al fine di accertarne l'imputabilità e il grado di responsabilità, valutare la rilevanza sociale del fatto nonché disporre le adeguate misure penali e adottare gli eventuali provvedimenti civili.
- agli stessi fini il Pubblico Ministero e il giudice possono sempre assumere informazioni da persone che abbiano avuto rapporti con il minorenne e sentire il parere di esperti, anche senza alcuna formalità.

In virtù dell'incarico ricevuto, il servizio Territoriale fa richiesta di audit clinico all'Equipe Specialistica per progettare in maniera condivisa la valutazione stessa. A seguito di ciò, si riunisce un gruppo di lavoro integrato costituito da: Servizi territoriali, Equipe Specialistica e U.S.S.M. con l'obiettivo di costruire una proposta progettuale di valutazione che tenga conto di tutte le specifiche del caso. Il gruppo di lavoro dovrà contemplare non solo la richiesta giuridicamente intesa ma anche e soprattutto l'esigenza di salute che il caso presenta. Pertanto, la descrizione del reato, la conoscenza della dinamica del fatto e di quanto accaduto, nonché la situazione personale, famigliare, scolastica e sociale del minore è oggetto di confronto tra i diversi professionisti.

Per i Servizi del Territorio la valutazione può avere carattere propedeutico al progetto di messa alla prova, pertanto potrà essere richiesta anche prima degli interventi di competenza dell'U.S.S.M. e venire ad essi collegata successivamente.

Per quanto attiene ai minori autori di reato sessuale NON imputabili ossia al di sotto degli anni 14, l'attivazione delle Equipes Specialistiche segue lo stesso iter della valutazione dei minori vittime.

B.1 - CRITERI PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA:

a. Per i minori imputabili (14 -18 anni):

- *Riferimento legislativo*: presenza nei capi di imputazione degli art. cp 609 bis e ss c.p.
- *Riferimento amministrativo inerente l'Ufficio Servizio Sociale Minorenni presso il Tribunale per i minorenni di Venezia (U.S.S.M.)*: la richiesta di valutazione psicodiagnostica deve avvenire prima del compimento del diciottesimo anno di età del minore.

b. Per i minori NON imputabili (età inferiore ai 14 anni):

- *Riferimento clinico*: investimento sulla sfera sessuale incongruo per età, interesse e fase di sviluppo con riferimento a pratiche o agiti a valenza sessuale su altri minori

B.2 – PERCORSO DIAGNOSTICO

Al fine di rispondere alle richieste come da art. 9, la valutazione psicodiagnostica del minore autore di reato si sostanzia in due parti distinte e complementari: la valutazione clinica e la valutazione specialistica. In particolare la prima, che potrà essere effettuata dal servizio territoriale darà conto delle capacità intellettive presenti nel minore e della struttura di personalità con riferimento ai comportamenti disfunzionali. La seconda, invece, entrerà nel merito dei fatti oggetto di reato come da obiettivi sotto riportati.

E' tuttavia importante segnalare, come da letteratura di settore, che la valutazione del minore autore di reato deve essere accompagnata da quella effettuata sui suoi genitori. Infatti, per poter intervenire su un

quadro così disfunzionale è indispensabile agire, in termini valutativi prima, terapeutici poi, anche sul portato che la narrazione dei genitori e della comunità in cui il minore abita hanno rispetto al fatto accaduto. Infatti, se da un punto di vista giuridico ciò non rappresenta una richiesta espressamente data (si legga l'art. 9), la valutazione dei genitori da un punto di vista psicologico risulta invece un'azione strategicamente rilevante per la comprensione del minore e della posizione assunta dai diversi attori (famigliari stessi, scuola, altri significativi) rispetto al reato. Va da sé che per poter generare un cambiamento nel sistema delle interazioni (minore, famiglia, comunità) si dovrà procedere con azioni di intervento (valutative e trattamentali) che promuovano la salute e la partecipazione alla coesione sociale contrastando efficacemente i processi di cristallizzazione di assetti devianti sul minore e sulla sua famiglia.

a. Obiettivi della valutazione del minore:

- rilevare la configurazione dell'evento-reato commesso: cosa e come il minore racconta quanto è accaduto;
- rilevare il grado di negazione e di distorsione cognitiva riferita alle azioni di violenza riportate da parte della vittima (come da verbale di udienza preliminare);
- rilevare il grado di rispecchiamento emotivo presente nel minore sia nei confronti della vittima che dei suoi famigliari;
- rilevare il grado di attribuzione della colpa e di esternalizzazione della stessa anche rispetto all'intervento della giustizia;
- rilevare il grado di compromissione della sfera scolastica, familiare e di relazione con la comunità riportando le anticipazioni di scenari futuri in merito alla propria identità;
- offrire indicazioni per il progetto della messa alla prova rispetto ad un possibile percorso di psicoterapia e di tipologia di volontariato.

b. Obiettivi della valutazione dei genitori:

- rilevare la configurazione dell'evento-reato commesso: cosa e come i genitori raccontano quanto è accaduto;
- rilevare il grado di negazione e di distorsione cognitiva riferita alle azioni di violenza riportate nel verbale di udienza preliminare e il rispecchiamento emotivo che i genitori hanno rispetto alla vittima;
- rilevare il grado di attribuzione della colpa e di esternalizzazione della stessa;
- rilevare il grado di compromissione della sfera familiare e di relazione con la comunità riportando le anticipazioni di scenari futuri in merito alla propria famiglia e al minore;
- offrire indicazioni per il progetto della messa alla prova rispetto alla collaborazione dei genitori al possibile percorso di psicoterapia e di volontariato del minore.

c. Azioni:

- colloqui clinici individuali con il minore;
- colloqui diagnostici/testistici con il minore;
- colloqui clinici familiari
- colloqui clinici con i genitori o con i care-givers

d. Fasi:

- Costruzione dell'aggancio relazionale con il minore e la sua famiglia.
- Emersione dell'evento di violenza agita e sue implicazioni sul processo di costruzione dell'identità.
- Conclusione del processo di valutazione per l'avvio o meno della presa in carico terapeutica.

La presa in carico terapeutica

DEFINIZIONE di PRESA IN CARICO TERAPEUTICA: è riferita all'insieme degli interventi socio-sanitari volti al benessere del minore nei propri contesti relazionali significativi. In termini operativi la sua attuazione è legata alla costruzione di una rete di attori orientata alla promozione e alla generazione della salute e della tutela del minore che si esplica attraverso la realizzazione del progetto quadro integrato tra i servizi coinvolti.

PRESA IN CARICO TERAPEUTICA ALL'INTERNO DELLE EQUIPES SPECIALISTICHE: è attinente alla gestione e al contrasto dei processi di vittimizzazione e/o di negazione, legati agli eventi traumatici subiti e/o agiti dal minore volti ad integrare l'elaborazione dell'esperienza vissuta all'interno della ripresa di un percorso evolutivo armonico di sé e della propria famiglia.

Il processo della presa in carico da parte delle Equipres Specialistiche avviene sempre a seguito di una valutazione psicodiagnostica (svolta o dall'Equipe stessa o da altri servizi); l'intervento terapeutico viene concordato in sede di UVMD in quanto parte integrante del progetto complessivo (vedasi ALL. B Diagramma 3).

A. PRESA IN CARICO DEI MINORI VITTIME

A.1 - CRITERI PER L'ACCESSO ALLA PRESA IN CARICO:

1. *Riferimenti legislativi:* art. 571 (abuso di mezzi di correzione), art. 572 (maltrattamento in famiglia) e 609 bis e ss (violenza sessuale) c.p.p.

2. *Riferimenti clinici:*

- sintomatologia del disturbo post traumatico da stress (secondo le indicazioni del DSM V);
- perdurare del processo di vittimizzazione con ricadute, in termini di compromissione, sull'evoluzione dell'identità futura;
- modalità relazionali e auto-descrizione legate a processi di stigmatizzazione, ideazione squalificante/svalutante del sé con riferimento al ruolo di vittima;
- presenza di sentimenti di colpa, vergogna.
- presenza di sensazione di minaccia e/o pericolo imminente e continuativo;
- presenza di una narrazione legata ad una sessualizzazione traumatica;
- modalità argomentative legate alla retorica del segreto e alla collusione con lo stesso sottese a dinamiche familiari patologiche o disfunzionali.

A.2 - PERCORSO TERAPEUTICO:

a. *Obiettivi:*

- contrastare il processo di vittimizzazione a fronte degli eventi subiti e contribuire al miglioramento della salute del minore e della sua famiglia.
- promuovere la ri-significazione degli episodi di violenza ai fini della costruzione e/o implementazione di competenze di auto ed etero protezione (fattori protettivi volti al benessere psico-evolutivo del minore secondo i criteri di salute - vedi OMS).

b. *Azioni:*

- psicoterapia individuale con il minore
- psicoterapia di gruppo
- colloqui clinici familiari
- colloqui clinici con i genitori o con i care-givers
- trattamenti di riabilitazione neuropsicomotoria
- visite neuropsichiatriche infantili

c. Fasi:

- Costruzione dell'alleanza terapeutica
- stabilizzazione e riduzione della sintomatologia traumatica
- intervento rivolto alle implicazioni degli eventi traumatici sul processo di costruzione dell'identità e sui diversi contesti di vita
- Ri-elaborazione del significato attribuito all'evento subito
- Costruzione delle competenze di auto-etero protezione
- Conclusione del processo terapeutico in termini di ri-significazione di quanto avvenuto e ripresa del percorso evolutivo

B. PRESA IN CARICO DEI MINORI AUTORI DI VIOLENZA SESSUALE**B.1 - CRITERI PER L'ACCESSO ALLA PRESA IN CARICO:**a. Per i minori imputabili (14 -18 anni):

- *Riferimento legislativo:* presenza nei capi di imputazione degli art. cp 609 bis e ss c.p.
- *Riferimento amministrativo inerente l'Ufficio Servizio Sociale Minorenni presso il Tribunale per i minorenni di Venezia (U.S.S.M.):* la richiesta di trattamento psicoterapeutica deve avvenire prima del compimento del diciottesimo anno di età del minore.
- Per i Servizi del Territorio la presa in carico psicoterapeutica può avere carattere propedeutico al progetto di messa alla prova, pertanto potrà essere richiesta anche prima degli interventi di competenza dell'U.S.S.M. e venire ad essi collegata successivamente

b. Per i minori non imputabili (età inferiore ai 14 anni):

- *Riferimento clinico:* investimento sulla sfera sessuale incongruo per età, interesse e fase di sviluppo con riferimento a pratiche o agiti a valenza sessuale.

B.2 – PERCORSO TERAPEUTICOa. Obiettivi

- promuovere un cambiamento a livello psicologico attraverso il contrasto alle varie forme di negazione e di distorsione cognitiva dell'evento-reato e delle sue implicazioni volto al maggior livello di assunzione di responsabilità possibile;
- incrementare le capacità autoriflessive e la consapevolezza delle proprie e delle altrui emozioni (comprensione dei pensieri, dei sentimenti e della sofferenza della vittima e del suo contesto familiare);
- favorire lo sviluppo di modalità interattive nel minore che gli consentano di evolvere da una carriera deviante a una biografia all'insegna della salute anche attraverso l'accesso alle parti di sé "non viste" e accettate;
- promuovere l'autorealizzazione valorizzando le sue risorse personali, i punti di forza e nuove competenze intra e interpersonali;
- promuovere un'evoluzione della famiglia volta a consentirle di comprendere la dimensione esistenziale del figlio minore autore e di contrastare i meccanismi di negazione e minimizzazione dell'evento reato che caratterizzano il nucleo familiare del minore autore.

b. Azioni:

- psicoterapia individuale con il minore
- psicoterapia di gruppo
- colloqui clinici familiari
- colloqui clinici con i genitori o con i care-givers
- visite neuropsichiatriche infantili

c. Fasi:

- costruzione dell'alleanza terapeutica con il minore autore e con la propria famiglia
- emersione dell'evento di violenza agita e sue implicazioni sul processo di costruzione dell'identità
- ri-elaborazione del significato attribuito all'evento agito favorito dal graduale contrasto al meccanismo della negazione e dalla comprensione dell'impatto sulla vittima
- costruzione delle competenze di auto-etero protezione volte all'evitamento di eventuali ricadute
- conclusione del processo terapeutico in termini di ri-significazione di quanto avvenuto e ripresa del percorso evolutivo

C. PROGETTO TERAPEUTICO

Sulla base dell'applicazione dei criteri sopra specificati avviene la redazione del PROGETTO terapeutico con i servizi territoriali coinvolti nel caso e la sua successiva formalizzazione da parte dell'UVMD nel rispetto degli accordi intercorsi tra i diversi servizi implicati.

L'ascolto protetto del minore nel contesto giudiziario

PREMESSA

Le Equipes Specialistiche, dalla loro costituzione nell'anno 2004, hanno tra le loro competenze il ruolo di ausiliario per l'ascolto protetto del minore in sede di S.I.T. (sommario informazioni testimoniali) e di incidente probatorio da parte della Procura e del Tribunale, sia Ordinario che dei Minorenni.

Tali audizioni ricoprono infatti un momento molto delicato sia per la prosecuzione del percorso giudiziario, per il quale il minore è un importante testimone dei fatti, che per l'elaborazione di quanto accaduto al minore stesso, nonché per favorire l'elaborazione da parte degli adulti che lo circondano.

L'esperienza dell'audizione, se condotta adeguatamente, riveste per il minore e la sua famiglia un'occasione importantissima di attribuzione di significati, comprensione ed elaborazione, massimizzando al contempo sia la quantità che la qualità delle informazioni acquisite dall'Autorità Giudiziaria, che ha la necessità di raccogliere elementi probatori il più possibile integri. Diventa il primo momento chiarificatore dell'esperienza vissuta, in cui il bambino, in un contesto protetto e tutelato, può ricoprire un ruolo attivo e consapevole rispetto ad eventi in cui può essersi sentito impotente e confuso. Nei racconti successivi durante il percorso terapeutico la sensazione di "aver fatto la propria parte" e di "aver aiutato altri ragazzi" viene spesso riportata con sollievo ed acquista un significato di riparazione e cooperazione nel riordinare un mondo diventato improvvisamente caotico.

Per gli stessi motivi il momento dell'audizione è quindi anche molto delicato in quanto riattivatore dell'eventuale trauma subito o come potenzialmente traumatico di per sé.

Queste considerazioni fondano la scelta di mettere a disposizione gli operatori dell'Equipe Specialistica come ausiliari in audizione protetta, in quanto figure cliniche di un'istituzione sanitaria, che ha lo scopo specifico di proteggere il minore garantendogli i suoi diritti, primo fra tutti quello alla salute, "nel suo superiore interesse".

La salute del minore e la validità della raccolta delle prove in questo senso vanno nella stessa direzione, in quanto più saranno controllate le variabili, più il bambino si sentirà a suo agio e libero di esprimersi, più sarà probabile che la testimonianza risulti raccolta nel modo più corretto, considerando anche che molti contenuti passano attraverso il linguaggio non verbale.

In questo ambito la complessità del ruolo dell'ausiliario di un Servizio del SSN consiste nel mantenere uno sguardo clinico pur all'interno di un contesto in cui non si sta compiendo un'attività clinica specifica

A. PROCEDURE

A.1 - RICHIESTA DI ASCOLTO PROTETTO IN S.I.T. (SOMMARIE INFORMAZIONI TESTIMONIALI) (*allegato B - diagramma 4*):

- la richiesta per l'ascolto del minore arriva dalle Forze dell'Ordine (P.G.), su mandato del PM, che procedono all'**audizione in sede di S.I.T.**, (modulo di richiesta – *allegato D*)
- l'Equipe Specialistica valuta ed accoglie la richiesta e decide se approfondirla, anche con riunioni specifiche, per verificare la congruità della richiesta stessa e la possibilità e/o opportunità di rispondere, anche al fine di garantire che non vi sia qualche forma di incompatibilità per i propri operatori (chi svolge un ruolo rispetto ad un minore, non ne può svolgere nessun altro) e per organizzare l'audizione sul piano logistico;
- oltre a fissare data, luogo ed altri dettagli, se necessari, si concordano le eventuali modalità di accompagnamento del minore e/o degli adulti di riferimento (da valutare caso per caso sul piano clinico);
- si concordano inoltre le informazioni da raccogliere per comprendere opportunamente la situazione. L'ausiliario andrà quindi individuato rispetto a criteri di competenza, disponibilità ed avendo valutato possibili incompatibilità;
- come adempimento amministrativo è comunque necessario un verbale di nomina redatto dall'Ufficiale di P.G. al momento dell'ascolto che andrà sottoscritto dall'ausiliario.

A.2 - EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASCOLTO DEL MINORE IN S.I.T. (allegato B - diagramma 5):

- con l'operatore dell'Autorità Giudiziaria o delle Forze dell'Ordine va concordata la modalità di ascolto: in co-conduzione o condotto solo dall'ausiliario;
- l'Equipe Specialistica si fa carico di fornire l'operatore che gestisce l'ascolto protetto e quello che si occupa degli adulti di riferimento del minore, che possono aver bisogno di spiegazioni, accoglienza e contenimento. Il primo gestisce l'accoglienza del minore, fornisce le informazioni necessarie, guida la raccolta della testimonianza, ne verifica le modalità e si occupa di chiudere l'intervento e salutare il bambino;
- l'Equipe Specialistica fornirà entro 30 gg dopo l'audizione, se richiesta, una breve relazione (vedi successivo paragrafo C). Se l'ascolto si è svolto presso la sede dell'équipe, viene fornito all'Autorità Giudiziaria il DVD registrato in unica copia;
- se condiviso con l'Autorità Giudiziaria, alla fine dell'audizione può essere fornito al minore ed ai suoi familiari un recapito degli operatori che hanno svolto la funzione di ausiliario, o anche un appuntamento, in modo da permettere loro di rivolgersi a persone già conosciute, in caso di bisogno, comunque all'interno delle modalità di collaborazione previste con i servizi del territorio.

A.3 - RICHIESTA DI ASCOLTO PROTETTO IN INCIDENTE PROBATORIO (allegato B - diagramma 6):

- la richiesta per l'ascolto del minore viene inoltrata dal G.I.P. (*modulo di richiesta – allegato D*);
- per il resto, si utilizzano le stesse procedure per l'ascolto in S.I.T.

A.4 - EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASCOLTO PROTETTO IN INCIDENTE PROBATORIO (allegato B - diagramma 6):

- le modalità dell'**incidente probatorio** risultano equivalenti nelle linee generali a quelle della raccolta di sommarie informazioni testimoniali, tenendo conto che l'incidente probatorio è parte del processo, si svolge quindi alla presenza del GIP e delle parti aventi diritto;
- nello specifico quindi è necessario che un operatore dell'équipe gestisca la parte organizzativa e "filtri" le informazioni utili all'ausiliario, che procede quindi all'ascolto assieme al Giudice (anche qui la modalità è da concordare), mentre altri colleghi si dedicano all'accoglienza delle parti ed all'accompagnamento degli adulti di riferimento per il minore;
- oltre alle situazioni di bambini troppo piccoli, in quelle dove è possibile ipotizzare un danno di qualche tipo al sistema di memoria del minore (disturbi fisici o mentali, disturbi cognitivi specifici, handicap, assunzione di sostanze, grave choc, condizioni di vita gravemente deprivate, ecc.) è consigliabile valutare l'opportunità di una consulenza approfondita piuttosto dell'ascolto focale in sede di audizione, per acquisire una comprensione della capacità del minore a rendere testimonianza;
- se ciò non è possibile è consigliabile quantomeno l'introduzione di modalità specifiche prima o durante l'audizione, che facilitino la procedura di ascolto. Per questo è importante che gli operatori di Polizia Giudiziaria assumano per quanto possibile informazioni dalle figure di riferimento, circa eventuali valutazioni o percorsi psicologici o neuropsichiatrici a cui il bambino è stato sottoposto. Approfondire tali circostanze, acquisendo la documentazione medica e/o clinica, permette di raccogliere importanti elementi sullo sviluppo cognitivo e psicologico del minore e quindi rendere maggiormente consistente la testimonianza rispetto agli eventi in discussione.

A.5 - BUONE PRASSI

Nel rispetto dei protocolli sulle procedure per l'ascolto del minore, che si trovano nella letteratura psicologica e giuridico-forense, riferiti ai principi delle Carte Internazionali sui diritti del bambino (Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia, New York, 1989, ratificata con L. 176/91; Convenzione di Strasburgo, 1996, ratificata con L. 77/03; Carta di Noto, 1996, aggiornata nel 2002; Carta di Venezia, 2007; Linee Guida del SINPIA, 2007; Linee Guida Deontologiche dell'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, 1999; Convenzione di Lanzarote, 2007, ratificata con L. 172/12), si raccomandano alcuni

accorgimenti, in particolare:

- tempi stretti nel fissare l'ascolto del minore, per favorire il successivo percorso di presa in carico, ma anche per garantire al meglio la rievocazione del ricordo, dato che i cambiamenti evolutivi che il bambino attraversa influenzano anche i suoi processi di memoria. In ogni caso l'audizione non dovrebbe costituire l'esclusiva attività di indagine, ma completare il quadro probatorio;
- si raccomanda un luogo idoneo, che influenzi ed intimorisca il bambino il meno possibile, dotato di caratteristiche per lui accoglienti, la presenza di materiali utili all'interazione (es: colori, fogli), con la possibilità di entrate separate in modo da garantire la serenità del bambino anche durante gli incidenti probatori (dove può essere presente l'indagato), dotato di apparato per la videoregistrazione e di specchio unidirezionale, in modo che il bambino possa incontrare non più di due persone, l'operatore di P.G. (o il PM o il GIP) e l'ausiliario, valutando eventualmente la presenza del sostegno affettivo (silente), scelto dal minore. Queste misure garantiscono che il bambino debba reiterare il meno possibile i momenti in cui viene ascoltato (che quindi dovrebbero essere al massimo due, in sede di S.I.T. e di incidente probatorio);
- la riduzione del numero di interviste e la raccolta della testimonianza secondo modalità efficaci e corrette, in particolare non suggestive o inducenti, riducono eventuali fenomeni di rielaborazione e di contaminazione;
- si raccomanda di tenere conto inoltre delle limitazioni nelle capacità di attenzione. Quella degli adulti cala in tempi piuttosto rapidi, per i bambini ancora inferiori. È quindi consigliabile che l'audizione rimanga all'interno di 45 minuti – 1 ora al massimo, considerando che minore è l'età del bambino, più breve deve risultare l'intervento. Di solito, se si è consapevoli che sarà necessario prolungare il colloquio oltre i 45 minuti, va programmata una pausa. È consigliabile che non vengano intervistati bambini al di sotto dei 4 anni e mezzo. In questi casi si possono compiere approfondimenti con gli adulti di riferimento ed in ogni caso il PM potrebbe valutare di procedere ad una consulenza tecnica, che può mettere il minore in una situazione di minor disagio;
- il minore ha diritto ad essere informato sulla situazione e sul contesto, perché possa sentirsi il più possibile a suo agio, libero di esprimere i propri pensieri e contenuti senza sentirsi in qualche modo intimidito o influenzato. Ha diritto a porre le domande che desidera ed a ricevere risposte per lui comprensibili.

B. INDICAZIONI PER LA PRODUZIONE DELLA RELAZIONE DI ESCUSSIONE DEL MINORE IN AMBITO PENALE SECONDO LE MODALITÀ DELL'ASCOLTO PROTETTO

B.1 – OBIETTIVI

Obiettivi di ruolo dell'ausiliario:

- promuovere la salute del minore;
- supportare il minore nella generazione di una narrazione utile ai fini giuridici.

Obiettivo della relazione:

- Descrivere l'avvenuta escussione del minore
- riferire in merito alle modalità discorsive verbali e non verbali utilizzate dal minore durante l'ascolto protetto.

B.2 - TEMPI PRODUZIONE: 30 giorni

B.3 - PARTI DI CUI SI COMPONE LA RELAZIONE

a. Introduzione:

- incarico ricevuto dall'Ufficiale di P.G. (...) per conto di (...);
- luogo e contesto in cui si è svolta l'audizione;
- ruoli presenti durante l'audizione.

b. Svolgimento dell'ascolto:

La relazione di ascolto protetto dovrà riferire sulle modalità adottate dagli interlocutori, minore e ausiliario, rispetto a:

- presentazione del luogo in cui si svolge l'ascolto e dei ruoli presenti;
- presentazione della modalità dell'ascolto (es. setting protetto);
- modalità di approccio al contesto dell'audizione (con chi e come si presenta il bambino);
- conoscenza del luogo dell'audizione;
- conoscenza del motivo dell'audizione;
- conoscenza della distinzione tra verità e menzogna;
- conoscenza della valenza giuridica della testimonianza al compimento del 14 anno di età;
- conoscenza della capacità di descrizione del bambino e distinzione dall'idea di opinione;
- capacità di rievocazione degli eventi a valenza neutra e distinzione rispetto alla capacità rievocativa degli eventi indagati;
- comprensione delle domande poste, modalità e pertinenza della risposta;
- produzione di racconto spontaneo e se ricco e articolato;
- differenza tra eventi neutri e eventi legati all'oggetto d'indagine nella produzione e modalità del racconto;
- come il bambino racconta (stile emozionale) i fatti oggetto d'indagine che vengono riportati laddove l'ausiliario ne individua la necessità;
- stile relazionale con gli adulti presenti anche rispetto a quanto atteso per età;
- generale andamento dell'audizione con specifica di elementi rilevanti emersi e atteggiamento del bambino durante l'audizione;
- gestione del congedo.

d. Considerazioni conclusive

Breve sintesi riassuntiva di quanto emerso e considerazioni generali che contemplano il piano della salute del minore.

L'attività di informazione, formazione, prevenzione e sensibilizzazione

PREMESSA

L'Équipe specialistica annovera tra le proprie funzioni, oltre a quelle di ambito clinico, anche il perseguimento di obiettivi di "sensibilizzazione/informazione/formazione" (Dgr. n. 901/2013 e Dgr n. 1041/2016). E' necessario pertanto definire le competenze in tale ambito che non devono confondersi con quelle specifiche dei soggetti titolari della tutela del minore ma, allo stesso tempo, con questi si devono integrare.

OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali dell'attività di sensibilizzazione/informazione/formazione sono riferiti alla strutturazione di una rete operativa in grado di:

- partecipare alla generazione di una cultura della protezione dell'infanzia aumentando le competenze di intercettazione e individuazione precoce delle situazioni di maltrattamento grave e abuso sessuale sui minori da parte di operatori di varie istituzioni o organizzazioni;
- sensibilizzare alla segnalazione "responsabile" dei casi di abuso sessuale e grave maltrattamento;
- formulare progetti condivisi di sensibilizzazione in vari ambiti (scuola, servizi, organizzazioni, ecc.);
- attivare gli interventi di protezione e di presa in carico dei minori vittime di grave maltrattamento e di abuso sessuale in modo precoce oltre che tempestivo ed efficace;
- collaborare alla definizione dei percorsi di presa in carico, definendo i ruoli dei singoli servizi.

OBIETTIVI SPECIFICI

La progettazione degli interventi di sensibilizzazione/informazione /formazione delle Equipes Specialistiche deve necessariamente inserirsi all'interno della programmazione territoriale, quindi deve essere sviluppata in collaborazione con gli enti titolari della tutela minorile (Comuni e Aziende Ulss delegate) o, secondo i casi, con i dirigenti delle Forze dell'Ordine nelle sue articolazioni. La progettazione dovrà quindi definire il ruolo dei vari soggetti interessati, precisando che all'Equipe Specialistica non compete la sensibilizzazione e informazione di primo livello, alla popolazione, che rimane di competenza dei servizi di base. L'Equipe Specialistica potrà fornire a quest'ultimi la propria consulenza alla progettazione-programmazione e formare gli operatori dei servizi che svolgeranno le attività.

Ciò premesso, sul piano operativo si possono definire come segue gli obiettivi dell'attività di sensibilizzazione/informazione/formazione, distinguendoli secondo i principali destinatari:

A - SERVIZI SOCIO-SANITARI (Pronto Soccorso, Pronto Soccorso Pediatrico, Pediatria e Pediatri di libera scelta, Servizi sociali dei Comuni, servizi A.Ulss delegati):

- promuovere l'utilizzo delle linee guida regionali di attivazione delle Equipes Specialistiche;
- informare sulle modalità d'accesso alle Equipes Specialistiche, sulle loro attività e sulle linee guida regionali;
- condividere le strategie comunicative finalizzate alla gestione di situazioni di minori possibili vittime di maltrattamento grave e/o abuso sessuale;
- sensibilizzare il personale sanitario rispetto all'utilità di attivare protocolli condivisi per la gestione dei minori vittime di grave maltrattamento e/o abuso sessuale;
- co-progettare interventi di sensibilizzazione/informazione di primo livello.

B - SCUOLA

Promuovere una continua collaborazione con gli Istituti comprensivi, attraverso i loro referenti, al fine di:

- partecipare alla generazione di una cultura della protezione all'infanzia aumentando le competenze di intercettazione del disagio del minore;
- aumentare la conoscenza degli obblighi dell'incaricato di pubblico servizio in merito alle procedure per la segnalazione di sospetto maltrattamento e/o abuso sessuale;
- aumentare la collaborazione con i servizi titolari della tutela.

C - FORZE DELL'ORDINE

- promuovere la cultura dell'integrazione e del lavoro di rete con l'Autorità Giudiziaria;
- promuovere l'utilizzo delle linee guida regionali per l'attivazione delle Equipes Specialistiche, in particolare per la gestione degli ascolti protetti;
- promuovere la cultura dell'accompagnamento giudiziario correlato all'obiettivo di tutela delle esigenze di salute del minore implicato nel procedimento.

Bibliografia

- Beebe B., Lachman R. (2003), *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano
- Bianchi D. (a cura di) (2011), *Ascoltare il minore*, Carocci Faber, Roma
- Cancrini L. (2013), *La cura delle infanzie infelici*, Raffaello Cortina, Milano
- Carrer F. (1984), *Considerazioni sui minori vittime di violenze sessuali*, Rassegna Italiana di Criminologia, I, Giuffrè, Palermo
- Carta di Noto (2002, agg. 2011) <http://tutoreminori.regione.veneto.it/scuola/allegati/152.pdf>
- Carta di Noto IV (2017), Linee guida per l'esame del minore
- CD:03 (2005), *Classificazione dei disturbi 0-3 anni*, Fioriti, Roma
- CISMAI (2015), Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale
- Convenzione di Lanzarote, ratificata dall'Italia e pubblicata con legge del 1° ottobre 2012, n. 172 in Gazzetta Ufficiale n. 235, 8 ottobre 2012: «Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale», in <http://www.minori.it/minori/legge-n172-dell8-ottobre-2012-ratifica-ed-esecuzione-della-convenzione-di-lanzarote-del-25> - Linee Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini dalla violenza, in www.cismai.org
- Convenzione di New York (1989, ratificata in Italia con L. 176/91)
- Convenzione di Strasburgo (1996)
- Dettore D., Fuligni C. (1999), *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, McGraw-Hill, Milano
- Di Guglielmo C., Ghezzi D., et al. (2007), *Trattamento di gruppo per adolescenti abusanti sessuali*, in "Ecologia della mente", Volume 30, Numero 2
- Finkelhor D., Browne A. (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*, in "American Journal of Orthopsychiatry", n. 55, 530-541
- Ghezzi D., Arnone S., et al. (2016), *La cura degli adolescenti abusanti sessuali, valutazione e psicoterapia*, in "Minori e Giustizia", n.2
- Ghezzi D. (2017), *Curare gli autori della violenza in famiglia*, in "Terapia Familiare" n. 114
- Herman J.L. (2005), *Guarire dal trauma*, Magi Edizioni scientifiche, Roma
- Intervista Cognitiva (Geiselman e Fisher, 1984 Carta di Noto, 1996, aggiornata nel 2002 e col)
- Kempe H.C. (1976), *The Family and the Community*, Ballinger, Cambridge
- Malacrea M. (1998), *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano
- Malacrea M., Lorenzini S. (2002), *Bambini Abusati*, Raffaello Cortina, Milano
- Montecchi F. (2002), *Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Franco Angeli, Milano
- Montecchi F. (2005), *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Franco Angeli, Milano
- Progetto Europeo S.A.V.E. "Solution Against Violence in Europe" (2015-16)
- Protocollo di Venezia (2007)
- Simonelli A. (2014), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano
- SINPIA (2007), Linee Guida in tema di abuso sui minori della, Edizioni Erickson, Trento
- Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Milano
- Tronik E. (2008), *Regolazione emotiva*, Raffaello Cortina, Milano
- World Report on Violence and Health (2002)
- Yuille J.C. (2002), *Step-Wise Interview*

ALLEGATI

A - Riferimenti e recapiti delle Equipages Specialistiche

Vengono riportate schede informative sintetiche su ogni Equipe

B – Diagrammi

Diagrammi riferiti al testo

C – Modulo per la richiesta di intervento dell’Equipe specialistica da parte dei Servizi Sociali o Sociosanitari

Modulo che i servizi devono inviare al Direttore dell’U.O.C. nella quale è inserita l’Equipe Specialistica per la richiesta di intervento

D - Modulo per la richiesta di collaborazione per l’ascolto protetto da parte dell’Autorità Giudiziaria o Forze dell’Ordine

Modulo che le Forze dell’Ordine devono inviare al Direttore dell’U.O.C. nella quale è inserita l’Equipe Specialistica per la richiesta di intervento

E – Flusso informativo regionale

Scheda da compilare da parte di ogni Azienda Ulss incaricata per la gestione delle Equipages Specialistiche secondo la periodicità definita dalla Direzione dei Servizi Sociali – Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

F – Analisi quali-quantitativa dell’attività

Schede per l’analisi quali-quantitativa che ogni Azienda Ulss incaricata deve presentare annualmente alla Direzione dei Servizi Sociali – Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

Allegato A – Riferimenti e recapiti delle Equipes Specialistiche

AZIENDA ULSS N. 2 “MARCA TREVIGIANA”													
Struttura Aziendale in cui è inserita l’Equipe	U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia – Distretto Treviso Nord Direttore: dott. George Louis Del Re												
Referente/coordinatore dell’Equipe	dott.ssa Roberta Durante												
Sede dell’Equipe	Viale D’Alviano 34 - Treviso Telefono 0422 410554 (sede) – cell. 320 4353893 e-mail: (in fase di attribuzione)												
Orari di funzionamento	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 15%;">lunedì</td><td>dalle 8.30 alle 18.00</td></tr> <tr><td>martedì</td><td>dalle 8.30 alle 18.00</td></tr> <tr><td>mercoledì</td><td>dalle 8.30 alle 18.00</td></tr> <tr><td>giovedì</td><td>dalle 13.00 alle 18.00</td></tr> <tr><td>venerdì</td><td>dalle 8.30 alle 15.00</td></tr> <tr><td>sabato</td><td>chiuso</td></tr> </table>	lunedì	dalle 8.30 alle 18.00	martedì	dalle 8.30 alle 18.00	mercoledì	dalle 8.30 alle 18.00	giovedì	dalle 13.00 alle 18.00	venerdì	dalle 8.30 alle 15.00	sabato	chiuso
lunedì	dalle 8.30 alle 18.00												
martedì	dalle 8.30 alle 18.00												
mercoledì	dalle 8.30 alle 18.00												
giovedì	dalle 13.00 alle 18.00												
venerdì	dalle 8.30 alle 15.00												
sabato	chiuso												

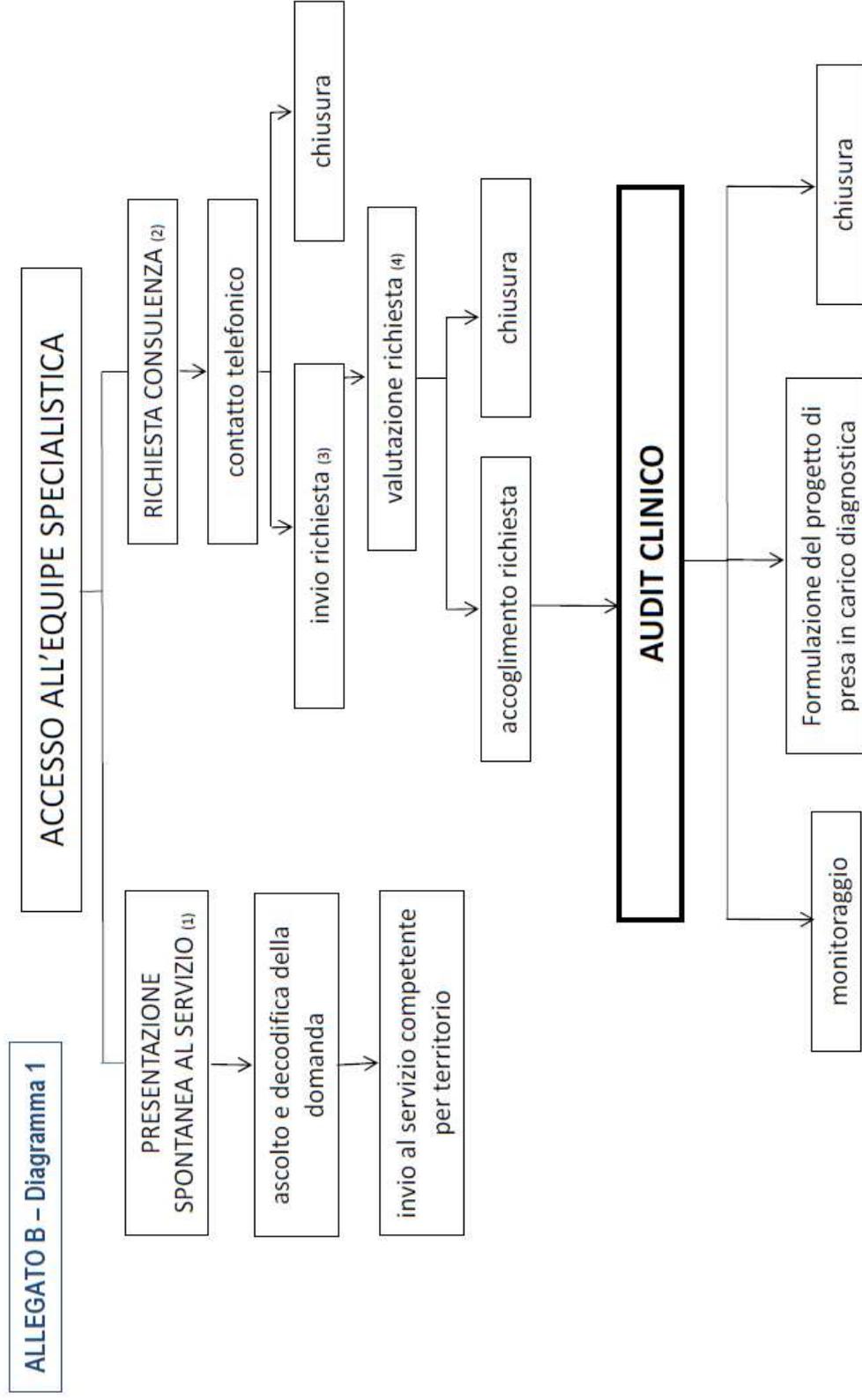
AZIENDA ULSS N. 3 “SERENISSIMA”													
Struttura Aziendale in cui è inserita l’Equipe	U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia Direttore: dott.ssa Maria Cristina Mambelli												
Referente/coordinatore dell’Equipe	dott.ssa Cinzia Salviato												
Sede dell’Equipe	Via delle Munege - Favaro Veneto Telefono: in via di attribuzione Fax: “ Mail: “												
Orari di funzionamento	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 15%;">lunedì</td><td>dalle 9.00 alle 17.00</td></tr> <tr><td>martedì</td><td>dalle 9.00 alle 17.00</td></tr> <tr><td>mercoledì</td><td>dalle 9.00 alle 17.00</td></tr> <tr><td>giovedì</td><td>dalle 13.00 alle 17.00</td></tr> <tr><td>venerdì</td><td>dalle 9.00 alle 15.00</td></tr> <tr><td>sabato</td><td>chiuso</td></tr> </table>	lunedì	dalle 9.00 alle 17.00	martedì	dalle 9.00 alle 17.00	mercoledì	dalle 9.00 alle 17.00	giovedì	dalle 13.00 alle 17.00	venerdì	dalle 9.00 alle 15.00	sabato	chiuso
lunedì	dalle 9.00 alle 17.00												
martedì	dalle 9.00 alle 17.00												
mercoledì	dalle 9.00 alle 17.00												
giovedì	dalle 13.00 alle 17.00												
venerdì	dalle 9.00 alle 15.00												
sabato	chiuso												

AZIENDA ULSS N. 6 “EUGANEA” - “Equipe Specialistica Interprovinciale I Girasoli”	
Struttura Aziendale in cui è inserita l’Equipe	Struttura Complessa Pianificazione e Valutazione Sociosanitaria Dirigente: dott.ssa Daniela Salvato
Referente/coordinatore dell’Equipe	dott.ssa Monica Pezzolo
Sede dell’Equipe	Via Dei Colli n.4 35143 PADOVA Telefono 049 8214644 fax 049 8216076 - Raggiungibilità del servizio anche al numero 335 8113393 mail: igirasoli.ulss16@aulss6.veneto.it

Orari di funzionamento	Lunedì dalle 13.30 alle 18.00 martedì dalle 8.00 alle 15.30 mercoledì dalle 8.00 alle 18.00 giovedì dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 13.30 alle 18.00 venerdì dalle 8.00 alle 16.00
-------------------------------	--

AZIENDA ULSS N. 8 “BERICA”	
Struttura Aziendale in cui è inserita l’Equipe	U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia Direttore: dott.ssa Marilena Zanetello
Referente/coordinatore dell’Equipe	dott. Claudio Vencato, Resp. UOS Protezione e Tutela Minori
Sede dell’Equipe	Via Legione Gallieno, 31 - Vicenza Telefono 0444 757590 Mail:
Orari di funzionamento	lunedì dalle 8.30 alle 18.00 martedì dalle 8.30 alle 18.00 mercoledì dalle 8.30 alle 15.30 giovedì dalle 8.30 alle 13.00 venerdì dalle 8.30 alle 13.00 sabato chiuso

AZIENDA ULSS N. 9 “SCALIGERA”	
Struttura Aziendale in cui è inserita l’Equipe	U.O.C. Infanzia Adolescenza e Famiglia Direttore: dott.ssa Maria Scudellari
Referente/coordinatore dell’Equipe	dott.ssa Chiara Braioni
Sede dell’Equipe	Via Monte Novegno 4 c/o CERRIS - Verona Telefono: 045 916261 fax: 045 8341259 Mail: ilfaro@aulss9.veneto.it
Orari di funzionamento	L’équipe riceve solo su appuntamento. È presente in sede: lunedì dalle 14.00 alle 18.00 martedì dalle 14.00 alle 18.00 mercoledì dalle 8.30 alle 18.00 giovedì dalle 9.00 alle 13.00 venerdì dalle 8.00 alle 17.00

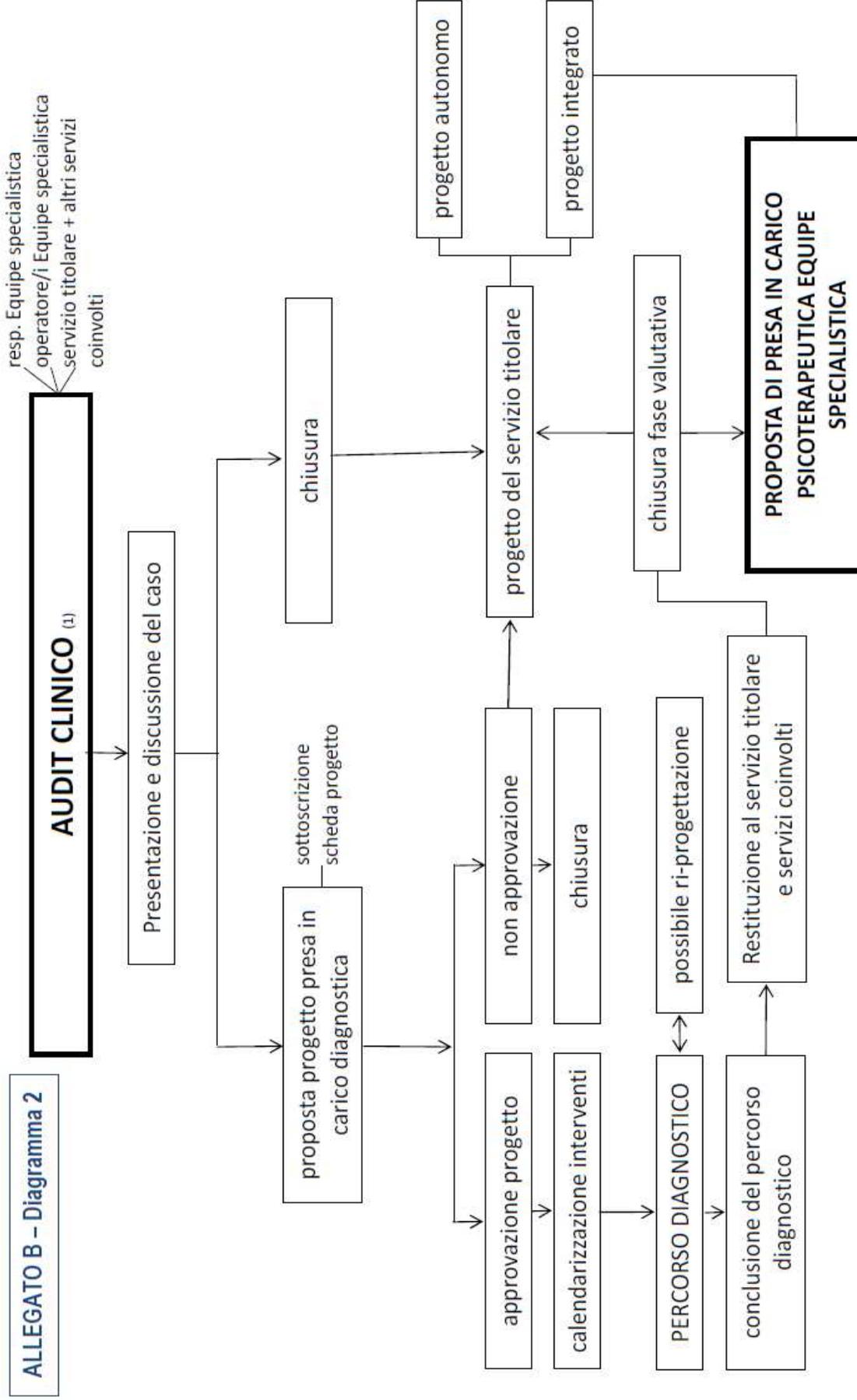


(1) persona singola o rappresentante servizi o istituzioni (es.: insegnante, privato sociale, ecc.), anche contatto telefonico.

(2) da parte del servizio del territorio che ha in carico il caso

(3) tramite compilazione scheda

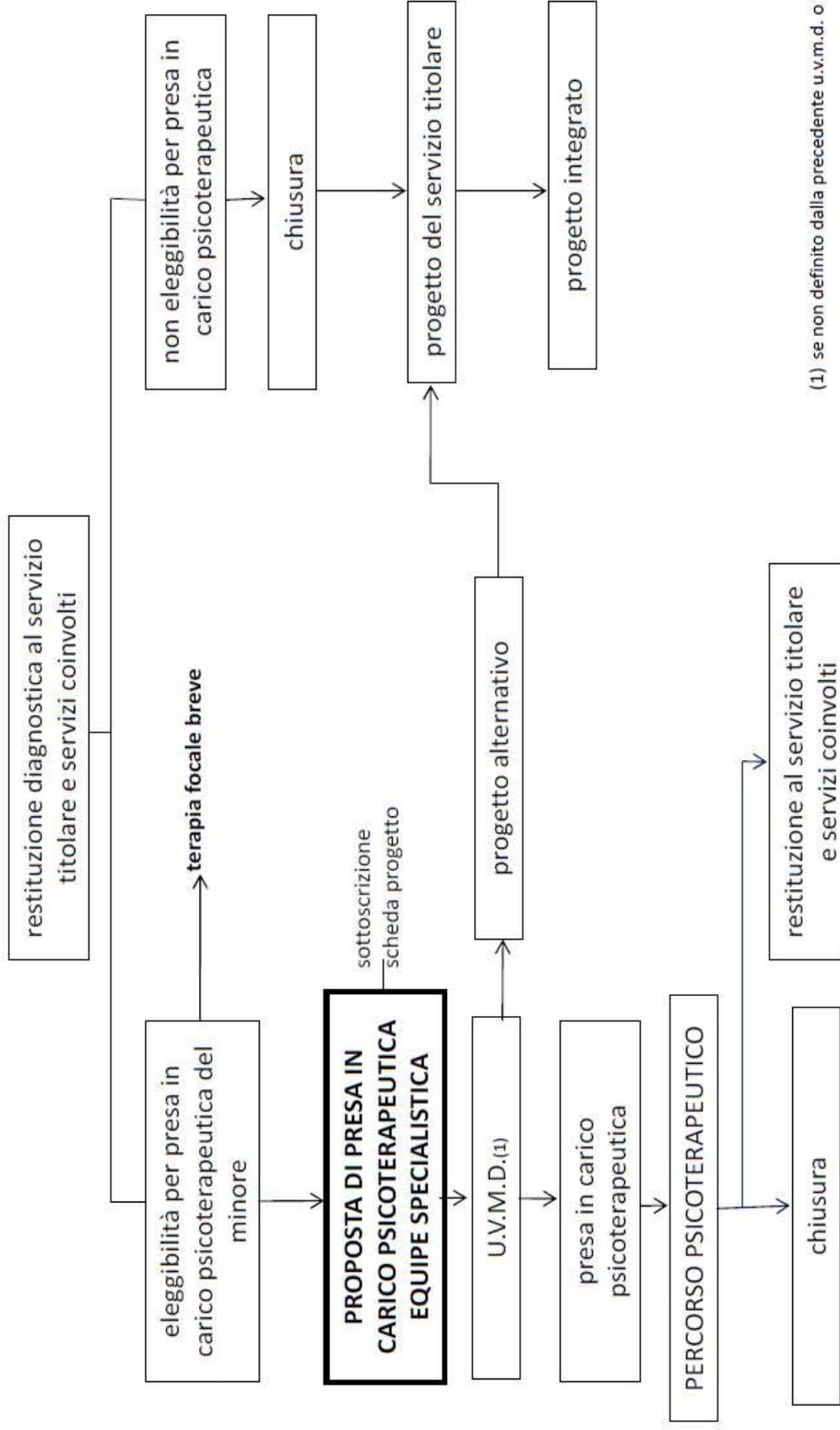
(4) valutazione della pertinenza della richiesta secondo la mission dell'Equipe



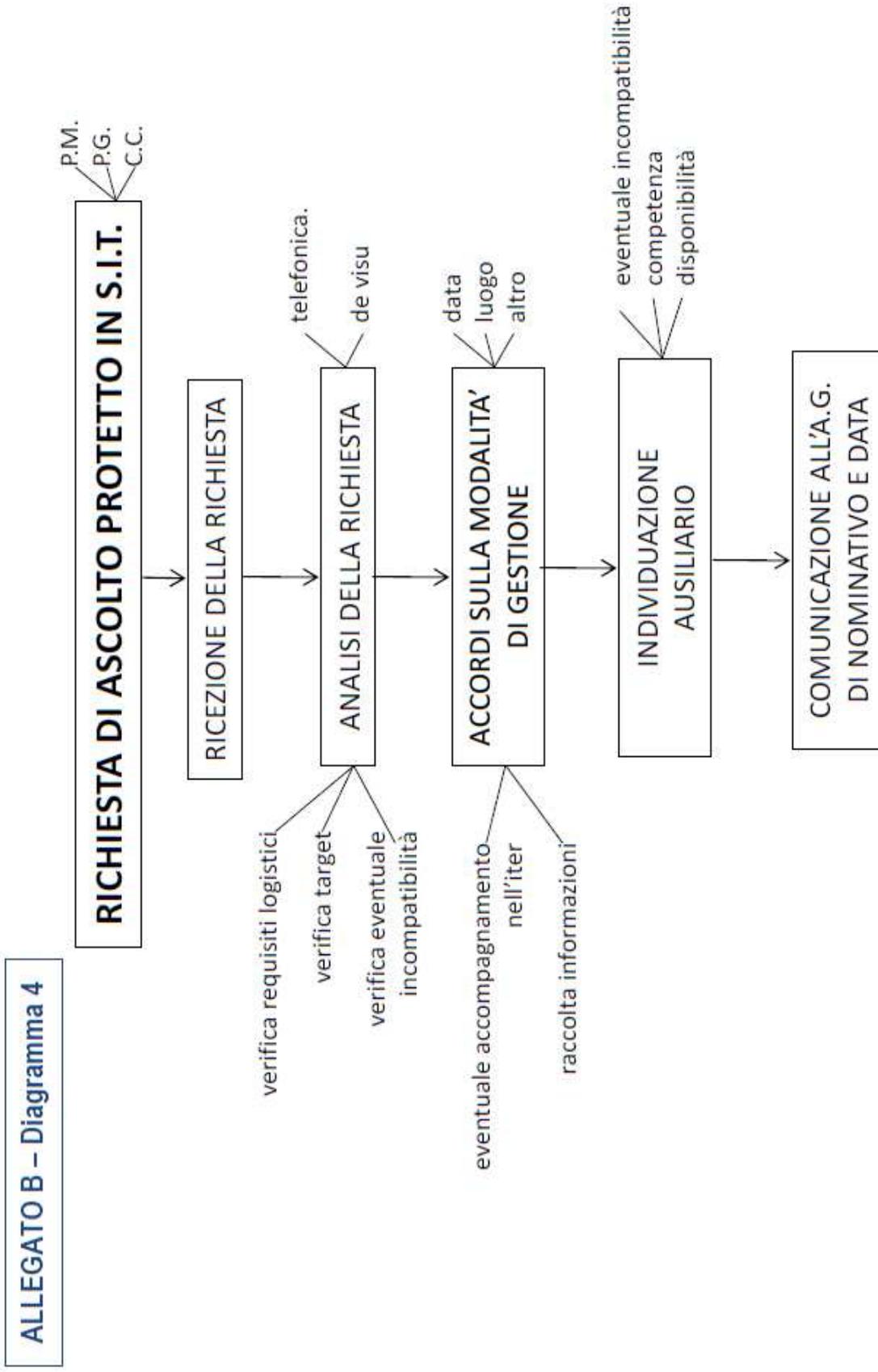
(1) presentazione del caso all'Equipe specialistica. L'audit clinico deve essere preceduto dall'invio della documentazione esistente (diagnosi, decreti, relazioni, ecc.) all'Equipe specialistica

ALLEGATO B – Diagramma 3

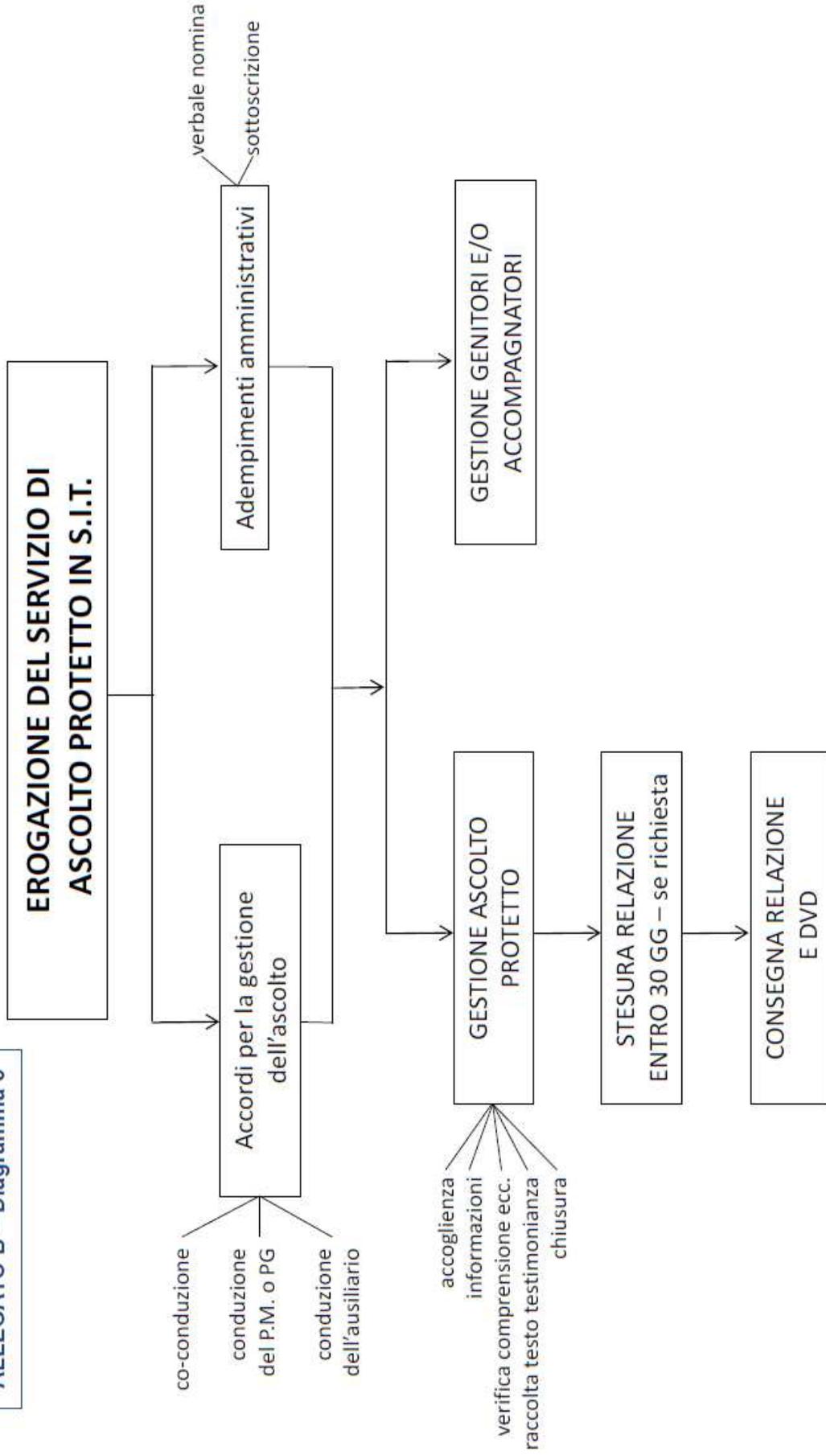
PRESA IN CARICO PSICOTERAPEUTICA

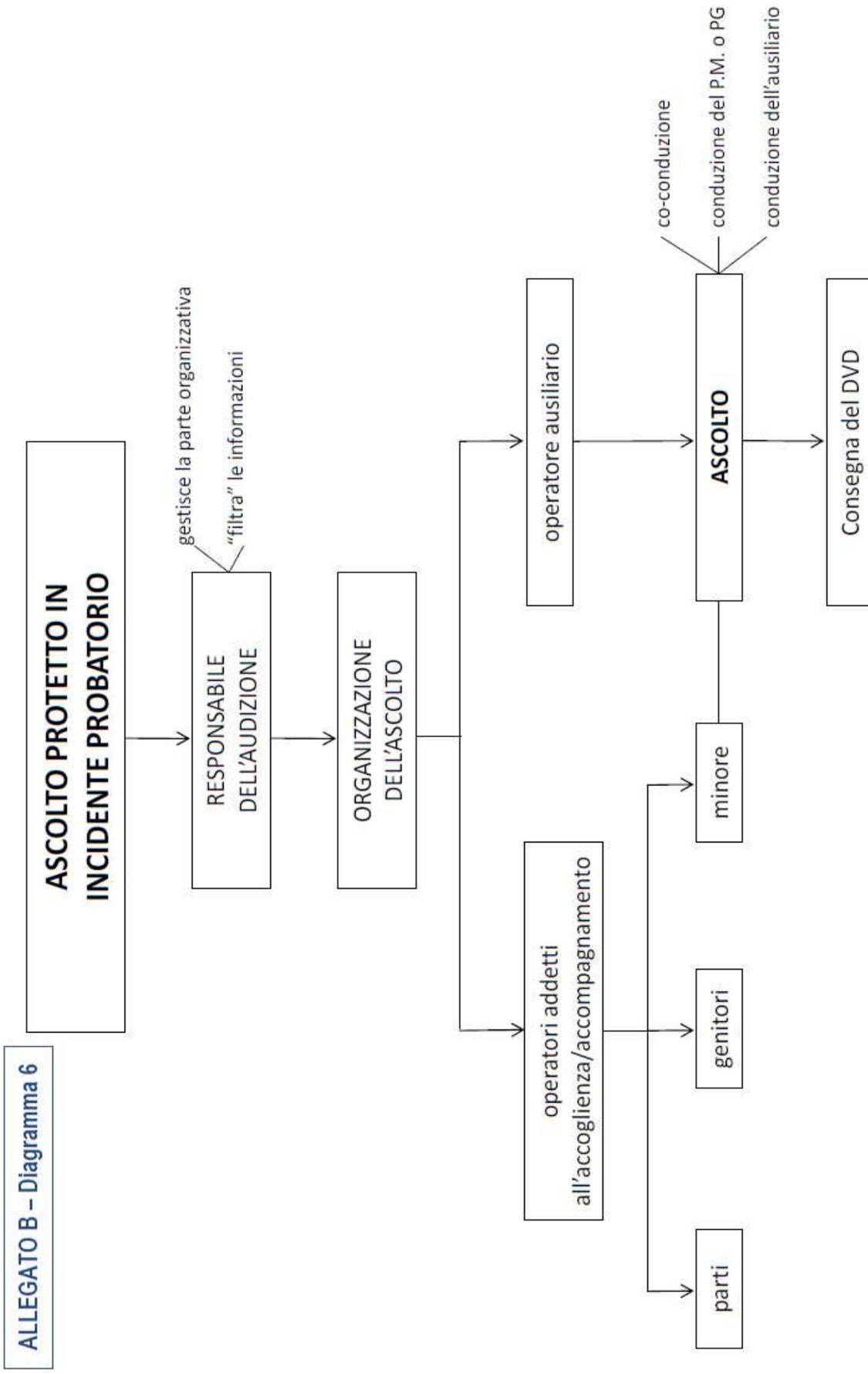


(1) se non definito dalla precedente u.v.m.d. o tavolo tecnico



ALLEGATO B – Diagramma 5







Allegato C – Modulo per la richiesta di intervento dell’Equipe Specialistica da parte dei Servizi Sociali o Sociosanitari

Data _____

Al Direttore

U.O.C.

Azienda Ulss n. ... “.....”

Via

Città

pec:

Oggetto: Richiesta consulenza per il minore __. __. (n. anno _____)

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

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del servizio _____

del Comune di _____

U.L.S.S. N° _____ Distretto _____

Sito in (indirizzo completo) _____

e-mail _____

posta elettronica certificata (pec) _____

recapiti telef. _____

orari di reperibilità _____

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

CHIEDE all’Equipe Specialistica Provinciale/Interprovinciale

- La consulenza agli operatori
- La diagnosi anche per minori autori di reato
- La presa in carico anche per minori autori di reato
- L’accompagnamento nell’iter giudiziario

MADRE

Deceduta (in data _____) Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov _____)

in via _____ n. _____

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

EVENTUALI ALTRI FAMILIARI RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI E NON

Specificare il grado di parentela: _____

Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov _____)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

Specificare il grado di parentela: _____

Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov _____)

TITOLO DI STUDIO

- Nessuno
- analfabeta
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diploma scuola professionale | <input type="checkbox"/> pensionata |
| <input type="checkbox"/> diploma scuola media superiore | <input type="checkbox"/> disoccupata |
| <input type="checkbox"/> laurea/ diploma di laurea | <input type="checkbox"/> casalinga |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |

Specificare il grado di parentela: _____

- Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov _____)

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

2. SCHEDA PSICOSOCIALE da allegare alla richiesta di consulenza
--

Rispetto al maltrattamento/abuso, il minore è:

- 1. Autore
- 2. Vittima
- 3. Entrambi

Il minore vive presso

- 1. Genitori naturali
- 2. Con la sola madre
- 3. Con il solo padre
- 4. Madre con famiglia ricostituita
- 5. Padre con famiglia ricostituita
- 6. Parenti entro il 4° grado
- 7. Famiglia affidataria
- 8. Struttura socio-educativa
- 9. Senza fissa dimora
- 10. Con amici/conoscenti
- 11. Ospedale
- 12. Carcere
- 13. Altra situazione: _____

Il minore è:

- 1. Figlio di genitori coniugati
- 2. Figlio di genitori conviventi
- 3. Figlio di genitori separati o divorziati
- 4. Figlio di genitori ignoti
- 5. Figlio di madre nubile
- 6. Orfano di padre
- 7. Orfano di madre
- 8. Orfano di entrambi i genitori
- 9. Dato non conosciuto

La filiazione è:

- 1. Legittima
- 2. Riconosciuta da uno o entrambi i genitori
- 3. Non riconosciuta
- 4. Dato non conosciuto
- 5. Adottiva

La tutela è esercitata:

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

I Fratelli del minore sono (numero) _____

e vivono:

	1° fratello	2° fratello	3° fratello	4° fratello	5° fratello	6° Fratello	Altri fratelli (numero)
Con i genitori naturali	<input type="checkbox"/>						
Con i nonni/parenti	<input type="checkbox"/>						
In una famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>						
In struttura	<input type="checkbox"/>						
Dato non conosciuto	<input type="checkbox"/>						
In altra situazione	<input type="checkbox"/>						

Il minore ha problemi di handicap?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Motorio
<input type="checkbox"/> 2. Sensoriale
<input type="checkbox"/> 3. Psicico
<input type="checkbox"/> 4. Plurimo
<input type="checkbox"/> 5. Nessuno | } | 9.1) Certificato UVMD:
<input type="checkbox"/> 1. Sì
<input type="checkbox"/> 2. No
9.2) Gravità (descrizione): _____ |
|--|---|---|

Il minore frequenta servizi educativi scolastici:

- 1. L'asilo nido
- 2. La scuola materna
- 3. Le elementari
- 4. Le medie inferiori
- 5. Corso di addestramento professionale
- 6. L'istituto professionale
- 7. Le medie superiori (liceo o istituto tecnico)
- 8. Nessuna scuola
- 9. Centro diurno
- 10. CEOD
- 11. Università
- 12. Corso d'italiano
- 13. Altro

Il minore ha svolto un'attività lavorativa?

- 1. Sì, con regolarità
- 2. Sì ma in modo irregolare
- 3. Quasi mai
- 4. Mai

PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA NEI CONFRONTI DEL MINORE

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

	Data del provvedimento
<input type="checkbox"/> 1. Decreto di allontanamento	/ /
<input type="checkbox"/> 2. Decreto di decadenza della responsabilità di uno o entrambi i genitori	/ /
<input type="checkbox"/> 3. Decreto di sospensione della responsabilità genitoriale	/ /
<input type="checkbox"/> 4. Altro provvedimento amministrativo del TM	/ /
<input type="checkbox"/> 5. Provvedimento penale	/ /
<input type="checkbox"/> 6. Affidamento a servizio sociale	/ /
<input type="checkbox"/> 7. Provvedimento del Giudice tutelare per affido consensuale	/ /
<input type="checkbox"/> 8. Altro provvedimento civile del T.O.	/ /
<input type="checkbox"/> 9. Nessun provvedimento	

AUTORE DEI MALTRATTAMENTI/ABUSI SEGNALATI

	Autore (cfr. legenda)	Età	Provvedimenti dell'autorità giudiziaria nei confronti dell'abusante/maltrattante			
			Archiviato	In corso	Concluso con condanna	Concluso con assoluzione
1. Maltrattamento fisico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abuso sessuale/molestie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grave trascuratezza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Violenza sessuale assistita			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Violenza fisica assistita			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maltrattamento psicologico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ipercure			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Incesto tra fratelli			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. La vittima (il minore direttamente) | <input type="checkbox"/> 10. Pediatra/MMG |
| <input type="checkbox"/> 2. Un genitore | <input type="checkbox"/> 11. Ospedale/Pronto soccorso ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> 3. Entrambi i genitori | <input type="checkbox"/> 12. Tutore |
| <input type="checkbox"/> 4. Fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> 13. Giudice tutelare |
| <input type="checkbox"/> 5. Altri parenti | <input type="checkbox"/> 14. TM |
| <input type="checkbox"/> 6. Ulss di residenza | <input type="checkbox"/> 15. Tribunale ordinario (penale) |
| <input type="checkbox"/> 7. Comune di residenza | <input type="checkbox"/> 16. Tribunale ordinario (separazioni) |
| <input type="checkbox"/> 8. Amici/vicini di casa | <input type="checkbox"/> 17. Forze dell'ordine |
| <input type="checkbox"/> 9. Scuola (insegnanti, direttore..) | <input type="checkbox"/> 18. Linea telefonica di aiuto |

Allegato D – Modulo per la richiesta di collaborazione per l’ascolto protetto da parte dell’Autorità Giudiziaria o Forze dell’Ordine

Data _____

Al Direttore

U.O.C.

Azienda Ulss n. ... “.....”

Via

Città

pec:

Oggetto: Richiesta consulenza per il minore __.__. (n. anno _____)

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

Il/la sottoscritto/a

In qualità di

del Corpo/Comando/... - specificare:

Tribunale – specificare:

Altro – specificare:

Sito in (indirizzo completo)

e-mail

posta elettronica certificata (pec)

recapiti telef.

orari di reperibilità

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

CHIEDE all’ Equipe Specialistica Provinciale/Interprovinciale:

- accompagnamento nell’iter giudiziario**
- audizione protetta SIT**
- audizione protetta in sede di Incidente Probatorio**

MADRE

Deceduta (in data _____) Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov _____)

in via _____ n. _____

TITOLO DI STUDIO

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

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

NOTE RILEVANTI AI FINI DELLA RICHIESTA:

Allegato E – Flusso informativo regionale

Regione del Veneto

EQUIPES SPECIALISTICHE PROVINCIALI/INTERPROVINCIALI IN MATERIA DI ABUSO SESSUALE E GRAVE MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI/E DEI RAGAZZI/E MINORI D'ETÀ

FLUSSO INFORMATIVO RELATIVO ALL'ATTIVITA' NEL PERIODO¹ _____

AZIENDA ULSS n° __ “ _____ ”

Sede dell'Equipe:

Via _____ n° _____ presso

cap _____ Comune _____

tel. _____ e-mail _____

ORGANIZZAZIONE DELL'EQUIPE

Coordinatore dell'Equipe specialistica: dott./dott.ssa _____

L'Equipe è funzionalmente inserita
nell'U.O.C./Servizio: _____

Direttore dell'U.O.C./Servizio: _____

Personale dedicato (finanziamento regionale)

Figura professionale	n° ore settimanali	N° settimane	Tipologia contratto

Altro personale messo a disposizione dall'A.Ulss

Figura professionale	n° ore settimanali	N° settimane	Tipologia contratto

¹ Costituisce debito informativo secondo la periodicità definita dalla competente Direzione regionale

MINORI PRESI IN CARICO

Età e genere

fascia età	F	M	Tot.
0-5 anni			
6-10 anni			
11-13 anni			
14-17 anni			
18 anni e più			
totale			

Sul totale dei minori presi in carico nel periodo _____

	n. minori
Numero minori con primo accesso	
Numero minori dimessi	

TIPOLOGIA DELLA PRESA IN CARICO E PRESTAZIONI

Presa in carico per: ²	n. minori	n. prestazioni
Ascolto giudiziario		
Consulenza		
Valutazione diagnostica		
Presa in carico terapeutica		
		prestazioni totali

Tipologia ³	n. minori
Vittime di grave maltrattamento	
Vittime di abuso sessuale	
Vittime di grave maltrattamento e abuso sessuale	
Autori di reato	
	totale

² Far riferimento a quanto definito nelle Linee Guida. La somma del numero minori non corrisponde al totale minori in carico in quanto un minore che riceve più prestazioni (es.: valutazione diagnostica e presa in carico terapeutica) viene conteggiato ogni tipologia.

³ Si classificano in base alla motivazione di primo accesso. Il numero totale deve corrispondere al numero totale dei minori in carico.

Allegato F – Analisi quali-quantitativa dell’attività

Regione del Veneto

EQUIPES SPECIALISTICHE PROVINCIALI/INTERPROVINCIALI IN MATERIA DI ABUSO SESSUALE E GRAVE MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI/E DEI RAGAZZI/E MINORI D’ETÀ

AZIENDA ULSS n° __ “_____”

1. ATTIVITA’ A FAVORE DELLE VITTIME

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

A1. Età e genere

fascia età	F	M	Tot.
0-5 anni			
6-10 anni			
11-13 anni			
14-17 anni			
18 anni e più			
totale			

A2. Residenza

residenza	n. minori
residenti territorio A. Ulss n. ____	
residenti territorio A. Ulss n. ____	
provenienti altre A.Ulss Veneto	
Provenienti fuori regione	
totale	

A.3 Cittadinanza

Stato	n. minori
non indicata	
ITALIA	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
totale	

A4. Tipologia

Maltrattamento grave		di cui	
tipologia	n. casi	episodio unico	continuato
intrafamiliare			
extrafamiliare			

Note:

Abuso sessuale

Abuso sessuale		di cui	
tipologia	n. casi	episodio unico	continuato
intrafamiliare			
extrafamiliare			

Note:

A5. Tipologia di presa in carico

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
Numero minori in sola valutazione diagnostica			
Numero minori in valutazione e successiva terapia			
Numero minori inviati per sola terapia			

B. INVIANTI

Inviante	n. minori
1. Comune di residenza del minore	
2. Servizio A.Ulss di residenza del minore	
3. Forze dell'Ordine	
4. Autorità Giudiziaria	
5. Scuola	
6. Altri	
7. Non rilevato o indicato	
totale	

C. PRESTAZIONI⁴

C1. Prestazioni relative alla fase di **consulenza – presa in carico**

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
Consulenze telefoniche ⁵			
Consulenze in servizio			
Audit clinico ⁶			
totale			

⁴ La prestazione svolta da più operatori (prestazioni congiunte) va segnata come una prestazione

⁵ Devono essere riportate tutte le consulenze telefoniche durante le quali, indipendentemente dalla loro durata, sono stati discussi elementi riferiti al caso e alle decisioni con ricadute sul piano operativo. Non vanno conteggiati i contatti telefonici per solo accordi organizzativi (fissazione appuntamenti, ecc.)

⁶ Per la definizione di audit clinico fare riferimento al protocollo operativo

C2. Prestazioni relative alla fase di **valutazione diagnostica**

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
Colloqui clinici con il minore			
Colloqui clinici con i genitori			
Colloqui clinici con la famiglia			
Osservazione relazione genitore/i-figlio/i			
Somministrazione test			
Valutazioni neuropsichiatriche infantili			
Incontri di restituzione al minore			
Incontri di restituzione ai genitori			
Incontri di restituzione ai servizi invianti			
Partecipazione a Uvmd			
Convocazioni presso l'Autorità Giudiziaria			
Relazioni			
Altre prestazioni ⁷			
totale			

C3. Prestazioni relative alla fase di **presa in carico terapeutica**

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
Sedute psicoterapia individuale per il minore			
Sedute di psicoterapia di gruppo			
Incontri con i genitori			
Incontri con i servizi invianti			
Incontri di restituzione al minore			
Incontri di restituzione ai genitori			
Incontri di restituzione ai servizi invianti			
Partecipazione a Uvmd			
Relazioni			
Altri interventi terapeutici			
Altri interventi correlati			
totale			

D. PRESTAZIONI ATTIVITA' DI ASCOLTO PROTETTO⁸

D1. Età e genere dei minori

fascia età	F	M	Tot.
0-5 anni			
6-10 anni			
11-13 anni			
14-17 anni			
18 anni e più			
totale			

⁷ Prestazioni di altri operatori non ricomprese in quelle precedenti (es: psicomotricista, educatore)

⁸ Se il minore era già in carico al servizio o è stato preso in carico dopo l'ascolto, i dati vanno comunque riportati in questa sezione

D2. Residenza

residenza	n. minori
residenti territorio A. Ulss n. ____	
residenti territorio A. Ulss n. ____	
provenienti altre A.Ulss Veneto	
provenienti da fuori regione	
totale	

D.3 Cittadinanza

Stato	n. minori
non indicata	
ITALIA	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
totale	

D.4 Richiedenti

richiedente	n. minori
Procura c/o Tribunale per i Minorenni	
Procura presso il Tribunale Ordinario	
Tribunale Ordinario	
Tribunale per i Minorenni	
Forze dell'Ordine	
totale	

D5. Prestazioni

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
accompagnamento giudiziario			
ascolto in S.I.T.			
ascolto in incidente probatorio			
convocazioni dell'Autorità Giudiziaria			
relazioni			
totale			

D6. Numero minori visti in ascolto protetto e successivamente presi in carico

prestazione	maltrattamento	abuso sessuale	totale
accompagnamento giudiziario			
ascolto in S.I.T.			
ascolto in incidente probatorio			
totale			

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

Servizio	numero casi per tipologia		
	maltrattamento	abuso sessuale	totale
Servizio Sociale Comunale			
Consultorio Familiare			
Servizio Tutela Minori			
Servizio per l'Età Evolutiva – N.P.I.			

2. ATTIVITA' A FAVORE DEGLI AUTORI DI REATO MINORENNI

A. **DATI UTENZA**

A1. Età e genere

fascia età	F	M	Tot.
11-13 anni			
14-17 anni			
18 anni e più			
totale			

A2. Residenza

residenza	n. minori
residenti territorio A. Ulss n. ____	
residenti territorio A. Ulss n. ____	
provenienti altre A.Ulss Veneto	
provenienti da fuori regione	
totale	

A.3 Cittadinanza

Stato	n. minori
non indicata	
ITALIA	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
totale	

A4. Tipologia secondo fase del procedimento penale

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

B. INVIANTI

Inviante	n. minori
Servizio territoriale	
Autorità Giudiziaria	
U.S.S.M.	
totale	

C. PRESTAZIONI

C1. Prestazioni relative alla fase di **presa in carico del minore autore di reato**

prestazione	n. interventi
Sedute di valutazione diagnostica	
Sedute psicoterapia individuale per il minore	
Sedute minore-famiglia	
Incontri con i genitori/caregiver	
Incontri con i servizi invianti	
Incontri di restituzione al minore	
Incontri di restituzione ai genitori/caregiver	
Incontri di restituzione minore-caregiver-servizio	
Incontri di restituzione ai servizi invianti	
Relazioni	
totale	

C2. Psicoterapia di gruppo

Numero gruppi attivati	
Numero totale sedute di gruppo	