

OGGETTO: “Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all’abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori – Linee guida per l’attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE”: approvazione documento.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

IN QUALITA’ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “Nuovo Statuto della Regione Lazio” e s.m.i.;

VISTA la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e s.m.i.;

VISTO il Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei servizi della Giunta Regionale n. 1 del 2002 e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio, secondo i programmi operativi di cui all’articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 271 del 5 giugno 2018, con cui è stato conferito l’incarico di Direttore Regionale della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria al Dott. Renato Botti;

VISTA la Convenzione dell’ONU sui diritti dell’infanzia approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata nel nostro ordinamento con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991;

VISTA la Convenzione europea sull’esercizio dei diritti dei minori adottata dal Consiglio d’Europa a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e ratificata dall’Italia con la legge 20 marzo 2003 n. 77;

VISTE le Linee guida del Comitato dei ministri del Consiglio d’Europa per una giustizia a misura di minore adottate dal Comitato dei ministri del Consiglio d’Europa il 17 novembre 2010;

VISTA la Direttiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile che sostituisce la decisione quadro 2004/68/ GAI del Consiglio;

VISTA la Legge n. 172 del 2012 di ratifica della Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori dall’abuso e dallo sfruttamento sessuale, in particolare in riferimento all’assicurare la guarigione fisica e psico-sociale del minorenne vittima di maltrattamento;

VISTO il Rapporto pubblicato dall’OMS dal titolo “Global Status Report on Violence Prevention” (2014) sull’epidemiologia della violenza nelle sue varie forme (violenza interpersonale in tutte le sue forme, omicidio, violenza sui bambini, violenza giovanile, violenza domestica, violenza sessuale, violenza sugli anziani, etc.) dal quale emerge che: 1 adulto su 4 (25%) nel mondo è stato abusato fisicamente da bambino, il 36% degli adulti dichiarano di aver subito un abuso psicologico, 1 donna su 5 (il 20%), 1 uomo su 10 circa (5-10%) ha subito abuso sessuale da bambino, 1 donna su 3 è stata vittima di violenza fisica o sessuale perpetrata dal proprio partner, 1 anziano su 17 è vittima di violenza;

VISTA la D.G.R. n. 3846 del 13/7/1999 recante “Linee Guida per la prevenzione e cura di violenze e abuso sui minori” nella quale vengono anche identificati per i casi di violenza e/o abuso in danno di minori i Centri di riferimento presso strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso o di D.E.A.;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (G.U. Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)";

CONSIDERATO che i LEA rendono ineludibile tale esigenza assistenziale quando al Capo IV articolo 24 "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie" prevedono espressamente che: "1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche [...] necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

Comma 1 [...] lettera m) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi e la lettera n) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 287 del 16/9/2014 che recepisce il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" (PANSM) demandandone l'applicazione, per quanto concerne la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, alle AASSLL e alle AAOO;

CONSIDERATO che CISMAI, rete italiana di centri e servizi pubblici e privati contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, e Terre des Hommes, organizzazione internazionale per la protezione dei bambini, hanno realizzato un'indagine pilota su un campione di 40 Comuni italiani e una popolazione di oltre 4,9 milioni di residenti, di cui 758.932 bambini e adolescenti (Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive, 2015);

PRESO ATTO che dai risultati presentati è emerso che lo 0,98% dei minorenni residenti in Italia è risultato in carico ai Servizi Sociali per solo maltrattamento, percentuale che sale all'1,49%, se si considerano anche i casi di minorenni presi in carico per altre ragioni ma risultati poi vittime di maltrattamento;

CONSIDERATO che sulla base di tali dati si è stimato che, oltre ai gravissimi danni psicofisici e sociali provocati ai minori coinvolti, l'incidenza del fenomeno del maltrattamento all'infanzia, ossia l'incremento prodotto dai soli casi nuovi ogni anno, ha un impatto sulle casse dello Stato pari a circa 1 miliardo all'anno laddove sono considerati i costi correlati all'incidenza del fenomeno;

CONSIDERATO che lo studio suddetto dimostra come la mancanza di investimenti sistematici di lungo periodo nella prevenzione del maltrattamento produca anche maggiori costi sociali e sanitari per il servizio sanitario nel breve e medio periodo;

PRESO ATTO del documento di proposta elaborato dalla Commissione consultiva per la prevenzione e cura sul maltrattamento ai minorenni dell'Autorità Garante Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che indica, nel capitolo relativo all'area della "Cura", che "accanto ad un primo livelli di servizi di base che dovrebbe essere maggiormente implementato e finanziato, dovrebbe essere prevista, a livello nazionale, la costituzione di servizi specialistici per il trattamento di minorenni vittime di maltrattamento e abuso";

CONSIDERATO che la Regione Lazio intende riprendere tale impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale;

CONSIDERATO che la Regione Lazio ha tra le proprie priorità quella della tutela della salute di tutti i minori, delle loro famiglie e l'umanizzazione delle cure;

PRESO ATTO del Decreto del Ministero della Salute del 3 aprile 2017 recante "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (Accordo Stato Regioni e PA n. CSR 43 del 30 marzo 2017) e che nel suddetto documento è previsto, tra l'altro, che durante gli interventi sanitari dovrà essere garantita la presenza di un mediatore linguistico-culturale, adeguatamente formato;

VISTA la D.G.R. n. 590/2018 recante "Approvazione del documento concernente "Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale" che recepisce il suddetto Decreto;

VISTA la Legge 7 aprile 2017, n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati";

CONSIDERATO la necessità di rispondere in un'ottica integrata anche alle richieste pervenute sul tema della salute mentale dei minorenni dalla Presidente del Tribunale dei Minorenni di Roma;

CONSIDERATO che, dal punto di vista istituzionale, i servizi sanitari territoriali deputati alla presa in carico integrata e al trattamento dei casi rientranti negli abusi e/o maltrattamenti sono i Servizi Unità Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE);

CONSIDERATO che, alla luce dei risultati degli studi condotti e dell'importanza del fenomeno della violenza contro i minori, è necessario potenziare la rete regionale in favore dei minori vittime di abusi e/o maltrattamenti e/o bullismo e di minori autori di reato di abuso sessuale/maltrattamenti/bullismo, e realizzare interventi domiciliari in un'ottica di prevenzione, anche in raccordo con i Punti Nascita e i Pronto Soccorso/DEA;

CONSIDERATO che tale potenziamento verrà realizzato attraverso una riorganizzazione dell'attività assistenziale dei servizi TSMREE, all'interno dei requisiti organizzativi previsti nel DCA n. 90/2010 e smi;

CONSIDERATO che come previsto dal suddetto decreto dai servizi TSMREE "viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso équipes multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva [...] ma anche della sua famiglia e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i Centri di Riabilitazione";

CONSIDERATO che è quindi necessario istituire in ogni ASL n. 1 Équipe Specialistiche di 2° livello all'interno dei Servizi TSMREE e che tali équipes saranno composte da un modulo organizzativo di base che prevede n. 1 psicologo/psicoterapeuta esperto con almeno 10 anni di esperienza documentata in campo di abusi e maltrattamenti sui minori (con funzioni di coordinamento dell'équipe e di supervisore) e da operatori psicologi/psicoterapeuti specializzati e con almeno 5 anni di esperienza documentata in campo di abusi e maltrattamenti sui minori presenti per almeno 60 ore settimanali, preferibilmente articolate in massimo 20 ore settimanali per operatore;

RITENUTO che tale organizzazione è motivata anche dalla necessità che la presa in carico e la valutazione del minore e/o della famiglia per i casi che rientrano nei sospetti abusi e/o maltrattamenti durante le indagini giudiziarie sia chiaramente differenziata, dal punto di vista clinico e organizzativo

all'interno dei Servizi TSMREE, dal ruolo degli operatori che effettuano il trattamento psicologico e, in particolare, la psicoterapia con il minore o i minori;

VISTO il documento "Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori – Linee guida per l'attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE" (Allegato 1);

ATTESO che l'attuazione delle procedure previste nel documento non comporta un impegno di spesa a carico dell'Amministrazione Regionale, in quanto trattasi di sistematizzazione e omogeneizzazione dell'organizzazione del SSR per la fruizione di prestazioni garantite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza;

RAVVISATA pertanto l'opportunità di approvare il documento concernente "Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori – Linee guida per l'attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE", allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante (Allegato 1)

#### DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

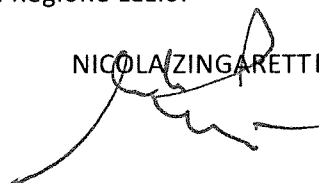
- di approvare il documento concernente "Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori – Linee guida per l'attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE" allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante (Allegato 1);
- di impegnare i Direttori Generali e i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie coinvolte a presentare entro tre mesi dalla pubblicazione del presente Decreto idonee progettualità finalizzate ad attivare le previste Équipe Specialistiche di 2° livello entro il 31 dicembre 2019;
- di notificare il presente provvedimento, a cura della Direzione proponente, ai Direttori Generali e ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza e di disporre la più ampia e capillare diffusione presso le Aziende Sanitarie e tutti i soggetti interessati;

La competente Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all'effettuazione del monitoraggio annuale, anche in relazione alla raccolta dei dati, in merito all'attuazione di quanto previsto nell'allegato documento.

Avverso il presente Decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



Potenziamento della Rete regionale in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori

LINEE GUIDA per l'attività delle Équipe Specialistiche di 2° livello dei Servizi TSMREE



## Sommario

Premessa .....	2
Un'indagine sociale a livello nazionale .....	2
Gli obiettivi .....	6
Il nuovo modello.....	6
Équipe specialistica.....	7
Composizione e collocazione territoriale dell' <i>équipe specialistica</i> .....	7
Ambito di attività dell' <i>équipe specialistica</i> .....	7
Attività dell' <i>équipe specialistica</i> .....	8
Modalità di accesso all' <i>équipe specialistica</i> .....	8
Modalità di erogazione della consulenza.....	8
La valutazione di rete .....	9

## Premessa

La Regione Lazio intende avviare un percorso di miglioramento e mantenimento della qualità delle prestazioni e dell'uso delle risorse, nonché di omogeneizzazione di standard qualitativi per quanto riguarda gli interventi di prevenzione e contrasto al maltrattamento e all'abuso all'infanzia e all'adolescenza. La promozione e il sostegno di azioni in tale ambito ha come obiettivo quello di garantire alla popolazione minorile del territorio regionale risposte qualificate nelle situazioni di rischio psico-fisico, conseguenti alla mancata tutela e protezione, nonché interventi omogenei e coerenti.

Obiettivo fondamentale è la promozione di una rete integrata per il contrasto agli abusi e ai maltrattamenti che, in un'ottica di scambio sinergico con i servizi sociosanitari territoriali e gli Organismi giudiziari (Tribunale per i Minorenni/Tribunale Ordinario), nonché di cooperazione inter-istituzionale, possano garantire un alto contenuto specialistico ed elevati standard qualitativi, nel rispetto delle linee guida sull'abuso e maltrattamento accreditate a livello regionale e nazionale.

L'Autorità Garante Nazionale, nel 2015, segnalava che al fine di assicurare il diritto alle cure ai minori di età, è necessario un'organizzazione dei servizi su due livelli: un primo livello di servizi di base e la costituzione di servizi specialistici per il trattamento del trauma. I servizi specialistici devono essere inseriti nelle reti regionali come servizi di eccellenza specializzati nella presa in carico integrata di situazioni complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale e nella consulenza, supervisione e formazione ai servizi e per l'integrazione in rete delle loro attività.

La complessità del fenomeno e dell'intervento richiedono la predisposizione di un modello organizzativo, che preveda un livello Aziendale/Sovraaziendale.

I servizi coinvolti nelle differenti fasi dell'intervento sono quelli normalmente preposti alla tutela sociale, sanitaria ed educativa del benessere del minore. Tutti i servizi sono impegnati nel percorso delle diverse fasi:

- la **fase di rilevazione** investe la comunità adulta in quanto tale, ma particolare rilievo e responsabilità sono assunte da quanti hanno una funzione diffusa di tutela poiché quotidianamente sono in contatto con il mondo dell'infanzia (le scuole, i servizi sociali, i servizi sanitari di base);
- le **fasi di protezione, valutazione diagnostica e prognostica ed il trattamento** investono in modo specifico professionisti dei servizi pubblici e del privato-sociale in possesso di qualificate competenze dal punto di vista sanitario, psicologico e sociale.

Alla base del funzionamento del modello indicato vi è la necessità di una forte integrazione tra i diversi servizi e professionisti coinvolti, la definizione di protocolli interistituzionali che supportino le buone prassi operative con particolare riferimento alle connessioni tra la componente sanitaria e quella sociale dell'intervento, nonché delle indispensabili sinergie con gli interventi giudiziari.

Attraverso il confronto e lo scambio tra diversi modelli, metodologie, strumenti e prassi operative si favorisce la realizzazione di interventi omogenei e coerenti su tutto il territorio regionale, consentendo altresì di far emergere e raccogliere elementi informativi sul fenomeno dell'abuso e maltrattamento, sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Sul piano istituzionale è necessario costruire una rete interistituzionale fra gli Enti che operano su questa problematica (Servizi socio-sanitari ed educativi pubblici e del privato sociale, Scuola, Uffici Inquirenti, Magistratura, Avvocati) definendo specifici Protocolli di intesa finalizzati alla condivisione dei presupposti e procedure di intervento.

### Un'indagine sociale a livello nazionale

In Italia, nonostante esista un sistema normativo di buon livello e siano state sperimentate buone pratiche per la tutela e l'assistenza dei minorenni maltrattati, sistemi poco integrati possono non garantire una piena tutela del minore abusato.

Ad oggi non sono state condotte indagini a livello **sanitario** per il dimensionamento del fenomeno. Le uniche indagini disponibili che forniscono elementi utili ai fini di un inquadramento del fenomeno derivano da due indagini sulla presa in carico da parte dei **servizi sociali** territoriali è dato da due studi, uno a livello mondiale e uno a livello nazionale, di cui si riportano brevemente a seguire le evidenze.

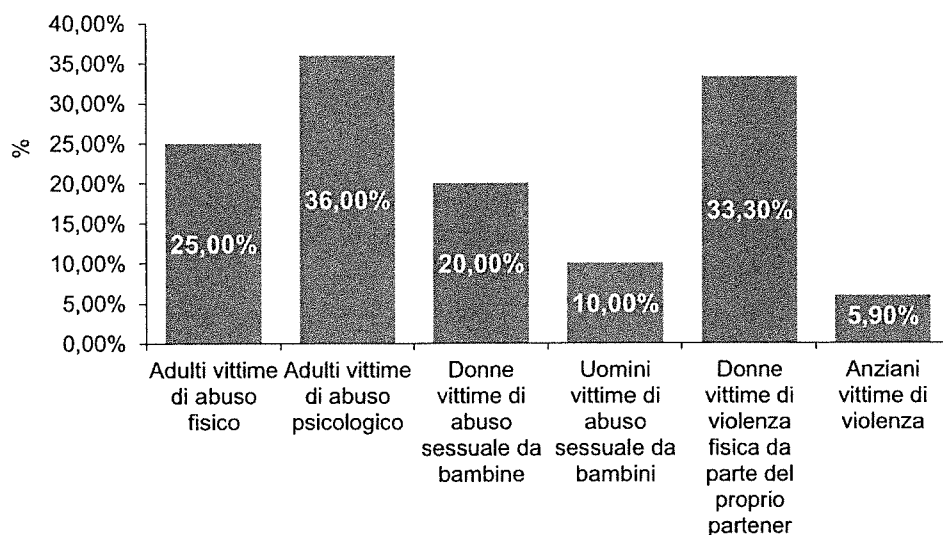
A livello mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata la prima a tracciare un bilancio socio-sanitario sul fenomeno della violenza in tutte le sue forme con il recente *Global Status Report on Violence Prevention, pubblicato l'11 dicembre 2014*. Nella Figura 1 si riporta quanto rilevato dall'OMS nel bilancio internazionale sui maltrattamenti che evidenzia una situazione di dimensioni superiore alle attese.

Per quanto riguarda la realtà italiana, il primo importante studio è stato invece realizzato dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, in collaborazione con Terres Des Hommes, CiSMAI, pubblicato nell'anno 2015. Lo studio ha evidenziato uno **scarso sviluppo dei servizi per la prevenzione del maltrattamento e una differenza nella capacità di presa in carico dei servizi sociali tra le aree geografiche**. In particolare la Figura 2 evidenzia come sia necessario un potenziamento della capacità di presa in carico nelle regioni del centro-sud pur emergendo dalla Figura 3 che i minorenni in carico per maltrattamento, sul totale di quelli complessivamente seguiti dai Servizi Sociali, sono più numerosi al Sud e al Centro.

Nell'ambito del Documento di Proposta redatto a seguito dei risultati dello studio, l'Autorità Garante dell'infanzia e dell'adolescenza ha fatto presente che *“accanto a situazioni di eccellenza che permettono di seguire a livello dei servizi territoriali le situazioni di disagio e difficoltà dei minorenni e delle loro famiglie, quella che va segnalata è una generale debolezza, una grave insufficienza o comunque una forte discontinuità rispetto ai servizi effettivamente presenti a livello territoriale per la presa in carico sociale, pedagogica e psicoterapeutica del minorenne traumatizzato: ne risulta la non effettività del diritto a ricevere le cure necessarie”*.



Figura 1. Epidemiologia della violenza in tutte le sue forme (Global status report on violence prevention 2014)



Il rapporto stima che:

- 1 adulto su 4 (25%) nel mondo è stato **abusato fisicamente** da bambino;
- il 36% degli adulti dichiarano di aver subito un **abuso psicologico**;
- 1 donna su 5 (il 20%) e 1 uomo su 10 circa (10%) ha subito **abuso sessuale** da bambino;
- 1 donna su 3 è stata vittima di **violenza fisica o sessuale** perpetrata dal proprio partner;
- 1 anziano su 17 è vittima di violenza

## I MINORENNI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI IN ITALIA

Figura 2. Prevalenza dei minorenni in carico ai Servizi Sociali per area geografica sul totale della popolazione

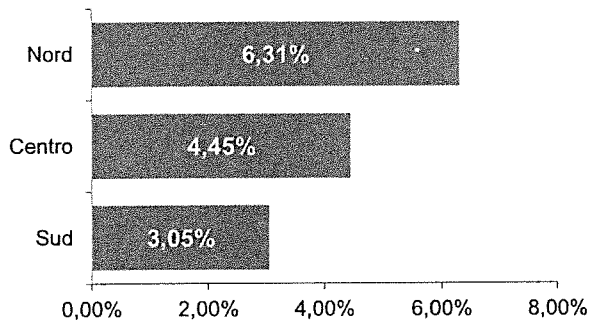
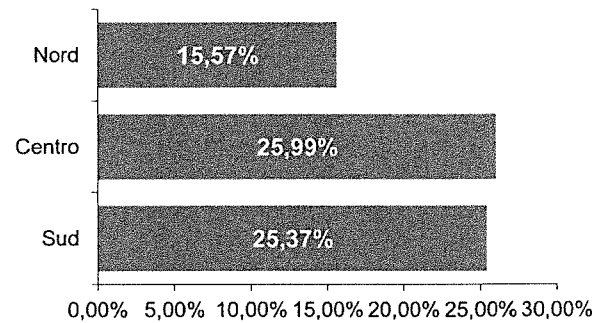


Figura 3. Prevalenza dei minorenni maltrattati su quelli presi in carico dai Servizi Sociali



L'indagine ha evidenziato delle **differenze per area geografica**:

- nell'Area Nord i minorenni in carico ai Servizi sono più del doppio di quelli seguiti dai Servizi nel Sud
- I minorenni in carico per maltrattamento, sul totale di quelli complessivamente seguiti dai Servizi Sociali, sono più numerosi al Sud e al Centro.

Figura 4. % di minorenni presi in carico per maltrattamento dai servizi sociali sul totale dei minorenni presi in carico indipendentemente dal motivo iniziale.

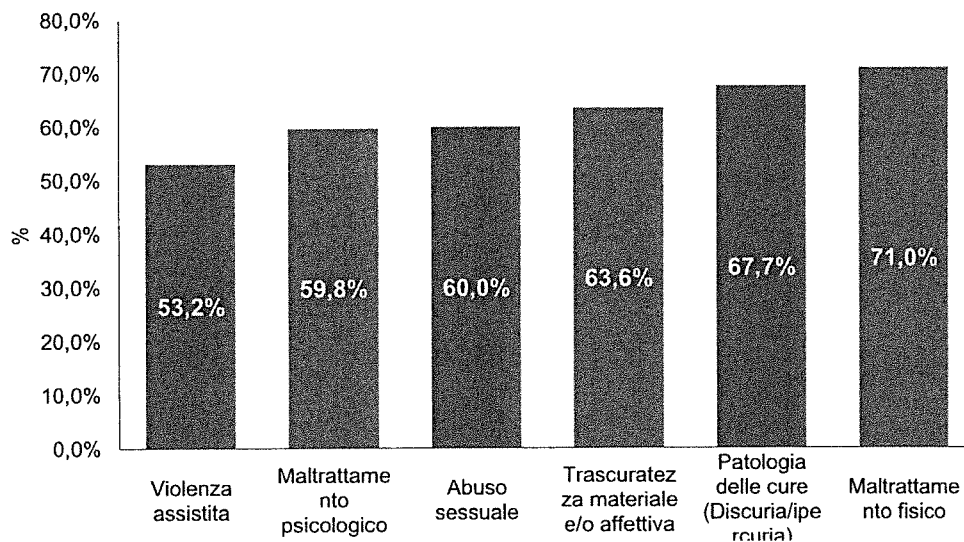
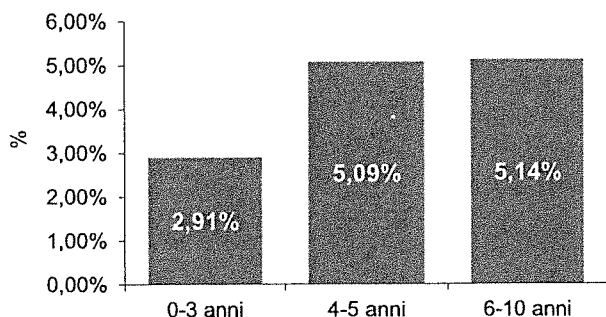


Figura 5. Prevalenza dei minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per fasce d'età sul totale della



L'indagine ha evidenziato inoltre che:

- per alcune tipologie di maltrattamento il valore percentuale indica un'elevata presa in carico diretta
- la prevalenza dei minorenni in carico ai servizi sociali cresce al crescere dell'età.

FONTE: Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Terre des hommes, CISMAI 2015

## Gli obiettivi

L'Autorità Garante Nazionale, nel 2015 ha segnalato che per assicurare il diritto alle cure ai minori è necessaria un'organizzazione a due livelli di servizi: il primo livello è rappresentato dai servizi di base e il secondo rappresentato da servizi specialistici per il trattamento del trauma.

Per una corretta integrazione è necessario che i servizi specialistici siano inseriti nelle reti regionali come servizi di eccellenza specializzati nella **presa in carico integrata** di situazioni complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale e nella consulenza, supervisione e formazione ai servizi e per l'integrazione in rete delle loro attività.

La Regione Lazio ha come obiettivo fondamentale quello di promuovere una rete di Centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti che favorisca uno scambio sinergico con i servizi sociali territoriali e gli altri organismi coinvolti (organismi giudiziari e di cooperazione inter-istituzionale) al fine di garantire un alto contenuto specialistico ed elevati standard qualitativi.

Per far ciò è necessario un **nuovo modello** alla base del quale ci sia la capacità di generare una forte integrazione tra i diversi servizi e professionisti coinvolti, supportata da buone prassi operative e da una forte connessione tra la componente sociale e sanitaria, nonché delle indispensabili sinergie con gli interventi giudiziari. È dunque necessario il consolidamento della competenza della **rete dei servizi sociali e sanitari** presenti in modo diffuso sul territorio, che consenta di portare avanti sia attività congiunte di prevenzione degli abusi/maltrattamenti sui minori, sia attività che consentano la corretta gestione del paziente in termini di percorso terapeutico, sia la gestione di tutti gli aspetti ad esso legati in termini di supporto sociale.

## Il nuovo modello

Sulla base di tali premesse, la Regione Lazio ha deciso di potenziare l'attività dei servizi TSMREE e di istituire un'*équipe specialistica* per il contrasto agli abusi, maltrattamenti e al bullismo come articolazione organizzativa e funzionale di secondo livello dello stesso Servizio TSMREE.

Tale **"Équipe per il contrasto agli abusi"** sarà un'organizzazione funzionale in grado di supportare il Servizio TSMREE nell'attività di valutazione dei sospetti casi di abuso, nella presa in carico terapeutica e nell'integrazione con i Servizi Territoriali di Zona, con il Servizio Sociale Professionale e con il Tribunale dei Minorenni, favorendo la condivisione progettuale, decisionale, metodologica ed operativa a beneficio dei minori sottoposti a situazioni interpersonali potenzialmente traumatiche e delle loro famiglie.

## Équipe specialistica

### Composizione e collocazione territoriale dell'*équipe specialistica*

L'*équipe specialistica* è composta da:

- n. 1 psicologo/psicoterapeuta esperto con almeno 10 anni di esperienza in campo di abusi e maltrattamenti sui minori (con funzioni di coordinamento dell'*équipe* e di supervisore);
- operatori psicologi/psicoterapeuti specializzati e con almeno 5 anni di esperienza in campo di abusi e maltrattamenti sui minori.

L'*équipe minima* deve essere composta dal supervisore e da un numero di operatori psicologi/psicoterapeuti presenti per almeno 60 ore settimanali preferibilmente articolate in massimo 20 ore settimanali per operatore.

Sul territorio della Regione Lazio sarà dislocata una *équipe specialistica* per ogni ASL in modo tale da consentire la completa copertura di tutto il territorio regionale, tenendo conto della numerosità del bacino di utenza e della composizione sociale del territorio.

Dovrà essere garantito lo svolgimento delle attività dell'*équipe* in locali idonei, anche in orari extrascolastici, garantendo massima riservatezza e tranquillità ed evitando al minore e alla famiglia inutili tempi di attesa.

### Ambito di attività dell'*équipe specialistica*

Per individuare l'ambito di competenza delle *équipe specialistiche* e la loro mission è necessario fare riferimento alle definizioni attualmente presenti a livello internazionale per le violenze sui minori. L'OMS ha definito la violenza all'infanzia come *"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"*<sup>1</sup>.

Nel merito le *équipe specialistiche* offriranno il loro contributo tenendo conto che il danno ad un minore è tanto maggiore quanto più<sup>2</sup>:

- 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.

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

Tenuto conto di ciò l'attività delle *équipe specialistiche* si svolgerà nell'ambito degli abusi sessuali, dei maltrattamenti gravi ripetuti nel tempo e/o effettuati con violenza e coercizione, nei quali si rileva una forte dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il/i soggetto/i maltrattante/i,

---

<sup>1</sup> World Report on Violence and Health" 2002.

<sup>2</sup>(Barnett, Manly e Cicchetti, 1993; Wolfe e Mc Gee, 1994; Mullen e Fergusson,1999).

quando il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare, quando lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa.

Attività dell' *équipe specialistica*

Ogni *équipe specialistica* assume la competenza, per il territorio aziendale o interaziendale, della valutazione e l'eventuale presa in carico delle situazioni di minori vittime di abuso sessuale, di grave maltrattamento/maltrattamento, di violenza assistita e di minori autori di reato di abuso sessuale/maltrattamenti, costituendosi quindi come servizio di secondo livello a disposizione dei servizi territoriali aziendali.

Ogni *équipe specialistica* dovrà quindi assicurare le seguenti attività:

- **Erogazione** di consulenze specialistiche a seguito di esplicita richiesta agli operatori dei Servizi territoriali, con la funzione di decodificare la domanda e offrire indicazioni in merito alla gestione del minore favorendone la corretta valutazione diagnostica specialistica e presa in carico terapeutica in caso di abuso sessuale e/o grave maltrattamento;
- **Presa in carico terapeutica** in caso di abuso sessuale e/o grave maltrattamento;
- **Raccordo** con i servizi sociali per supportarli nella valutazione di eventuali interventi/prestazioni aggiuntive ritenute necessarie e/o poste in essere al fine di favorire la corretta informazione, prevenzione, formazione e sensibilizzazione.

Tali attività devono essere condotte perseguendo il fine di miglioramento del sistema generale della protezione e cura dei minori nel contesto regionale, offrendo livelli differenziati di azione e di specializzazione, intervenendo 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.

Modalità di accesso all' *équipe specialistica*

Il Servizio TSMREE è il servizio aziendale preposto alla raccolta delle segnalazioni in tema di maltrattamento e di abusi sui minori. Tali segnalazioni possono provenire, tra l'altro, dai servizi sociali del territorio, dalle scuole, dal Tribunale dei Minorenni, dai pronto soccorso, dalle famiglie. L'accesso alle *équipe specialistiche* avviene tramite richiesta di consulenza da parte degli operatori dei servizi territoriali, anche telefonica, anche in situazione conclamata con caratteristiche di urgenza.

Se è necessario procedere con un approfondimento della situazione, gli operatori dell' *équipe specialistica* daranno indicazioni di inviare formale richiesta alla Direzione TSMREE di appartenenza dell' *équipe specialistica* che valuterà la pertinenza rispetto al mandato istituzionale dell' *équipe* stessa.

Modalità di erogazione della consulenza

La consulenza dell' *équipe specialistica* potrà essere erogata secondo due diverse modalità:

- **Supporto telefonico:** 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.

La consulenza sarà articolata in **quattro fasi**:

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;
4. Ascolto del minore.

Nell'ambito della consulenza si dovrà comprendere e valutare:

- Il quadro complessivo della situazione traumatica ipoteticamente subita o agita dal minore nei suoi aspetti individuali, relazionali e sociali;
- Gli effetti determinati dalla situazione traumatica sul minore vittima o sul minore autore;
- I fattori individuali, relazionali e socioculturali 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/caregivers coinvolti e le possibilità di cambiamento.

Al termine del processo l'equipe specialistica ha acquisito le informazioni necessarie per il passaggio successivo che è la valutazione in rete con i servizi interessati.

La valutazione di rete

Appartiene a questa fase il processo di valutazione della richiesta e di individuazione di strategie di gestione delle esigenze di salute del minore. L'incontro di valutazione si svolge con l'obiettivo di promuovere la progettazione e la creazione di una risposta di rete alle esigenze di salute del minore e della sua famiglia con la finalità di offrire indicazioni cliniche e gestionali rispetto al minore e al suo contesto familiare.

Il **processo di valutazione** si svolge tramite riunione di gruppo di lavoro convocate dal servizio titolare del caso che provvederà a individuarne i partecipanti.

La valutazione prevede le seguenti fasi:

1. Applicazione dei criteri di pertinenza;
2. Presa visione (da parte dell'*équipe specialistica*) 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 del Servizio Territoriale e dell'*équipe specialistica*;
6. Stesura report degli esiti della valutazione;
7. Monitoraggio degli accordi consenziali condivisi.

La valutazione può concludersi con tre possibili evoluzioni:

- 1 Chiusura della consulenza da parte dell'*équipe specialistica*, il servizio titolare mantiene il progetto di intervento sul caso, secondo le proprie competenze;
- 2 L' *équipe specialistica* e servizio titolare concordano un progetto che prevede interventi del servizio e un confronto periodico tra servizio stesso e l'*équipe specialistica* per valutare ulteriori elementi emersi e/o l'evoluzione del caso in modo tale da instaurare un rapporto finalizzato al monitoraggio;
- 3 Formulazione di un progetto per la presa in carico diagnostica/terapeutica da parte dell'*équipe specialistica*, con scheda progetto firmata da tutti i servizi presenti all'incontro.

La conclusione del percorso valutativo “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.