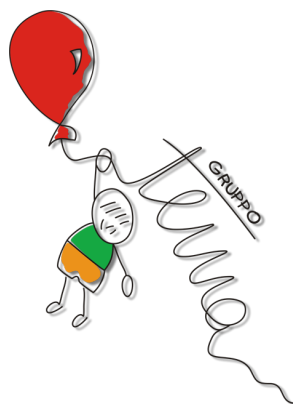


IL PEDIATRA DI FAMIGLIA E IL DISAGIO EMOTIVO DEL BAMBINO ABUSATO



Dott.ssa Cristina Iorio
Psicologa - Psicoterapeuta
Gruppo Te.M.A. e Servizio Tutela Minori
Distretto di Gallarate

AGENDA

- Definizione di Child Abuse e ESI;
- L'abuso sessuale:
 - Definizione, caratteristiche e diffusione del fenomeno;
- Trauma e neurofisiologia;
- Conseguenze a breve, medio e lungo termine;
- La rilevazione:
 - Sintomi, comportamenti sessualizzati, disagio emotivo;
- Abuso sessuale e ruolo della famiglia:
 - Fattori di rischio;
- Ascoltare il racconto di un abuso, vissuti e intervento;
- Fattori protettivi e rete sociale;
- Mini Guida.

CHILD ABUSE

Abuso all'Infanzia

DEFINIZIONE: Il termine Abuso all'Infanzia indica ogni forma di violenza fisica e psicologica ai danni di un minore;

“Il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di **abuso sessuale**, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o assenza di azioni di cura con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore” (OMS, 1999).

ESI

Esperienze Sfavorevoli Infantili

- “incidenti di percorso negativi” più o meno cronici vissuti nell’infanzia;
- comprendono tutte le forme di abuso all’infanzia subite in forma diretta o indiretta.

ESI

- **DIRETTE:** abuso sessuale, maltrattamento psicologico ricorrente, maltrattamento fisico ricorrente, trascuratezza fisica ed emotiva;
- **INDIRETTE:** violenza assistita, alcolismo, tossicodipendenza o malattie psichiatriche dei genitori.

L'ABUSO SESSUALE

- Consiste nel coinvolgimento di bambini e adolescenti in attività sessuali con un adulto, e che per ragioni d'immaturità psicologica o per condizioni di dipendenza dall'adulto non sono in grado di capire cosa stia succedendo, né di fare scelte consapevoli nell'ambito della sessualità, né di comprendere pienamente il significato e il valore delle attività sessuali in cui sono coinvolti.

L'ABUSO SESSUALE

Rientrano nella categoria:

- pedofilia, stupro e incesto;
- molestie e abuso rituale;
- esibizionismo;
- toccamenti nelle zone genitali e in altre parti del corpo;
- toccamenti/masturbazione reciproca tra adulti e bambini;
- rapporto orale;
- penetrazione vaginale o anale;
- incoraggiamento/costrizione di bambini alla vista di atti sessuali;
- esibizione di film o immagini pornografiche a bambini;
- realizzazione di filmati pedopornografici (utilizzo di bambini nella pornografia);
- induzione alla prostituzione minorile;
- turismo/sfruttamento sessuale.

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

- non sono disponibili dati certi, in parte per la difficoltà metodologica delle rilevazioni, in parte perché molti abusi non vengono denunciati;
- dati di ricerche retrospettive citano percentuali che si aggirano attorno al 20-30% nella popolazione femminile e al 10-15% per la popolazione maschile.

- L'ESPOSIZIONE A EVENTI TRAUMATICI E FORTEMENTE STRESSANTI IN GIOVANE ETA' E' PROBLEMATICO PER LA SALUTE DELL'INDIVIDUO (PIANO SALUTE 2013-2020);
- CHI HA SUBITO ESI E' PIU' ESPOSTO NELLA VITA A SINTOMI FISICI.

ESI E PTSD

- CORRELAZIONE TRA ESI E PTSD;
- **PTSD COMPLESSO**: TRAUMI ED ESPERIENZE SFAVOREVOLI IMPORTANTI, SPRAVVISSUTI A SISTEMI TOTALITARI, A VIOLENZA DOMESTICA, ABUSI FISICI O SESSUALI.

PTSD

Nel DSM-V il PTSD è definito dalla coesistenza di 4 cluster sintomatologici:

- **Riesperienza** (pensieri intrusivi, flashbacks, incubi);
- **Evitamento** (deficit di memoria, senso di distacco, tentativo di evitare il pensiero di luoghi o di persone associati al trauma, rinuncia alla socializzazione);
- **Alterazioni negative** (umore, memoria e cognizione);
- **Ipereccitabilità** (tendenza a trasalire, ipervigilanza, irritabilità, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione).

PTSD

Si sviluppa secondo una precisa sequenza:

- **fase acuta:** compaiono reazioni immediate di disorganizzazione, sentimenti di vulnerabilità, incredulità, bisogno di isolarsi, senso di annichilimento;
- **reazioni a breve termine:** autocolpevolizzazione e contemporaneamente odio verso l'aggressore;
- **reazioni a lungo termine:** perdita di fiducia in se stessi e sintomi depressivi (crisi di pianto, insonnia, isolamento depressivo, incubi, disinteresse verso di sé e verso gli altri, sfiducia negli altri).

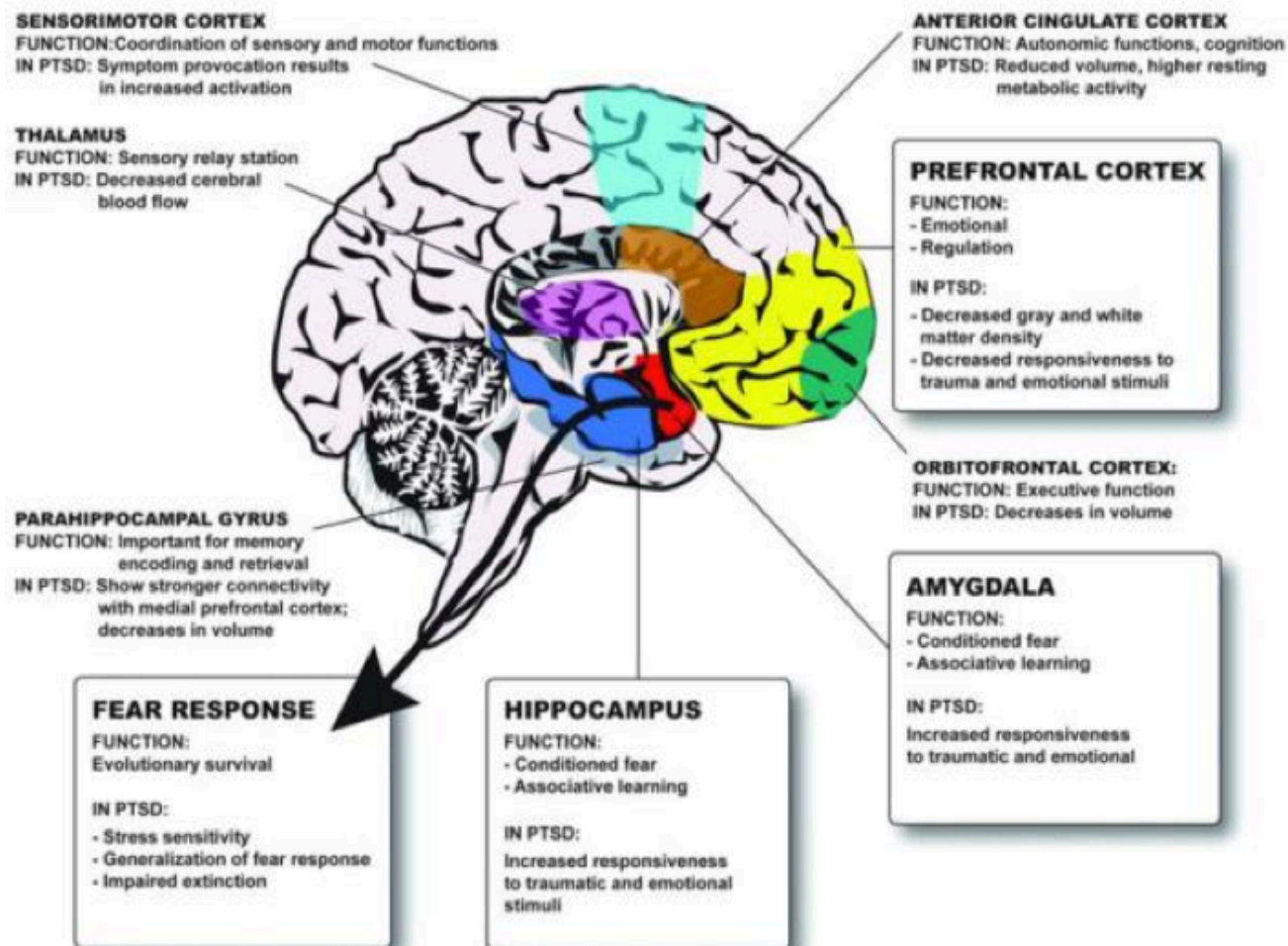
(Di Blasio, 1996)

MALTRATTAMENTO E CONNETTIVITA'

- **Il maltrattamento** nell'infanzia, anche a livelli modesti, **altera la capacità del cervello** di regolare il circuito della reazione alla minaccia e porta ad un aumento dell'internalizzazione dei sintomi nella tarda adolescenza causando ansietà e depressione;
- **Esiste sempre la possibilità di riparare** perché il cervello è costantemente in evoluzione.

TRAUMA E NEUROFISIOLOGIA

■ SISTEMA LIMBICO E PTSD



TRAUMA E RISPOSTA PSICHICA

- L'ipereccitazione si traduce come stato di allarme permanente, di attivazione e instabilità psichica continua;
- L'iperadattamento si basa sull'ipersecrezione di cortisolo, che abbassa la reazione allo stimolo stressante. Ne possono derivare apparenti equilibri, con serie conseguenze di depressione delle risorse cerebrali preziose per la crescita;
- La produzione paradossa di endorfine impedisce allo stimolo di attivare qualsiasi risposta, si ha quindi una risposta di "congelamento" fisico e di dissociazione mentale.

EFFETTI A BREVE E MEDIO TERMINE

- manifestazioni dovute all'**internalizzazione**, vale a dire angoscia, depressione, somatizzazioni, inibizioni – i sintomi da *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD);
- sintomi dovuti a **esternalizzazione**, come quelli della serie aggressività, iperattività.

- comportamenti sessualizzati (**sessualizzazione traumatica**);
- isolamento, devianza, autolesionismo, rivittimizzazione (**stigmatizzazione**);
- depressione, iperdipendenza, sfiducia (**vissuti di tradimento**);
- bisogno di controllo (**tradimento**).

CONSEGUENZE IN ETA' ADULTA

Psicopatologiche:

- disturbo borderline di personalità;
- disturbi psicosomatici.

Personologiche e psico-sociali:

- Difficoltà nelle relazioni intime e nell'assunzione del ruolo parentale;
- Senso di solitudine e incapacità di utilizzare il supporto sociale.

ELEMENTI AGGRAVANTI

Le conseguenze psicopatologiche dell'abuso sono più gravi in correlazione a:

- età prepuberale del bambino;
- abuso cronico protratto nel tempo;
- abuso grave;
- presenza di violenza e coercizione anche psicologica;
- parentela stretta con l'abusante;
- segreto e negazione;
- reazione collusiva dell'ambiente familiare;
- **intervento non coordinato ed inadeguato delle istituzioni.**

LA RILEVAZIONE

segnali comportamentali **generali e aspecifici**

Non è possibile determinare l'esistenza di una
"sindrome del bambino abusato"

percentuale abbastanza elevata (tra il 21% ed il 49%) di **bambini e adolescenti asintomatici**

- chi ha subito un abuso non manifesta necessariamente dei sintomi e chi li manifesta non necessariamente ha subito un abuso.

I CAMPANELLI DI ALLARME

Nel caso in cui si sia verificato un abuso, è possibile che il bambino/l'adolescente manifesti **improvvisi cambiamenti** nel comportamento e nelle abitudini quotidiane, difficoltà nelle relazioni, sbalzi di umore come espressioni di un profondo malessere.

- **mostrarsi insolitamente triste e solitario** (umore negativo persistente, isolamento, stanchezza cronica, mancanza di interesse);
- **avere improvvisi cambiamenti nel comportamento e nelle abitudini** (es. improvvisi scoppi d'ira o instabilità emotiva);
- **lamentare continuamente dolori fisici** che non trovano una spiegazione medica (es. mal di testa, mal di pancia);
- comportarsi in modo particolarmente aggressivo o iperattivo;
- avere frequenti **disturbi del sonno**;
- avere un significativo ed **improvviso calo del rendimento scolastico** e dell'attenzione;
- mostrare **persistenti comportamenti e interessi sessuali** e/o seduttivi inappropriati all'età;
- avere timore degli adulti (o di un adulto in particolare);
- sviluppare nuove paure, con un conseguente bisogno di essere maggiormente rassicurati rispetto al passato;
- mettere in atto comportamenti regressivi (es. enuresi, riacutizzazione di paure presenti in fasi evolutive precedenti);
- sviluppare una scarsa autostima e una **continua svalutazione di sé**;
- mettere in atto comportamenti autolesionistici, distruttivi e dannosi verso sé o verso altri.

SINTOMI

altamente aspecifici

- **Disturbi del comportamento** (fobie, paure, comportamenti regressivi, enuresi, richiesta di maggiore attenzione, calo del rendimento scolastico);
- Esordio di un **quadro depressivo, ansioso**, con comportamenti di isolamento;
- **Disturbi del sonno**, difficoltà ad addormentarsi, incubi, terrore notturno;
- **Sentimenti relativi al proprio corpo** vissuto come sporco o danneggiato, o rifiuto a lasciarsi toccare anche in situazioni di normale contatto (pulizia);
- **comportamenti autolesivi** o suicidari, disturbi alimentari, fughe o condotte delinquenziali.

SINTOMI

mediamente specifici

- Disturbo post traumatico da stress;
- Comportamenti sessualizzati (interesse inusuale verso questioni sessuali, comportamenti seduttivi nei confronti di adulti o bambini, contenuti sessuali rappresentati con giochi, disegni o fantasie).

AREE DI DISFUNZIONE

- Disfunzioni emotive;
- Problematiche comportamentali;
- Difficoltà relazionali interpersonali;
- Disfunzioni a livelli cognitivo.

ETA' PRESCOLARE

Caratteristiche fisiologiche: fiducia, dipendenza dall'adulto, abituato ad una fisicità diretta;

Conseguenze: confusione data da un tocco inadeguato che il bambino non capisce e che lo confonde;

Sintomi possibili: regressione, confusione, disturbi generici del comportamento, aggressività, irritabilità, disturbi del sonno, alterazioni del livello di attività, iperattività.

ETA' SCOLARE

Caratteristiche fisiologiche: maggior autonomia, minor fisicità;

Conseguenze: vive il tocco con senso di colpa;

Sintomi possibili: Depressione/ansia, alterazioni del tono dell'umore, crisi acute di pianto, calo del rendimento scolastico, somatizzazioni (dolori addominali e del tratto gastroenterico, cefalea), disturbi del sonno, comportamenti fobici, avversione o diffidenza verso alcune persone, ritiro, isolamento dalle comuni attività svolte e dalla vita sociale, eccessiva o scarsa igiene, comportamenti regressivi-infantili, comportamento passivo, compiacente, remissivo, riduzione dell'autostima, sfiducia nell'adulto, comportamenti ostili, aggressivi o autodistruttivi.

ADOLESCENZA

Caratteristiche fisiologiche: sempre maggior consapevolezza emotiva, cognitiva e corporea;

Conseguenze: maggior somatizzazione, alterazioni importanti del tono dell'umore, PTSD;

Sintomi possibili: disturbi alimentari, problemi scolastici, depressione/ansia, disturbi della condotta, con fughe, atti delinquenziali o prostituzione, comportamenti ostili, aggressivi o autodistruttivi, abuso di sostanze psicotrope e alcol, attività sessuale promiscua o gravidanze precoci, ritiro sociale e difficoltà nelle relazioni, somatizzazioni e disturbi psicosomatici.

- In generale i maschi manifesterebbero più frequentemente sintomi esternalizzati (comportamenti aggressivi e antisociali, condotte delinquenziali), mentre le femmine svilupperebbero maggiormente sintomi internalizzati (disturbo alimentare, disturbi psicosomatici, depressione e ansia).

CONDOTTE SESSUALIZZATE

- Comportamenti ipersessualizzati non compatibili con l'età e il grado di sviluppo del bambino;
- Giochi sessualizzati persistenti con altri bambini, con giocattoli o contenuti sessuali nelle produzioni grafiche del bambino;
- Conoscenze delle questioni sessuali rilevabili dal linguaggio o dal comportamento, che vanno al di là delle normali cognizioni legate all'età.

Comportamenti normali e prevedibili:

- **chiede dei genitali e del seno;**
- **è interessato a vedere bambini o adulti nudi;**
- partecipa a giochi connessi alla sessualità con coetanei;
- si tocca i genitali quando è teso, arrabbiato, agitato o sta per addormentarsi;
- guarda immagini di nudo;
- **gioca al dottore ispezionando i corpi altrui;**
- mostra ad altri i genitali;
- **è interessato a toccarsi, farsi toccare da coetanei.**

Comportamenti preoccupanti:

- **paura e/o ansia rispetto ad argomenti sessuali;**
- spia persone nude;
- partecipa a giochi sessuali con bambini più piccoli o più grandi;
- si tocca i genitali in pubblico anche dopo avergli detto “, si masturba contro oggetti;
- è affascinato da immagini di nudo;
- ispeziona i corpi altrui in modo frequente ed esagerato anche dopo che gli è stato detto “no”;
- vuole stare nudo in pubblico;
- vuole continuare a toccarsi, farsi toccare da coetanei, cerca di mettere in atto sesso orale, anale, fallico.

Comportamenti che necessitano di consulenza:

- **domande persistenti sul sesso, conoscenze eccessive per l'età;**
- chiede alle persone di svestirsi, toglie i vestiti forzatamente;
- **costringe a partecipare a giochi sessuali** anche in gruppo;
- si tocca i genitali in pubblico e privato escludendo le normali attività, si masturba sulle persone;
- si vuole masturbare davanti a immagini di nudo
- costringe i bambini a giocare a togliersi i vestiti, **simula rapporti sessuali con bambole**, animali o compagni;
- si rifiuta di vestirsi dopo che si è spogliato in pubblico;
- **masturbazione compulsiva e difficoltà a interromperla**, manipola e costringe altri bambini a permettergli di toccare le parti intime.

IL DISAGIO EMOTIVO

- **Paura:** dell'abusante, di causare disturbo o la carcerazione del genitore, o la rottura della famiglia, di perdere l'adulto importante per lui o di essere allontanato da casa, d'essere diverso;
- **Rabbia:** verso l'abusante, verso l'adulto percepito come poco protettivo, verso se stesso per sentirsi co-responsabile;
- **Isolamento:** sentimenti di solitudine e impotenza, pensiero di essere sbagliato;
- **Tristezza:** percezione di aver perso parte di se stesso, di essere stato tradito da qualcuno in cui credeva, di essere cresciuto troppo in fretta.

- **Colpa:** per non aver saputo fermare l'abuso o per aver acconsentito all'abuso, per aver parlato, per aver taciuto;
- **Vergogna:** per essere stato coinvolto nell'esperienza, per la risposta del proprio corpo all'abuso;
- **Confusione:** perché, specie negli abusi intrafamiliari, il minore è legato affettivamente al suo abusante, perché a causa dell'esperienza di abuso il minore non può comprendere la differenza tra il suo bisogno di affetto e tenerezza e la sessualità dell'adulto.

ABUSO SESSUALE E RUOLO DELLA FAMIGLIA

Pre-condizioni familiari di un abuso sessuale:
dinamiche che comportano l'impossibilità di fermare l'abuso e di proteggere da esso;

- Nelle famiglie in cui viene agito un **abuso intrafamiliare** in genere manca un rapporto paritario tra coniugi, in un contesto di fragili confini generazionali;
- Nei casi di **abuso extrafamiliare**, abusi sessuali protratti nel tempo hanno spesso luogo in situazioni di trascuratezza affettiva intrafamiliare.

FATTORI DI RISCHIO INTRAFAMILIARE

I fattori di rischio che possono determinare, nel nucleo familiare, una vulnerabilità sono suddivisibili in:

- Fattori sociali;
- Fattori familiari;
- Fattori relativi i genitori e la loro storia personale;
- Fattori relativi il bambino;
- Fattori pre-natali.

FATTORI DI RISCHIO E VULNERABILITA'

- Povertà cronica;
- Basso livello di istruzione;
- Giovane età della madre;
- Carenza di relazioni interpersonali;
- Carenza di reti e integrazione sociale;
- Famiglia mono-parentale;
- Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite in infanzia;
- Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni;
- Accettazione della violenza come pratica educativa;
- Accettazione della pornografia infantile;
- Scarse conoscenze e non interesse per lo sviluppo del bambino.

FATTORI DI AMPLIFICAZIONE DEL RISCHIO

- | | |
|---|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Psicopatologia dei genitori• Acute problematiche familiari, economiche, lavorative, abitative, sanitarie• Devianza sociale dei genitori• Abuso di sostanze• Debole o nulla capacità di assunzione di responsabilità• Distorsione delle capacità empatiche• Impulsività• Scarsa tolleranza alle frustrazioni• Ansia da separazione | Fattori individuali |
| <ul style="list-style-type: none">• Gravidanza e maternità non desiderate• Relazioni difficili con la famiglia d'origine• Conflitti di coppia/violenza domestica | Fattori familiari e sociali |
| <ul style="list-style-type: none">• Malattie fisiche alla nascita• Temperamento difficile | Caratteristiche del bambino |

ASCOLTARE IL RACCONTO DI UN ABUSO

Fase estremamente delicata:

- il racconto può comportare una riacutizzazione della sofferenza;
- le parole, gli atteggiamenti e i comportamenti adottati possono influenzare profondamente il percorso.

QUALI EMOZIONI VIVE IL MINORE

- confusione e scarsa consapevolezza;
- paura, paura di non essere creduto, timore nei confronti dell'abusante;
- intenso senso di colpa, vergogna, inibizione;
- senso di tradimento, sfiducia verso il mondo e gli esseri umani;
- angoscia, depressione, senso di solitudine;
- frustrazione, rabbia;
- impotenza, vulnerabilità e ineluttabilità;
- bisogno fondamentale per il bambino di mantenere in modo genuino la stima e la fiducia per gli adulti.

I VISSUTI DELL'OPERATORE DI FRONTE ALL'ABUSO

- emozioni e sentimenti contrastanti;
- rabbia, sdegno, disgusto;
- depressione, tristezza, dolore;
- impotenza;
- frustrazione;
- preoccupazione, paura, confusione.

COME ASCOLTARE

- create un setting interno ed esterno adeguato all'ascolto;
- ascoltate il bambino per quello che può o vuole dire, evitando di interromperlo o forzandolo;
- permettete il flusso delle verbalizzazioni secondo le modalità, i tempi e le priorità scelte dal minore;
- lasciate che vi racconti quello che gli é successo con le sue parole, evitando di correggere il suo linguaggio, rispettando ed usando la sua stessa terminologia);
- usate un linguaggio che tenga conto della sua età e del suo stadio evolutivo;
- ponete al bambino il minor numero di domande possibile, utilizzando comunque "domande aperte";
- evitare di esprimere commenti o giudizi negativi su chi ha compiuto l'abuso;
- Confermate ogni sentimento che il bambino prova, anche se spiacevole, ed evitate di dirgli come dovrebbe sentirsi.
- Sostenete il minore nella sua decisione di rivelare la sua storia, mostrandogli di considerare seriamente quanto sta comunicando.

COSA NON FARE

- Evitare “interrogatori”. Domande da parte dell’adulto possono influenzare fortemente il racconto del bambino;
- Evitare reazioni eccessive di allarme o di spavento, disgusto o ansia eccessiva che possano far sentire l’evento come irreparabile;
- Evitare di ritornare, nei giorni successivi, sul racconto fatto dal bambino per chiedergli di specificare alcuni punti o per raccogliere ulteriori dettagli;
- Evitate di influenzare il bambino con le vostre reazioni: il bambino potrebbe non provare gli stessi sentimenti che provate voi o quelli che voi supponete stia sperimentando;
- Evitate di giudicare il bambino o le informazioni da lui fornite o mostrarsi critici nei suoi confronti.;
- Non chiedere al minore dell’accaduto in presenza di persone estranee o che non abbiano motivo di venire a conoscenza dei fatti.

FATTORI DI PROTEZIONE E AMBIENTE SOCIALE

- Modalità di protezione attuate dal sistema sociale: la **consultazione**, il **sostegno**, la **terapia**, la **messa in protezione**, l'**aiuto a ottenere giustizia**;
- L'aiuto fornito alle vittime per ottenere la **validazione dell'ingiustizia subita** è un elemento cruciale nel loro processo di recupero, e può essere anche d'importanza critica nei loro sforzi per evitare un'ulteriore vittimizzazione.

MINI GUIDA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA

- La segnalazione è un atto di responsabilità individuale, non è la formulazione di un giudizio;
- La segnalazione/denuncia costituisce il primo passo per avviare un intervento di tutela a favore della vittima ed attivare un procedimento penale nei confronti del presunto colpevole.

- Qualora si venga a conoscenza di una notizia di **reato procedibile d'ufficio**, vige l'**obbligo di denuncia/referto alla competente Autorità Giudiziaria**.

- L'obbligo di denuncia prevale sull'obbligo di segreto professionale (art. 622 c.p.; articoli 27, 97, 113 della Costituzione).

- Tale obbligo interessa tutti coloro rivestano la qualifica di **Pubblici Ufficiali** (art. 357 c.p.) o **Incaricati di Pubblico Servizio** (art. 358 c.p.);
- Sono da considerarsi Pubblici Ufficiali o Incaricati di Pubblico Servizio tutti gli **operatori sanitari** e assistenziali **nell'esercizio o a causa delle proprie funzioni**, che esercitino all'interno di **strutture pubbliche o private**;
- Gli esercenti una **professione sanitaria** hanno **l'obbligo di referto**.

- Sono **reati procedibili a querela di parte** tutte quelle condotte criminose che, senza la denuncia della persona offesa, non potrebbero essere perseguite dall'Autorità Giudiziaria;
- Sono **procedibili d'ufficio** quei reati per cui non c'è bisogno della denuncia da parte della persona offesa perché l'Autorità Giudiziaria possa procedere, essendo sufficiente che al Magistrato pervenga la notizia di reato.

Possono venire considerati **reati procedibili d'ufficio** l'**abuso sessuale** ed il **maltrattamento fisico**.

- L'obbligo di riferire alle Autorità sussiste anche solo sulla base di un **sospetto** (si parla di **casi che "possono" presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio**) in quanto sta solo alla funzione giudiziaria stabilire la veridicità del fatto e la natura dolosa o accidentale del caso;
- La Legge quindi punisce l'omissione di referto o denuncia (art. 365 c.p.; art. 361 c.p.; art. 362 c.p.).

A CHI FARE LA DENUNCIA/SEGNALAZIONE

- Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario (che ha il compito di accertare e perseguire il reato) o alle Forze dell'Ordine;
- contestualmente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni (che ha il compito di tutelare il minore).
- la soluzione più consigliabile è costituita dall'elaborazione di due comunicazioni con contenuto diverso.

COME SEGNALARE

- La denuncia e/o la segnalazione di presunto abuso sessuale deve essere inviata, per iscritto e senza ritardo (il referto entro 48 ore).

PM presso la Procura della Repubblica Tribunale Ordinario:

- Deve contenere le generalità, il domicilio e **quanto altro valga alla identificazione della persona offesa**, della persona alla quale il fatto è attribuito e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti. La denuncia deve contenere tutte le circostanze di fatto note all'operatore, i tempi e i modi della conoscenza. **Non deve invece contenere supposizioni o interpretazioni personali;**
- Tale conoscenza può derivare all'operatore da una acquisizione diretta o essere il risultato di quanto altri gli abbiano riferito.

PM presso la Procura della Repubblica Tribunale per i Minorenni (ed eventualmente, per conoscenza e con il medesimo testo, al Servizio Sociale competente per territorio):

- **Segnalazione sufficientemente dettagliata al fine di fornire al PM un contributo idoneo alla corretta adozione di tali provvedimenti** e dovrebbe quindi essere redatta come una vera e propria relazione che fornisca almeno le principali informazioni relative ai fatti raccolti, alle caratteristiche del soggetto e del suo ambiente familiare.

- Nei casi di maltrattamento psicologico e trascuratezza grave o comunque di stato di pregiudizio di un minore, ove non vi sia reato procedibile d'ufficio, è auspicabile segnalare alla **Procura della Repubblica** presso il **Tribunale per i Minorenni** e ai **Servizi Sociali** che metteranno in atto misure di protezione per il minore.

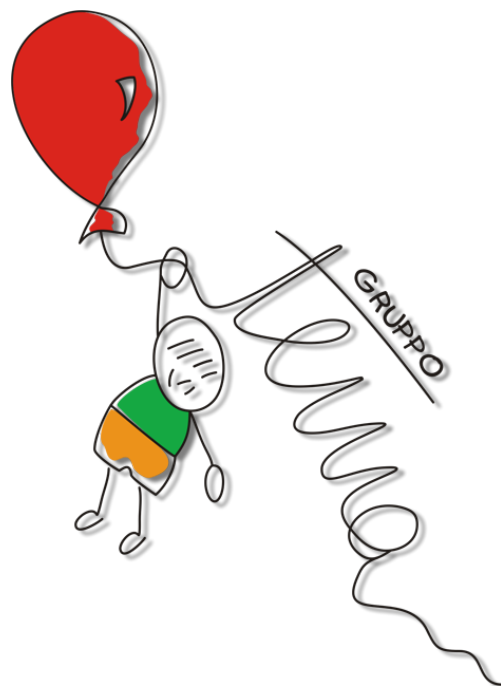
LA RETE DEI SERVIZI ATTIVABILI

- Forze dell'Ordine (Polizia o Carabinieri);
- Procura presso il Tribunale Ordinario;
- Procura presso il Tribunale per i Minorenni;
- Servizi Sociali dei Comuni e Servizi Tutela Minori;
- Pronto Soccorso/Pronto Soccorso pediatrico;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Servizi territoriali a supporto degli adulti (consultori familiari o servizi specialistici);
- Servizi a supporto degli operatori: Gruppo TeMA.

“Se un trauma ripetuto nella vita adulta mina le strutture di una personalità già formata, nell’infanzia esso forma e deforma la personalità. Il bambino, intrappolato in un ambiente prevaricante, si trova a dover affrontare un compito di adattamento di grande complessità. Dovrà trovare una strada per conservare un senso di fiducia in gente inaffidabile, sicurezza in un ambiente insidioso, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di totale mancanza di potere. Incapace di occuparsi di sé e di proteggersi, egli deve compensare la mancanza di cura e protezione degli adulti con i soli mezzi che ha a sua disposizione, un sistema di difese psicologiche in via di sviluppo.”

J. L. Herman

Grazie per l'attenzione



Gruppo Te.M.A.