 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PROCEDURA GENERALE	Minore vittima abuso (DM.PG.1759.00).doc
		Pag. 1/21

Gestione del minore vittima di maltrattamento o abuso

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/ evidenza di approvazione</i>
Stesura	Tiziana Ferraris	Dirigente Medico Direzione Medica Coordinatore gruppo di lavoro	10/02/15	<i>F.to in originale</i>
Verifica	Emanuela Pastorelli	Direttore Direzione Medica Ospedaliera	04/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Roberta Petrino	Responsabile SSD Medicina d'Urgenza	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Elena Uga	Direttore ff. SC Pediatria	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Loirella Perugini	Responsabile Servizio Sociale Aziendale	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Paolo Rasmini	Direttore SC. NPI	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Patrizia Colombari	Responsabile Servizio di Psicologia	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Paolo Bertone	Direttore SC Medicina Legale	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
	Rossella Navazzotti	Responsabile SVD SPDC	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
Autorizzazione	Carla Peona	Direttore Sanitario ASL VC	11/03/15	<i>F.to in originale</i>
Emissione	Emanuela Pastorelli	Direttore Direzione Medica Ospedaliera	18/03/15	<i>F.to in originale</i>

Data di applicazione	21/03/15
REV.	00



Gruppo di Lavoro

<i>FERRARIS Tiziana</i>	<i>Dirigente Medico DMP</i>
<i>MORTEO Giovanna</i>	<i>Dirigente Medico DMP</i>
<i>GUELI Alessandra</i>	<i>Dirigente Medico SC Pediatria</i>
<i>CAMPRA Daniela</i>	<i>Dirigente Medico Pediatra di Libera Scelta</i>
<i>COLOMBO Renata</i>	<i>Dirigente Medico Pediatra di Libera Scelta</i>
<i>TENCAIOLI Gabriella</i>	<i>Dirigente Psicologo</i>
<i>VERCELLONI Attilio</i>	<i>Dirigente NPI</i>
<i>COSTA Sabrina</i>	<i>Assistente Sociale SSA</i>
<i>MARCHITELLI Marinella</i>	<i>Assistente Sociale SSA</i>
<i>NICOSIA Signorella</i>	<i>Assistente Sociale SSA</i>
<i>BRUGNETTA Gabriele</i>	<i>Responsabile SST - Vercelli</i>
<i>VIASSI Lara</i>	<i>Assistente Sociale SST – Vercelli</i>
<i>COCITO Elena</i>	<i>Assistente Sociale SST – Santhià</i>
<i>SARTORI Cristina</i>	<i>Assistente Sociale SST – CASA</i>
<i>LANA Marina</i>	<i>Assistente Sociale SST – Distretto Nord</i>
<i>MAZZA Maria Rosa</i>	<i>Ispettore Capo Ufficio Minori della Questura di Vercelli</i>
<i>BARBIERI Nadia</i>	<i>Sovrintendente Polizia di Stato Ufficio Minori</i>
<i>SECCI Pier Paolo</i>	<i>Sovrintendente Posto di Polizia Ospedaliero</i>
<i>ESPOSITO Antonio</i>	<i>Agente Polizia di Stato Ufficio Minori</i>
<i>BONIZZONI Elisabetta</i>	<i>Psicologa a progetto Dipartimento Pari Opportunità</i>
<i>NEGRI Adelia</i>	<i>Psicologa a progetto Dipartimento Pari Opportunità</i>
<i>RICCA Francesca</i>	<i>Psicologa borsa di studio Procura presso T.O. Vercelli</i>
<i>GRIMALDI Alessandra</i>	<i>Psicologa borsa di studio Procura presso T.O. Vercelli</i>
<i>BAGATELLO Pamela</i>	<i>Educatore a progetto Dipartimento Pari Opportunità</i>
<i>FORZANI Ilaria</i>	<i>Educatore a progetto Dipartimento Pari Opportunità</i>



INDICE

1. PREMESSA	4
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI	5
5. MODALITÀ OPERATIVE.....	5
5.1. MINORE CHE NECESSITA DI INTERVENTI IMMEDIATI DI PROTEZIONE	5
5.1.1 <i>SENZA IL CONSENSO DEI GENITORI.</i>	7
5.1.2 <i>SE IL MINORE E' ACCOMPAGNATO DALLE FORZE DELL'ORDINE.</i>	8
5.2 INTERVENTO PROGRAMMABILE/DIFFERIBILE SU MINORE.....	8
6. RESPONSABILITÀ	10
7. MODALITÀ DI VERIFICA DEGLI INDICATORI	11
8. RIFERIMENTI	11
9. STORIA DELLE MODIFICHE.....	11
10. ALLEGATI.....	11

1. PREMESSA

L'incremento del numero dei casi di minori vittime di maltrattamento e abuso, giunti alla nostra osservazione nel corso degli ultimi anni, ha reso necessaria la stesura di una procedura, in relazione alla complessità degli interventi da attivare e alla molteplicità degli operatori coinvolti nel processo di tutela e presa in carico del minore stesso.

2. SCOPO

Gli obiettivi di questa procedura sono:

- definire le fasi del percorso del minore vittima o presunta vittima di violenza in contesto ospedaliero (Dea e/o Reparto di Ricovero),
- stabilire quali sono i soggetti coinvolti e quali sono i loro ruoli e le loro responsabilità,
- codificare le comunicazioni necessarie tra Ospedale e Territorio,
- definire le modalità di accoglienza del minore a scopo protettivo, dapprima in ospedale e, successivamente, nelle strutture deputate sul territorio, ponendo attenzione alla sua situazione psicologica e fisica, privilegiando, nel percorso, modalità di intervento e comportamenti volti alla riduzione delle risonanze traumatiche degli eventi,
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale repertato ed inviarlo al laboratorio di competenza (come indicato nella procedura “Gestione dei casi di violenza domestica e sessuale in Dea [*Violenza domestica (DEA.PG.0945.nn)*]”).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata su tutto il territorio dell'ASL “VC”, ad opera di tutto il personale coinvolto.

Si applica a tutti i minori vittime di maltrattamento emotivo e/o fisico e/o vittima di molestie o abuso sessuale o di sospetto di maltrattamento e/o abuso che giungano alla nostra osservazione in Dea, strutture di degenza e ambulatori.

Si distinguono due condizioni:

- minori che necessitano di **Interventi immediati di protezione**: casi riferiti ad una situazione di rischio per il Minore e di forte pregiudizio nel caso di rientro a casa (con o senza attivazione art. 403),
- minori in cui la presa in carico o gli approfondimenti del caso possono necessitare di **Interventi programmabili**: casi dimissibili secondo criteri clinici, in cui il Medico reputi necessario coinvolgere il Servizio Sociale Aziendale Ospedaliero, che a sua volta attiverà i raccordi della rete, affinché possano essere messi a punto interventi da parte del Servizio Sociale Territoriale.

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

REFERITO/DENUNCIA: è l'atto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'Autorità Giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

È un atto di natura puramente informativa, ma la cui presentazione è obbligatoria per legge, avente ad oggetto gli interventi professionali concernente delitti perseguibili d'ufficio.

Qualora gli operatori pubblici dell'area psico-socio-sanitaria, in qualità di pubblici ufficiali, ovvero di incaricati di pubblico servizio, vengano a conoscenza di notizie di reato, hanno l'obbligo di denuncia, ai sensi dell'art. 331 c.p.p. dei reati procedibili d'ufficio, anche in deroga ad eventuali ragioni di segreto d'ufficio e tale obbligo è sanzionato penalmente (artt. 361-362 c.p.).

Va pertanto ricordato a tutti i sanitari che, anche in presenza di obiettività assenti o dubbie, scatta l'obbligo di denuncia/referto quando la parte lesa o altra persona riferiscano fatti che, se veri, integrano gli estremi di reato perseguibile d'ufficio e che non è compito degli operatori, almeno ai fini della denuncia/referto, effettuare vagli preventivi concernenti l'attendibilità della parte lesa, l'esistenza di riscontri, la sussistenza di condizioni di procedibilità o di punibilità o di cause estintive del reato (morte del reo, amnistia, remissione della querela, prescrizione etc.), aspetti tutti di esclusiva competenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria.

DMP= Direzione Medica di Presidio;

NPI= Neuropsichiatria Infantile;

SSA= Servizio Sociale Aziendale (all'interno dell'Ospedale);

SST= Servizio Sociale Territoriale

SPDC= Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;

PTO= Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Vercelli;

PTM= Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni

TM= Tribunale per i Minorenni

PG= Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Polizia Municipale, etc...).

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1. MINORE CHE NECESSITA DI INTERVENTI IMMEDIATI DI PROTEZIONE

Qualora al Pronto Soccorso si presenti un minore con chiari segni clinici di violenza fisica o abuso sessuale e/o di sofferenza emotiva, o nel caso in cui vi siano fondati sospetti di abuso o di maltrattamento, da far presumere una situazione di rischio o pregiudizio per il rientro a casa del minore.

Il Medico del Dea e/o il Pediatra (caso di percorso breve o visite ambulatoriali specialistiche)

- ⤴ Attiva il pediatra di guardia o reperibile (se medico del DEA).
- ⤴ Attiva il medico legale per documentare fotograficamente le lesioni da trasferire su supporto informatico sia in caso di maltrattamenti che di abuso sessuale.
- ⤴ Redige il referto, avendo cura che sia descritto il quadro clinico in modo puntuale.
- ⤴ Chiama le forze dell'Ordine (**113** a Vercelli, **112** a Borgosesia) e consegna loro una copia del Referto per l'invio alla Procura presso il Tribunale Ordinario, mentre un'altra copia verrà fatta firmare per ricevuta e verrà inserita nella documentazione del minore, infine una terza copia verrà consegnata all'ufficio cartelle cliniche della D.M.P. dal lun. al ven. dalle h. 8.00 alle h. 16.30 per l'invio alla Procura presso il Tribunale Ordinario.

Il pediatra

1. A seconda delle condizioni cliniche del paziente predispone l'osservazione breve (max 30 ore) o il ricovero, per motivi clinici e/o a fini cautelativi e di protezione.

(Se a Borgosesia si predispone il trasferimento a Vercelli (almeno in classe 2 - fatto salvo esigenze cliniche che richiedano il trasferimento in centri specializzati e in classe più elevata).

2. Garantisce l'assistenza al minore per il tramite dei genitori o di uno di loro e fa compilare il modulo per il consenso da parte dei genitori [vd. modulo "Consenso informato ai trattamenti sanitari abuso minori (DM.MO.1778.nn)"]
3. Contatta telefonicamente la DMP (int. 3505-3500) dal lun. al ven. dalle h. 8.00 alle h. 16.30 o il medico reperibile della Direzione Medica tramite centralino negli orari e giorni di chiusura della segreteria.
4. Chiama le forze dell'Ordine (**113** a Vercelli, **112** a Borgosesia) e consegna una copia del referto, mentre l'altra copia verrà fatta firmare per ricevuta e una terza copia consegnata all'ufficio cartelle cliniche della DMP dal lun. al ven. dalle h. 8.00 alle h. 16.30 per il successivo invio alla Procura presso il Tribunale Ordinario competente per territorio (**solo in caso di percorso breve per cui il Medico del DEA non abbia già effettuato tale chiamata**).
5. Informa il S.S.A. dal lun. al ven. dalle h. 8.30 alle h. 16.00 festivi esclusi (int. 3503).
6. Prende contatti con la S.C. Psicologia, dal lunedì al venerdì dalle h. 8.00 alle h. 16.00: 328 150 35 16 / 0163 – 568006.
7. Può richiedere consulenza urgente (*in casi di particolare complessità o di incertezza diagnostica*), dalle h. 8.00 alle h. 16.00 (escluso i festivi):
 - S.C. Neuropsichiatria Infantile FAX 0161/593672
 - Centro Bambi presso l'Ospedale Regina Margherita di Torino tel. 011-3135832/333-618654.

Al di fuori dei suddetti orari occorre contattare il Pronto Soccorso dell'Ospedale Regina Margherita.

8. Ricovera in SPDC come appoggio della Pediatria il minore di età compresa tra i **14 e i 16 anni**, con condizioni cliniche che rendano non sicuro il ricovero in Pediatria (disturbo da discontrollo degli impulsi, propositi anticonservativi...). Questa evenienza deve avere il carattere di eccezionalità e devono immediatamente essere messi in atto i provvedimenti idonei a garantire al minore la collocazione e gli interventi più idonei, nel minor tempo possibile.

Il Servizio Sociale Aziendale

Dal lunedì al venerdì dalle h. 08.30 alle h. 16.00, escluso i festivi, di concerto con le Forze dell'Ordine intervenute:

- mantiene contatti costanti sulla situazione sanitaria del minore, al fine di aggiornare la Procura presso il Tribunale dei Minori di Torino,
- attiva, dal lunedì al venerdì dalle h. 08.30 alle h. 16.00 escluso i festivi, **sia telefonicamente sia per iscritto**, il **S.S.T.** competente per territorio di residenza del minore, inviando copia della segnalazione, nel caso in cui il minore non sia da loro conosciuto.
- Nel caso in cui il minore risulti in carico ai S.S.T., lo stesso dovrà mantenere contatti costanti sia telefonicamente che per iscritto con il S.S.A., al fine di fornire le informazioni utili e coordinare le attività e gli interventi necessari atti a garantire la protezione del minore durante la sua degenza e aggiornare le Autorità Giudiziarie competenti.

Il Servizio Sociale Territoriale competente per territorio

(di seguito elencati quelli afferenti al territorio dell'ASL VC)

Consorzio C.A.S.A.	tel. 0163-831100/0163-835720 fax 0163-831710
Comunità Montana Valsesia e Valsessera	tel. 0163-430371 0163-51555 fax 0163-52405
Comune di Borgosesia	tel. 0163-290120 fax 0163-290114
CISAS Santhià	tel. 0161-936901 fax 0161-936928
Comune di Vercelli	tel. 0161-596561/0161-596517

- ⤴ Viene attivato tramite segnalazione scritta da parte del Servizio Sociale Aziendale.
- ⤴ Nel caso il minore non sia noto, si raccorda con gli altri Servizi (S.S.A., Psicologia, N.P.I. ecc...) e programma un eventuale futuro intervento per seguire il minore al domicilio.
- ⤴ Nel caso in cui il minore risulti già in carico ai S.S.T., lo stesso dovrà mantenere contatti costanti sia telefonicamente che per iscritto con il S.S.A., al fine di fornire le informazioni utili e coordinare le attività e gli interventi necessari atti a garantire la protezione del minore durante la sua degenza e successivamente alla dimissione, su indicazione delle Autorità Giudiziarie competenti.

CASI SPECIFICI

5.1.1 SENZA IL CONSENSO DEI GENITORI.

Nel caso in cui nessuno dei due genitori sia presente o, se presenti, non diano l'assenso al ricovero del minore:

Il Medico del Dea: (oltre alle modalità operative già previste al punto 5.1)

- ⤴ Fa intervenire le Forze dell'Ordine (**113** a Vercelli, **112** Borgosesia) per eventuale applicazione dell'articolo 403 c.c.

Il Pediatra: (oltre alle modalità operative già previste al punto 5.1)

- ⤴ Garantisce l'assistenza al Minore, attivando le Associazioni di Volontariato, la cui disponibilità è prevista come da calendario mensile, trasmesso dalla Psicologia alla Pediatria.
- ⤴ Compila il modulo "*Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)*" e lo trasmette alla Direzione Medica o al medico reperibile.
- ⤴ Ricevuto il nulla osta dall'Autorità Giudiziaria, inserisce in cartella la notifica di avvenuta applicazione dell'art 403c.c.
- ⤴ Compila il modulo di affidamento "*Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)*" quando dimette il minore affidandolo al S.S.T.
- ⤴ Inoltra copia del modulo "*Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)*" alla D.M.P. e al S.S.A. con l'allegato nulla osta della Procura del Tribunale dei Minori.

Il Medico di Direzione Medica in servizio o reperibile:

Trasmette il modulo "*Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)*" alla Procura presso il Tribunale Ordinario competente per territorio, il cui fax è 0161/600973 – 0161/ 600976, previo contatto telefonico con la Procura presso il Tribunale Ordinario (tel 0161/269011) o con il Magistrato reperibile fuori orario di servizio.

Servizio Sociale Aziendale

- ⤴ Contatta, tramite segnalazione scritta, il S.S.T., con riferimento ai numeri telefonici e agli orari precedentemente indicati.

Il Servizio Sociale Territoriale competente per territorio

- ⤴ Si raccorda con gli altri Servizi (S.S.A., Psicologia, N.P.I. ecc...) nel caso di applicazione dell'art. 403 c.c. ed attende disposizioni da parte dell'Autorità Giudiziaria circa la futura collocazione del Minore, e quindi non sposta il minore dal Presidio Ospedaliero fino a recepimento del provvedimento 403 c.c. da parte del T.M.
- ⤴ Prende in carico il minore al momento della dimissione secondo le disposizioni del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria

Le Autorità Giudiziarie si coordinano per emettere un provvedimento che limiti la genitorialità.

5.1.2 SE IL MINORE E' ACCOMPAGNATO DALLE FORZE DELL'ORDINE.

Nel caso in cui venga richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine da parte di un adulto o su chiamata del Minore stesso.

Le forze dell'ordine intervenute:

1. Quando necessario applicano l'articolo 403 c.c., previo contatto telefonico con la Procura presso il Tribunale Ordinario (tel 0161/269011) o il Magistrato reperibile fuori orario di servizio.
2. Consegnano al Pediatra copia della segnalazione.
3. Invia la segnalazione alla Procura presso il Tribunale Ordinario competente per territorio (per la Procura presso il Tribunale Ordinario di Vercelli il n° di fax è 0161/600973 – 0161/ 600976 in orario di servizio, o al Magistrato reperibile fuori orario di servizio).
4. Segnalano l'avvenuta applicazione dell'art. 403 al S.S.T. competente per territorio.
5. Consegnano al reparto la check - list, che deve essere nota a tutti gli operatori e inserita in cartella, in quanto riporta le indicazioni da seguire per la sicurezza del minore [vd modulo "Check-list minore art. 403 c.c. (DM.MO.1781.nn)"].

5.2 INTERVENTO PROGRAMMABILE/DIFFERIBILE SU MINORE

Casi di minori vittime di maltrattamenti e/o abusi riferiti, ma non accertati oppure sospettati durante accessi per altre cause.

Il Medico del Dea e/o il Pediatra nei casi in cui venga riferito da un genitore il sospetto di maltrattamenti e/o abusi di cui non vi siano evidenze cliniche, oppure quando i minori giungano alla nostra osservazione anche per altri motivi, spesso con accessi al DEA ripetuti per traumi riferiti accidentali:

- ⤴ redige il referto,
- ⤴ chiama le forze dell'Ordine (**113** a Vercelli, **112** a Borgosesia) e consegna una copia del referto, mentre un'altra copia verrà fatta firmare per ricevuta e una terza copia consegnata all'ufficio cartelle cliniche della D.M.P. dal lun. al ven. dalle h. 8.00 alle h. 16.30 per il successivo invio alla Procura presso il Tribunale Ordinario competente per territorio,
- ⤴ informa il S.S.A. (dal lunedì al venerdì dalle h. 08.30 alle h. 16.00 escluso i festivi).

Il Servizio Sociale Aziendale

Dal lunedì al venerdì dalle h. 08.30 alle h. 16.00 escluso i festivi, informata la D.M.P., redige una relazione scritta sulla situazione sanitaria del minore e la invia:

Alla Procura del Tribunale Ordinario competente per Territorio,

Alla Procura presso il Tribunale dei Minorenni di concerto con le Forze dell'Ordine intervenute,
Al Servizio di Psicologia,
Al Servizio di N.P.I.,
Al S.S.T. competente per territorio di residenza del minore.

Tutti gli operatori, che si rechino a vario titolo presso il Reparto di Pediatria dove il minore é ricoverato, sono tenuti a documentare in cartella clinica il proprio passaggio e ad avvisare il medico pediatra di guardia.

6. RESPONSABILITÀ

<i>Funzione responsabile</i>	<i>Attività</i>
Medico DEA	Attiva il Pediatra e il Medico Legale Redige il referto. Consegna o trasmette copia del referto alle forze dell'ordine con firma per ricevuta
Medico Legale	Coadiuvava il Pediatra e il medico del Dea nella raccolta prove
Pediatra	Effettua l'OBI o il ricovero sia a scopo clinico che di protezione. Redige il referto se non redatto dal Medico del DEA. Compila il modulo “ <i>Consenso informato ai trattamenti sanitari abuso minori (DM.MO.1778.nn)</i> ” nei casi di assistenza con consenso dei genitori. Informa D.M.P. e S.S.A. Compila il modulo “ <i>Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)</i> ” nei casi previsti e lo trasmette alla D.M.P. Compila il modulo “ <i>Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)</i> ” e lo trasmette alla D.M.P. Attiva i volontari secondo il calendario fornito dalla SC Psicologia Richiede le consulenze di NPI, Psicologo o Centro Bambini se necessario
Medico D.M.P.	Trasmette la segnalazione per applicazione dell'art. 403 c.c. nei casi previsti, trasmettendo il modulo “ <i>Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)</i> ” e alla dimissione del minore il modulo “ <i>Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)</i> ” alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario competente per Territorio.
S.S.A.	Coadiuvava il medico di D.M.P. nei giorni e orari di apertura del servizio. Informa telefonicamente e per iscritto il S.S.T. Mantiene costanti contatti col reparto di ricovero e la Procura
Forze dell'Ordine	Applicano l'art. 403 c.c. nei casi previsti. Consegnano copia della segnalazione al Pediatra e la trasmettono alla Procura del Tribunale Ordinario competente per territorio. Consegnano la check - list [vd “ <i>Check-list minore art. 403 c.c. (DM.MO.1781.nn)</i> ”] al reparto, nei casi di applicazione del 403 c.c. Attivano i S.S.T.
SC Neuropsichiatria Infantile	Effettuano consulenze qualora il Pediatra lo ritenga necessario
Servizio di Psicologia	Coadiuvava il Pediatra e il Medico del DEA e concorda una linea per capire se il caso è già in carico, o comunque per valutare l'intervento da realizzare.
S.S.T.	A seguito dell'applicazione dell'art.403 c.c. attua l'intervento di tutela e presa in carico del minore finalizzata alla tutela e alla dimissione dall'Ospedale. Prende in carico il minore al momento della dimissione previo nulla osta del Tribunale dei Minori. Consegna copia del nulla osta al Pediatra. Firma il verbale di affidamento “ <i>Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)</i> ”
Volontari	Assistono il minore durante la degenza in ospedale.

7. MODALITÀ DI VERIFICA DEGLI INDICATORI

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	Riferimento normativo/bibliografico	Rilevatore
Presenza del Modulo “ <i>Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)</i> ” nei casi descritti al punto B	Numero di moduli “ <i>Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)</i> ” sul totale dei casi descritti al punto B)	100%	Articolo 403 c.c.	D.M.P.
Presenza del Modulo “ <i>Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)</i> ” in tutti i casi in cui é previsto	Numero di moduli “ <i>Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)</i> ” sul totale dei casi descritti	100%	Articolo 403 c.c.	D.M.P.

8. RIFERIMENTI

Codice civile Art.403: Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all’educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell’infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione

9. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	21/03/15	Prima emissione

10. ALLEGATI

Allegato modulo “*Consenso informato ai trattamenti sanitari abuso minori (DM.MO.1778.nn)*”

Allegato modulo “*Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.nn)*”

Allegato modulo “*Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.nn)*”

Allegato modulo “*Check-list minore art. 403 c.c. (DM.MO.1781.nn)*”

Allegato documento “*Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.nn)*”.

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Consenso informato ai trattamenti sanitari abuso minori (DM.MO.1778.00).doc pag12/21
---	---------------	---

CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI SANITARI PER ABUSO MINORI

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___

in qualità di legale rappresentante del minore _____

nato a _____ il ___/___/___

sono stato informato dal Dr. _____ in data ___/___/___

che per l'attuale diagnosi/ipotesi diagnostica di _____

é stata posta indicazione al ricovero ospedaliero/osservazione breve intensiva per il minore sopraindicato,

é stata posta l'indicazione all'esecuzione di _____

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali ricevute e

IN PIENA COSCIENZA ACCONSENTO a quanto sopra descritto

SI

 NO

Data ___/___/___

Firma del legale rappresentante _____

Firma e timbro del medico che acquisisce la volontà _____

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Segnalazione applicazione art. 403 c.c. abuso minore (DM.MO.1779.00).doc
		pag13/21

SEGNALAZIONE APPLICAZIONE ART. 403 Codice Civile

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Segnala che in data _____

ha visitato il minore _____

nato/a il _____ a _____

abitante in via/piazza _____

a _____

accompagnato da: indicare tipologia dell'accompagnatore (genitore, nonni, vigile urbano, baby sitter, maestra, ecc.) e nome, cognome e recapito telefonico.

con diagnosi di: _____

Ravvisate le condizioni di necessità e urgenza di tutela del minore, si procede al trattenimento del minore in Ospedale in applicazione dell'art. 403 del Codice Civile.

Per tale ragione si è provveduto ad informare:

- il Dirigente medico di D.M.P. Dr. _____
- inoltrare la presente segnalazione alla D.M.P. e al S.S.A. presente in Ospedale.

Il Dirigente Medico
(Timbro e firma leggibile)

Data: _____

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Affidamento minore a norma art. 403 c.c. (DM.MO.1780.00).doc
		pag14/21

VERBALE DI AFFIDAMENTO DI MINORE
a norma dell'art. 403 Codice Civile

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ in data ___/___/___ alle ore _____

affida il minore _____ nato a _____ il ___/___/___
 (cognome e nome)

abitante a _____ in via _____ n° _____

al sig./sig.ra _____ in qualità di _____

Per tali ragioni si è provveduto a:

- Inserire in cartella clinica il **nulla osta** della Procura del Tribunale all'inserimento del minore in comunità.
- Informare il Dirigente Medico di Direzione reperibile Dr. _____
- Inserire il presente modulo in cartella clinica.
- Inoltrare copia del presente modulo alla D.M.P. e al S.S.A. sede ospedaliera con l'allegato nulla osta della Procura del Tribunale dei Minorenni.

Il Dirigente Medico
(timbro e firma)

L'operatore che prende in custodia il minore
(firma)

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Check-list minore art. 403 c.c. (DM.MO.1781.00).doc
		pag15/21

Disposizioni per il reparto per la tutela del minore sottoposto all'art. 403 Codice Civile

CHECK-LIST

Il minore _____ ricoverato presso il reparto _____

Può ricevere visite?

- NO
 SI Chi?

Può telefonare?

- NO
 SI

Può allontanarsi dalla camera?

- NO
 SI

Deve essere accompagnato da qualcuno all'interno del reparto?

- NO
 SI

Sono già stati disposti provvedimenti da parte della Procura Minori/Tribunale dei Minorenni?

- NO
 SI

È stato attivato l'Art. 403?

- NO
 SI

Aspetti critici\note

In caso di necessità contattare:


Questura: 113

Sovraintendente Secci: 366/6067316 (Polizia Ospedaliera)

Sovraintendente Barbieri: 331/3780675 (Questura Ufficio Minori)

Firma

Vercelli, _____

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	DOCUMENTO	Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.00).doc pag16/21
---	------------------	---

SEGNI E SINTOMI DI ALLARME

CLASSIFICAZIONE DEI MALTRATTAMENTI:

- Maltrattamento**
- fisico
 - emotivo
- Patologia delle cure**
- incuria (fisica, psicologica)
 - discuria
 - ipercura
- Abuso sessuale**
- intrafamiliare
 - extrafamiliare
- Violenza assistita**
- testimoni di violenza fisica, psicologica, sessuale.

Definizione di Maltrattamento: Gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale le cui manifestazioni sono la trascuratezza, le lesioni di ordine fisico o psichico o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino (IV Colloquio criminologico, Consiglio di Europa, Strasburgo 1978).

Il maltrattamento fisico: il genitore o le persone che si prendono cura del bambino eseguono, permettono che si eseguano, o mettono il bambino in condizione di subire lesioni fisiche.

Abuso emotivo: Il bambino viene svalutato, umiliato, denigrato, sottoposto a sevizie psicologiche in modo continuato e duraturo nel tempo attraverso frasi, comportamenti e atteggiamenti.

Incuria/negligenza: Persistente incapacità di far fronte ai bisogni fisici e psicologici basilari; poca cura 'fisica', igiene, nutrizione, vestiti; incapacità a prevenire e proteggere da rischi; pochi stimoli.

Disuria/ipercuria: Cure distorte e inadeguate rispetto all'età; cura eccessiva dello stato fisico; inadeguata e eccessiva, dannosa medicalizzazione (es. Medical Shopping, chemical abuse, Munchausen by proxy).

Abuso sessuale: Coinvolgimento forzato di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, con assenza di completa consapevolezza e possibilità di scelta.

Le attività possono o meno comprendere contatto fisico, penetrazione, o atti di libidine, anche senza violenza. Comprende anche il coinvolgimento in attività di produzione o visione di materiale pornografico, atti sessuali o incoraggiare un comportamento sessualizzato inappropriato per l'età.

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	DOCUMENTO	Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.00).doc pag17/21
---	------------------	---

Fattori di Rischio (L.G. Sinpia 2007)

I fattori di rischio rappresentano il supporto per formulare una valutazione psico-sociale presuntiva di sospetto abuso o trascuratezza.

1) Cause sociali

- famiglie isolate dal contesto sociale; difficoltà economiche e/o lavorative; disoccupazione;
- emarginazione sociale, immigrazione, cause religiose e razziali;
- isolamento dalle rispettive famiglie d'origine; condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi; famiglia monoparentali (ragazze madri, separazione e divorzio, vedovanze).

2) Cause relazionali intrafamiliari

- patologia della relazione tra i genitori;
- conflitti nella coppia genitoriale con esposizione dei figli;
- età dei genitori (troppo giovane o troppo avanzata); inversioni dei ruoli genitoriali;
- genitori con pattern di attaccamento fortemente insicuri/disorganizzati;
- promiscuità delle relazioni; esposizione alla violenza domestica.

3) Patologie genitoriali

- psicosi; gravi disturbi di personalità (borderline); insufficienza mentale;
- gravi disturbi ansiosi o depressivi (depressione post-partum);
- tossicodipendenze; alcolismo;
- sociopatie;
- gravi disabilità fisiche o sensoriali.

Per quanto riguarda l'abuso fisico, sia nelle famiglie monogenitoriali sia in quelle bi-genitoriali, i fattori maggiormente significativi che influiscono su questi comportamenti da parte dei genitori sono la depressione, l'alcolismo ed un passato di violenza familiare (Berger, 2003).

4) Patologia del bambino

- patologie neonatali; malattie croniche; disabilità fisiche e/o psichiche;
 - deficit di apprendimento; problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche;
 - disturbi del sonno, pianto notturno e diurno; inibizione o ipercinesia.
- (Cicchetti e Rizley, 1981; Reder e Lucey, 1995; Montecchi, 1999; Pourtois, 2000).

Segni di allarme:

- Lesioni traumatiche **atipiche** per l'età del bambino e **non compatibili** con la dinamica riferita.
- Lesioni prodotte in tempi diversi, plurime e in diverso stadio di evoluzione.
- Lesioni prodotte con modalità diverse (coesistenza di ecchimosi, escoriazioni, ferite lacerato-contuse, ematomi, ustioni, ecc.).
- Lesioni cutanee localizzate in sedi atipiche (retro auricolari, dorso, regioni glutee, genitali e perianali, polsi, caviglie) in particolare quando assumano la caratteristica di "lesioni digitate", segno tipico delle manovre di afferramento o di "lesioni da morso", "lesioni con aspetto figurato" come le lesioni a binario da azioni di bacchette o cinture, "lesioni a farfalla" da pizzicamento.
- Lesioni da ustioni e bruciatura in sedi atipiche (patognomoniche quelle circolari da sigaretta).

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	DOCUMENTO	Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.00).doc pag18/21
---	------------------	---

- Lesioni ritenute patognomoniche per battered child syndrome (lesioni del frenulo linguale, escoriazioni periorali, fratture metafisarie delle ossa lunghe, specie nei bambini non deambulanti, fratture costali bilaterali, fratture craniche diastasate ed emorragie subdurali specie nei bambini inferiori a 18 mesi di età).
- Disturbi somatici senza diagnosi come ad esempio: cefalea cronica, dolori addominali e pelvici specie se recidivanti, dolori al dorso, vomiti biliari, ematuria.
- Mutamenti comportamentali inspiegabili, affaticamento, insonnia/incubi.
- Problemi psicologici: ansia, attacchi di panico, depressione, bassa autostima.
- Disordini alimentari.
- Auto ed etero aggressività, tentativi di suicidio.
- Avvelenamenti: esposizioni ripetute a sostanze tossiche (es: psicofarmaci).

Il modello di lavoro INFERMIERISTICO in PS-DEA Accoglienza e valutazione del paziente al triage

Al momento del TRIAGE si possono verificare differenti situazioni:

- Rivelazione spontanea da parte di un bambino o accompagnatore di evento certo o sospetto di maltrattamento – abuso.
- Bimbo accompagnato in PS da forze dell'ordine, servizi sociali, 118 per valutazione incerto o sospetto maltrattamento/abuso.
- Bimbo trasferito da altro ospedale con certezza o sospetto di maltrattamento/abuso.
- Bimbo condotto in PS per altro motivo (patologia internistica/trauma) con riscontro di indicatori fisici e socio-comportamentali di possibile maltrattamento/abuso.

Durante l'inserimento dei dati anagrafici viene eseguito il controllo dello "storico" (per numero e tipologia degli accessi precedenti).

Valutazione infermieristica soggettiva (intervista mirata).

Valutazione infermieristica oggettiva (esame fisico e parametri) con particolare attenzione a:

- Lesioni fisiche non coerenti con gli eventi riferiti;
- Presenza di lesioni o segni di natura diversa da quelli per i quali il bambino è stato condotto in PS;
- Segni di incuria e trascuratezza di tipo generale nell'aspetto del bambino e disturbi di comportamento del bambino verso gli adulti o altri bambini.

Compilazione della parte infermieristica della scheda di raccolta dati ed assegnazione di un codice colore GIALLO.


Linee guida per "medical-legal care" delle vittime di abuso sessuale (OMS 2003)

L'abuso sessuale nel bambino è un fenomeno unico; le dinamiche sono spesso molto diverse da quelle dell'abuso sessuale dell'adulto, perciò un abuso di questa natura non può essere trattato nello stesso modo.

Le peculiarità che caratterizzano l'abuso sessuale nel bambino includono le seguenti considerazioni:

a) raramente viene usata violenza o forza fisica

- il maltrattante di solito è persona conosciuta
- l'abuso sessuale nel bambino si realizza in tempi lunghi,

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	DOCUMENTO	Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.00).doc pag19/21
---	------------------	---

b) frequentemente gli episodi sono ripetuti e più intrusivi nel tempo con il maltrattante che coinvolge la vittima in una serie di atti e situazioni totalmente inadatte alla sua età ed esperienza.

La maggior parte degli abusi sessuali rimane non diagnosticato nei bambini. Più frequentemente l'abuso sessuale viene scoperto solo quando il bambino/a rivela l'accaduto a qualcuno di cui sente di potersi fidare.

Altre volte l'abuso sessuale si manifesta con una gravidanza in atto o con segni di infezione sessualmente trasmessa.

Circa metà dei bambini che sono stati abusati sessualmente non ha alcun segno fisico anomalo all'esame clinico, normalmente chi abusa i bambini sessualmente evita di 'lasciare segni' di ogni tipo per evitare di essere scoperto.

Sanguinamento vaginale, perdite e arrossamenti generalmente non sono legati ad abuso sessuale, anche se in una minoranza di casi possono essere presenti.

L'esame del bambino/a con sospetto abuso sessuale deve essere eseguito sempre, se possibile, da persona con esperienza nell'esame obiettivo del bambino e con modalità adeguate. **L'ispezione dei genitali va fatto solo senza forzare il bambino e valutato nell'ambito dell'esame obiettivo generale.** Lo sviluppo puberale del bambino/a va registrato come parte dell'esame obiettivo.

Entro quali tempi va condotto l'esame obiettivo ginecologico:

Nella maggior parte dei casi **le lesioni genitali più significative non sono più evidenziabili entro breve tempo, ne consegue che se il presunto abuso è avvenuto entro 72 ore la visita deve essere immediata.**

Se è avvenuto tra tre sette giorni precedenti può non essere immediata ma deve comunque avvenire il prima possibile.

Se è avvenuto da più di otto giorni la visita può essere programmata nei tempi desiderati.

Per gli esami da effettuare si rimanda alla procedura "*Violenza domestica (DEA.PG.0945.nn)*" e alla scheda di Laboratorio allegata [vd modulo "*Catena di custodia (DEA.MO.0951.nn)*"].

Caratteristiche di fratture scheletriche nei bambini maltrattati

Dall'evidenze riscontrate da una review sistematica e dall'analisi di altri 5 studi, sono state messe in relazione al maltrattamento alcuni tipi di frattura.

Questi studi hanno confermato che nei bambini al disotto dei 18 mesi le fratture sono molto più spesso provocate da abusi fisici.

Nessun tipo di frattura è patognomonica di abuso.

Molto spesso però la probabilità che la/le fratture sia il risultato di un abuso fisico si evidenzia, dalla presenza contemporanea di più fratture o dalla presenza delle stesse in bambini non ancora in grado di camminare.

Per quanto riguarda le **fratture costali**, queste andrebbero valutate con particolare attenzione.

“Sette studi di meta-analisi, con un totale di 233 bambini, di cui 128 erano stati abusati, 24 avevano diagnosticato displasia ossea, 17 erano bambini pretermine con complicanze perinatali, 43 avevano lesioni a causa di incidenti stradali o di traumi violenti, 7 avevano fratture post-chirurgiche, 3 avevano lesioni alla nascita e 11 avevano fratture da cause sconosciute o non da abuso. Lo studio ha trovato che le probabilità complessive delle fratture costali sono dovute ad abuso nel 71%, quando sono stati esclusi “incidenti automobilistici (MVCS), traumi violenti documentati ed esiti post-chirurgici”.

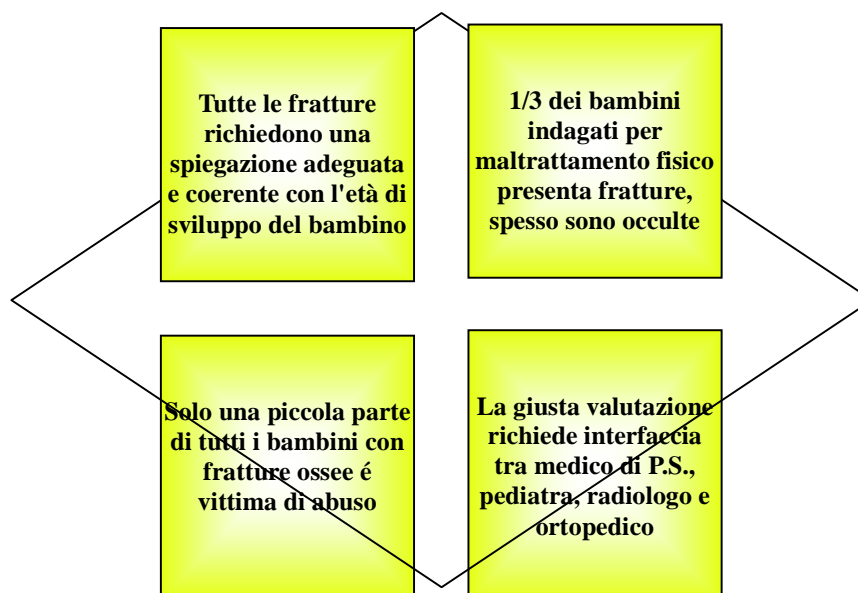
In conclusione le fratture costali:

- **In assenza di un trauma maggiore, di lesione perinatali legati al parto, o ad una sottostante patologia ossea hanno la più alta specificità per quanto riguarda il maltrattamento.**
- **La presenza di più fratture costali è molto più frequentemente segno patognomonico di abuso.**

Per quanto riguarda le **fratture femorali**: *“I dati provenienti da cinque studi indicano che i bambini con fratture femorali a causa di abusi sono più giovani rispetto a quelli con fratture femorali non a causa di abuso. Non ci sono state differenze statisticamente significative tra i gruppi sul sito di frattura”*

In sintesi:

- **le fratture femorali secondarie ad abusi sono di più facile riscontro nei bambini più piccoli;**
- **statisticamente più significative nei bambini non ancora in grado di deambulare;**
- **le fratture trasversali sono più frequenti negli abusi;**
- **sotto i 15 mesi la frattura spirale del femore è la più frequente frattura nei maltrattamenti ($P = 0.05$).**



 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	DOCUMENTO	Segni e sintomi allarme maltrattamenti minori (DM.DO.1782.00).doc pag21/21
---	------------------	---

Fattori quindi importanti da valutare sono:

ETA'

- ✓ 80% dei bambini vittime di abusi con fratture hanno meno di 18 mesi,
- ✓ 85% delle fratture accidentali si verificano nei bambini oltre cinque anni.

SEDE della Frattura

- ✓ Costali probabilità abuso 71%
- ✓ Omero
 - Spirale o obliqua bambini < 3anni probabilità 54%
 - Sovracondiloidea più frequente da caduta
- ✓ Femore probabilità 28%
- ✓ Craniche probabilità 30%.

Diagnosi Differenziale:

- Trauma accidentale
- Lesioni alla nascita
- Infezioni, tumori maligni, Morbo di Caffey
- Osteogenesi imperfetta
- Osteopenia, malattie croniche, nutrizionali e iatrogene.