

CRIMINOLOGIA

01

*Isabella Berlingiero  
Carmen Zelano*

“**MORIRE DI FAME, OGGI.  
FUNZIONAMENTO (E FALLIMENTO)  
DEI SISTEMI DI PROTEZIONE  
E TUTELA PER L'INFANZIA**”

RASSEGNA ITALIANA DI  
**CRIMINOLOGIA**  
anno III - n. 1 - 2009

Il 7 Gennaio 2005, in un quartiere periferico della città di Bari, una bambina di 17 mesi muore di fame. Alle 15.30, al servizio 118, giunge una richiesta di soccorso, ma la piccola arriva senza vita in ospedale: il personale sanitario riscontra un gravissimo stato di denutrizione e disidratazione, oltre a numerose lesioni che denunciano lo stato di abbandono della bambina. L'autopsia rivela che il suo peso è quello di una bambina di 4 mesi (5,7 kg), inoltre vengono riscontrati 61 segni di lesioni violente, fra cui una deformazione dell'avambraccio sinistro, da ascrivere verosimilmente ad una pregressa frattura non trattata. La perizia medico legale accerta che la morte è sopraggiunta per mancanza di nutrizione della piccola, in sostanza per *fame*.

Un evento difficile da accettare, specie in un paese occidentale, dove la morte per stenti sembra appartenere ad un lontano passato.

Il caso di Eleonora ha fatto interrogare l'intera città sui sistemi di prevenzione esistenti, sul reale funzionamento di quella rete di servizi che numerosi documenti definiscono come uno degli strumenti principali per affrontare le problematiche sociali. Ci si è chiesti: come è possibile che una bimba muoia di fame e senza che nessun sistema di protezione abbia intercettato questa drammatica situazione per tempo?

Partendo da questo interrogativo abbiamo esaminato il caso di questa piccola vittima, per analizzare quello che è stato fatto e quanto si sarebbe potuto e dovuto fare. Il nostro sguardo si è focalizzato sull'analisi del contesto all'interno del quale i fatti si sono svolti, prestando attenzione alle contraddizioni istituzionali che hanno fatto da sfondo alle vicende di vita della bambina.

Abbiamo potuto seguire questo caso direttamente poiché le indagini psichiatrico-forensi su entrambi gli indagati sono state svolte presso il nostro Istituto.

---

## 1 • Il caso

---

Eleonora è la terza figlia di una giovane madre di 23 anni, con una storia di continue deprivazioni alle spalle: vissuta fino ad 11 anni con la nonna materna, madre prostituta, morta quando la figlia aveva 15 anni, padre assente e distante, una vita sbandata priva di riferimenti affettivi. Durante la relazione con il padre dei suoi primi due bambini si trasferisce al Nord e lì inizia a prostituirsi. In questo contesto incontra quello che diverrà il padre di Eleonora, che per un breve periodo la segue in Puglia; tuttavia prima della nascita della bambina l'uomo interrompe la relazione. Quest'uomo viene descritto dalla donna come l'unico amore della sua vita, una persona con

cui sperava di creare una “*famiglia normale*”. Infatti, la scelta del primo compagno era stata motivata dal “bisogno”, più che da ragioni affettive.

Nasce Eleonora e dopo varie vicissitudini la madre si trasferisce, con i suoi tre figli, in un quartiere periferico della città di Bari; qui inizia una relazione con un uomo con cui, nel 2005, ha un quarto figlio, una bambina. Vivono in un quartiere “ghetto” della città, una zona periferica quasi del tutto priva di negozi commerciali e di servizi, in un locale occupato abusivamente: una sola stanza dove convivono cinque persone, priva di finestre e di tutto ciò che permette ad una costruzione di acquisire il nome di casa.

Il nuovo compagno della madre è “presente”, ma non sufficientemente supportivo: si preoccupa della sua bambina, nata pochi mesi prima della morte di Eleonora, mentre è indifferente verso gli altri bambini.

Durante gli ultimi mesi della gravidanza dell’ultima figlia, la donna chiede ad alcuni familiari di prendersi cura di Eleonora, ma sembra aver ricevuto solo risposte negative. La donna non regge al peso degli impegni, peraltro quello della delega delle funzioni materne è uno schema per lei abituale; infatti da circa due anni il primogenito era stato affidato alla nonna paterna. Non trovando supporto nella famiglia d’origine cerca e trova, a pochi giorni dal parto, una famiglia che conosce appena che si rende tuttavia disponibile a prendere con se Eleonora. Dall’analisi del fascicolo si apprende che i componenti di questo nucleo familiare, che accoglie Eleonora per un breve periodo, trovano la bambina un po’ denutrita ed ancora incapace di una deambulazione autonoma.

A distanza di circa due mesi dalla nascita della figlia, la madre decide di riprendere con se Eleonora, per diverse ragioni: per le pressioni esercitate da suo padre che l’accusa di essere una cattiva madre; perché non accetta le “voci” del quartiere che criticano il suo ruolo di madre e che diffondono la notizia che la famiglia che aveva con se Eleonora voleva procedere alla richiesta di affidamento formale; infine, perché nutre la speranza che il padre naturale della bambina torni da lei.

L’arrivo in casa di Eleonora costituisce tuttavia elemento di grande turbativa, di sofferenza individuale e relazionale. Senza entrare nel merito della vicenda, la cui complessa stratificazione di motivazioni non esauribili in poche righe, sta di fatto che hanno inizio maltrattamenti progressivi, trascuratezze sempre maggiori, “punizioni” della piccola per il suo comportamento “viziato”, che nel tempo divengono sempre più gravi: all’inizio non le viene dato da mangiare per punizione, poi non mangiare o mangiare poco, diviene quasi una regola. Le condizioni cliniche di Eleonora divengono sempre più precarie e, nell’ultimo periodo di vita, evitano di farla vedere anche ai parenti.

Eleonora è iscritta ad un pediatra di base, dal quale non è stata mai portata a visita. La madre, confrontata su questo tema non tentò una giustifica-

zione; in seguito ammise di aver avuto timore a far visitare Eleonora per paura che le portassero via gli altri figli.

La situazione familiare era nota ai Servizi Sociali, che difatti contattarono la donna due volte nel mese che precedette la morte della piccola; gli assistenti sociali si recarono presso la sua abitazione, ma la madre non rispose quando questi suonarono alla porta e, nonostante due avvisi di convocazione, non si recò presso gli uffici “*a causa delle cattive condizioni del tempo*”. In realtà, dalle sue dichiarazioni, si evince sfiducia verso l'utilità dell'intervento dell'Assistente Sociale.

## 2 • “Il bambino è oggetto di diritti”: uno sguardo al contesto legislativo

---

### 2.1 *Contesto legislativo Internazionale*

Alla fine degli anni ottanta fu firmata all'unanimità la *Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia* presso la sede delle Nazioni Unite, a New York. Questo documento prende origine da due concetti fondamentali ben espressi nell'introduzione della convenzione: il fanciullo, per ottenere un armonico sviluppo della personalità, ha il diritto di crescere in un ambiente familiare caratterizzato da “*un'atmosfera di felicità, amore e comprensione*”; “*l'infanzia ha diritto a misure speciali di protezione ed assistenza*” come già sostenuto dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948. Sulla base di queste idee universali furono creati 54 articoli, accolti dall'Italia il 27 maggio 1991 con la legge di ratifica n. 176, in cui prende forma, nelle sue varie sfaccettature, il principio fondamentale che il bambino è “*soggetto di diritti*” e non più “*oggetto del diritto*”.

Le istituzioni pubbliche e private, nel prendere decisioni riguardo a questioni che coinvolgono i minori devono tener presente che “*l'interesse superiore del fanciullo deve costituire oggetto di primaria considerazione*” (art. 3), ed ogni Stato che aderisce alla convenzione deve “*assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere*”. Questo principio, espresso nel terzo articolo della convenzione, deve guidare le scelte e l'operato di tutte le istituzioni e organi che operano nel sociale. Lo Stato (art. 18) deve essere poi di supporto per coloro che si occupano dei fanciulli “*al fine di garantire e di promuovere i diritti enunciati nella presente Convenzione, gli Stati parti devono fornire un'assistenza adeguata ai genitori o ai tutori legali nell'adempimento delle loro responsabilità in materia di allevamento del fanciullo, e devono assicurare lo sviluppo di istituzioni e servizi per l'assistenza all'infanzia*”. È poi importante (art. 24) che sia garantito un adeguato processo educativo teso a trasmettere appropriate conoscenze di base circa la salute e la nutrizione infantile.

La convenzione enuncia il dovere dello Stato di assicurare ai fanciulli il

diritto di beneficiare della sicurezza sociale e la necessità di adottare misure necessarie perché questo diritto venga pienamente realizzato (art. 26). Ogni bambino ha il “*diritto ad un livello di vita sufficientemente alto a garantire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale*” (art. 27); per tale ragione devono essere attuate tutte le misure utili a proteggere i minori da ogni forma di violenza e maltrattamento (art. 19).

## 2.2 Contesto legislativo Nazionale

Tutte le iniziative finalizzate a tutelare e proteggere le prime fasi di vita di ogni cittadino sono ispirate al rispetto dell’art. 31 della nostra Costituzione, nel quale viene sottolineato che: “*la Repubblica protegge la maternità, l’infanzia e la gioventù favorendo gli istituti necessari a tale scopo*”. Ogni minore ha il diritto a formarsi in modo armonico all’interno della sua famiglia, per questo motivo è indispensabile che vengano promosse azioni tese a fornire sostegno a quelle famiglie in stato di difficoltà poiché, fino a quando non si vengono a creare gravi situazioni di pregiudizio per il bambino, “*il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell’ambito della propria famiglia*” (art. 1, comma 1, legge 4 maggio 1983, n. 184).

La **legge 285 del 1997** costituisce punto fondamentale per la creazione di piani integrati di interventi rivolti all’infanzia. Con questa legge viene di fatto affidato alle istituzioni locali il compito di creare una rete di collaborazioni e interventi rivolti ad assicurare il rispetto dei diritti fondamentali dell’infanzia, centrati sul raccordo tra istituzioni, enti e terzo settore. A tal fine la legge 285 indica nei Comuni, nelle Aziende Sanitarie Locali, nelle cooperative e nelle associazioni gli attori di una serie di azioni rivolte alla tutela dei piccoli cittadini.

La rete integrata deve agire su due livelli: organizzativo, teso a programmare le fasi e gli strumenti per l’integrazione; operativo, finalizzato alla presa in carico dei casi, con l’obiettivo di rendere più agevole la relazione tra i diversi servizi, evitando le sovrapposizioni degli interventi.

Altro importante riferimento legislativo è la **legge 328 del 2000** che attribuisce (art. 8) alle Regioni il compito di programmare, coordinare e indirizzare gli interventi sociali. Questa legge (art. 19) individua nei Piani di Zona uno degli strumenti per realizzare forme di sostegno e intervento nel mondo dell’infanzia. L’organizzazione integrata di tutti gli attori sociali dovrebbe garantire il rispetto sancito dal primo articolo della legge 328/2000: “*la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da*

*inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”.*

Più nel dettaglio l'art. 22, comma 1, sottolinea che *“il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte”.*

**L'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza**, particolarmente attivo nelle azioni di coordinamento tra amministrazioni centrali, regioni, enti locali, ordini professionali e organizzazioni non governative per l'infanzia, ha il compito di costituire ogni due anni il *Piano Nazionale di azione ed interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*, finalizzato alla valorizzazione di tutti i programmi a sostegno dei minori. Inoltre, l'Osservatorio ha il compito di redigere, ogni cinque anni, un rapporto per l'ONU relativo all'applicazione della Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo del 1989.

Con la creazione del **Piano Nazionale 2002-2004** (unico piano nazionale attualmente esistente) il Governo ha rivolto il proprio interesse ai bambini e agli adolescenti con l'intento di valorizzare il sociale e promuovere, di conseguenza, progetti innovativi nel campo dei servizi. L'obiettivo principale del Piano Nazionale è promuovere la nascita di una società rispettosa della dignità degli individui, garantendo alle nuove generazioni la possibilità di veder riconosciuti e tutelati i propri diritti, potenziando tutte quelle abilità che consentono di affrontare responsabilmente la realtà circostante.

Un punto strategico di tutte le politiche sociali per i minori è la valorizzazione del ruolo centrale della famiglia, secondo il già citato diritto primario del minore di vivere, crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. Perché ciò accada la famiglia necessita del soddisfacimento di bisogni primari, così da divenire parte attiva delle iniziative che la riguardano e scegliere autonomamente le possibili soluzioni alle situazioni di disagio.

Un utile mezzo per la realizzazione di tali obiettivi è l'istituzione di “punti famiglia”, centri di divulgazione delle informazioni e luoghi di ascolto per tutti i genitori, sin dalle prime fasi del concepimento psichico del figlio. Questo vuol dire che tutti gli operatori che lavorano in questo settore devono verificare le eventuali condizioni di carenza delle famiglie, attivando strategie preventive, di contrasto e di sostegno all'indigenza.

Si è passati, dunque, da una realtà in cui le famiglie considerate inadeguate venivano abbandonate a se stesse o “punite” con l'allontanamento dei figli, ad un contesto che cerca di non penalizzare le famiglie in stato di difficoltà, puntando invece sulla sensibilizzazione delle famiglie d'origine, affinché diano vita a forme di “affido familiare allargato”, secondo il princi-

pio in base al quale una famiglia che si faccia carico di un'altra famiglia è la realizzazione di una piena solidarietà. Certamente ove il supporto della famiglia fallisca, deve essere garantito l'affidamento familiare nelle sue forme più classiche.

Nel Piano Sanitario Nazionale (2003-2005) si legge come l'aumento della mortalità in Italia sia da collegare alla crescita dello svantaggio sociale. In sostanza a rischio sarebbero individui esposti alla marginalità sociale, tossicodipendenti, immigrati, ecc.

Uno degli obiettivi fondamentali dell'OMS è la riduzione, entro il 2020, del 25% del divario nel campo della salute tra diversi gruppi socio-economici, con miglioramento di quelle condizioni che creano ostacoli, quali ad esempio basso reddito o livello di istruzione e limitati accessi al mondo del lavoro. Dal 1975 ad oggi il tasso di mortalità infantile in Italia è sceso più del 76%. Esistono tuttavia molte differenze tra le regioni italiane; in alcune Regioni meridionali come la Puglia, la Sicilia e la Basilicata il tasso di mortalità infantile era nel 1999 di 7,33 nati vivi rispetto al 3,0 di Regioni come Liguria, Lombardia e Friuli Venezia Giulia. Uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del 2003-2005 è ridurre le disparità regionali nei tassi di mortalità neonatale.

Nel Piano Sanitario Nazionale (2003-2005) si sottolinea che la tutela della salute si attua prevalentemente coinvolgendo i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, le scuole, i centri di aggregazione sociale e i mezzi di comunicazione di massa. Diventa altresì necessario ridurre le morti improvvise in culla che rappresentano la prima causa di mortalità infantile, utilizzando campagne informative finalizzate a ridurre i fattori di rischio. Viene in tal senso valorizzata la centralità del ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base, definendo percorsi diagnostico-terapeutici aventi funzione di educazione sanitaria individuale, cioè rivolta ai singoli cittadini; è inoltre importante promuovere campagne informative rivolte alle gestanti ed alle puerpere sulle comuni forme di prevenzione, come l'allattamento al seno o l'estensione delle vaccinazioni.

In tale prospettiva si inserisce anche il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, di recente pubblicazione.

### *2.3 Contesto legislativo della Regionale Puglia*

La Regione Puglia, in coerenza con la normativa internazionale e nazionale, con l'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali ha delineato gli interventi da mettere in atto per assicurare la tutela dei minori. In particolar modo soffermeremo la nostra attenzione sulle iniziative promosse nei confronti delle vittime di abuso e maltrattamento. Gli obiettivi prin-

cipali che vengono definiti nelle Linee Guida (DGR 4 agosto 2004, n. 1104) sono:

- prevenzione del fenomeno;
- presa in carico efficace ed integrata dei casi conclamati e delle situazioni sospette;
- formazione e informazione.

Le prestazioni socio-assistenziali sul minore e sulle famiglie devono rispettare il concetto di salvaguardia della salute, in un'ottica di intervento globale della rete dei servizi. Devono essere assicurate risposte tempestive ai bisogni dei cittadini, cercando di valorizzare le competenze delle diverse professionalità coinvolte, attivando misure di tutela, presa in carico e sostegno del minore durante tutto l'iter processuale. L'intervento non è previsto solo nei casi certi e caratterizzati da chiarezza, ma anche nei casi in cui ci sia solo un sospetto di abuso o maltrattamento.

Tenuto conto della vastità e delle diversità territoriali la Regione Puglia, in coerenza con quanto sancito dalla legge 328/2000, prevede che i comuni, isolatamente o associati tra loro, sviluppino dei Piani di Zona nei quali vengano delineate in dettaglio tutte le iniziative tese al raggiungimento degli obiettivi evidenziati nel Piano Sociale. I comuni devono programmare azioni di sensibilizzazione sociale, formazione, prevenzione in ambito scolastico e nel mondo educativo in genere; a ciò si deve affiancare la presa in carico delle vittime e la creazione di strutture istituzionalmente in grado di affrontare e accogliere le varie forme di violenza.

I servizi preposti alla tutela sociale, sanitaria ed educativa dei bambini devono essere fruitori di una costante azione di formazione e sensibilizzazione tesa ad informare sulla normativa a tutela dei minori ed a facilitare la conoscenza dei servizi esistenti sul territorio. Risulta quindi di fondamentale importanza agevolare e rendere efficace il lavoro in rete dei servizi, in modo da rendere più adeguata la comunicazione fra i vari settori e le diverse realtà appartenenti all'area del no profit (associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.).

Una delle finalità della sensibilizzazione deve essere quella di sconfiggere la tolleranza culturale nei confronti di condotte violente attuate negli ambiti familiari in danno dei bambini. La sensibilizzazione non deve di fatti essere rivolta soltanto agli operatori dei servizi socio-sanitari ed educativi; la diffusione di conoscenze riguardo ai diritti dei minori e sugli effetti negativi delle violenze sui bambini deve essere estesa anche alla collettività in generale, con la finalità di favorire una maggior consapevolezza su questi argomenti. Non a caso, i Piani di Zona *“devono prevedere specifiche attività, da realizzarsi d'intesa con i servizi sanitari presenti sul territorio, oltre che con i medici e i pediatri, volte ad attuare una capillare sensibilizzazione ed informazione delle comunità locali sulle tematiche dell'abuso e della violenza a danno dei minori”*

(Linee Guida 2004). Ad esempio nell'ambito consultoriale devono essere organizzati interventi di promozione della genitorialità responsabile, mentre una formazione più articolata e specifica deve essere rivolta a tutti coloro che direttamente, per le loro attività lavorative o di volontariato, entrano in contatto con i minori.

### 3 • Attori del sistema di rete

---

Abbiamo rivolto la nostra attenzione all'attività svolta dai servizi socio-sanitari territoriali, analizzando nello specifico il ruolo dei Pediatri di libera scelta e delle Assistenti Sociali del Comune. In particolar modo abbiamo analizzato tutte quelle attività di prevenzione che il Piano Sociale affida ai Piani di Zona, atte a svolgere azioni informative e di sensibilizzazione rivolte ai comuni cittadini ed a tutte quelle figure adulte che hanno rapporti significativi con il mondo dell'infanzia.

#### 3.1 *Il ruolo dei pediatri*

L'art. 39 del **Codice Deontologico dei Medici** (2006) sottolinea che: *“il medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti fisici o psichici, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita”*.

Il pediatra ha la possibilità di entrare in contatto con i bambini sin dalle prime settimane di vita e quindi può svolgere un costante monitoraggio della loro condizione psico-fisica; per questo motivo è uno dei primi operatori ai quali è affidato il compito di rilevare eventuali maltrattamenti o abusi. Il pediatra è il primo professionista a venire a contatto con il neonato e nella sua attività, durante la fase di raccolta di informazioni sullo stato di salute del piccolo, può notare segni sospetti di maltrattamento, tali da indurlo a contattare il servizio sociale del comune per avere un quadro più ampio della situazione. Inoltre, per legge, i pediatri hanno l'obbligo di redigere un referto (art. 365 c.p.) se esercitano la propria attività in regime privato, la denuncia di reato (art 331 c.p.p.) qualora assumano la qualifica di “incaricato di un pubblico servizio/pubblico ufficiale”, se convenzionati con il sistema sanitario nazionale.

I maltrattamenti nei confronti dei minori comprendono una serie di

azioni di abuso che includono sia atti di commissione, che di omissione (Fornari, 2005). Sappiamo infatti che l'abbandono fisico associato ad altri atteggiamenti di omissione possono produrre un ritardo nella crescita, alterazioni dello sviluppo armonico (Puccini, 2003), oltre a problemi nell'apprendimento (Montecchi, 2005). In particolar modo "l'abbandono nutrizionale" rende conto di oltre la metà dei casi di ritardo nella crescita registrati (Behraman, Kleigman, Jenson, 2001), un iposviluppo che non è solo fisico, ma che riguarda anche l'area psico-relazionale.

I pediatri divengono così strumento di individuazione dell'abbandono "assistenziale", determinato dall'incapacità da parte del genitore di assicurare al minore cure adeguate. Inoltre, trovandosi in una posizione di osservatori delle dinamiche esistenti tra genitore e bambino, hanno la possibilità di rilevare non solo i casi di maltrattamento fisico, ma anche quelli di abuso psicologico/emotivo (Monteleone, 1999). Quest'ultimo comprende tutti quegli atti che inducono conseguenze negative sullo sviluppo emotivo del bambino (Brassard, Germain, Hart, 1993). Le linee guida rivolte ai pediatri, non a caso, sottolineano la necessità di prestare attenzione a quelle lesioni "non spiegabili", per le quali i genitori non riescono a fornire chiarimenti: "se una lesione risulta incompatibile con la storia fornita o con lo sviluppo raggiunto dal bambino si dovrebbe immediatamente esporre denuncia di sospetta violenza" (Behraman, Kleigman, Jenson, 2001). Prima di procedere ad una denuncia il medico dovrebbe naturalmente accertare che ci sia da parte del genitore la capacità di riconoscere l'esistenza di stati morbosi e, quindi, se dispongano di risorse intellettive, emotive e fisiche necessarie per prendersi cura dei figli.

Contusioni ed ustioni rappresentano le manifestazioni più comuni della violenza esercitata sui bambini, ma esistono segni molto meno evidenti. Ad esempio aree di alopecia sul capo del bambino potrebbero essere state provocate dallo strappo dei capelli, che in questo caso risulterebbero rotti a varia altezza, oppure essere sintomatiche di protratto abbandono in culla, come nel caso di bambini lasciati giacere sulla schiena per gran parte della giornata. In questo caso l'alopecia sarà visibile nella zona occipitale (Behraman, Kleigman, Jenson, 2001).

Nei casi in cui viene individuata una contusione gli accertamenti di laboratorio, in particolar modo gli esami sulla coagulazione del sangue, rappresentano un valido aiuto per la valutazione e il riconoscimento di situazioni di maltrattamento. Quando il sospetto riguarda bambini con meno di due anni, opportuno risulta il ricorso ad indagini radiografiche, soprattutto del cranio, del torace e delle ossa lunghe; in casi più eclatanti possono essere richieste anche indagini radiografiche del bacino, delle dita delle mani e del rachide (Macchiarelli, 2005).

Uno dei ruoli principali svolti dal pediatra, relativamente alla prevenzio-

ne primaria della violenza sui minori, è l'identificazione delle famiglie a rischio elevato. Tra i fattori di rischio più comuni vi sono: storia familiare di violenza, consumo di droghe, depressione, mancanza di un supporto adeguato, problemi socioeconomici, patologia psichiatrica grave, giovane età dei genitori, gravidanze ravvicinate, visite poco frequenti nelle strutture sanitarie, manifestazioni di rabbia o percosse nei confronti dei figli e grave trascuratezza della loro igiene, commenti negativi da parte dei genitori rivolti al figlio appena nato.

I pediatri rappresentano in sostanza ottime “antenne sociali” delle domande inespresse, che se percepite e accolte possono permettere la individuazione di problematiche che spesso rimangono chiuse all'interno delle mura domestiche. Ricordiamo infatti che *“il primo momento di integrazione delle problematiche sociali con l'integrazione sanitaria è rappresentato dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta. L'importanza del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta nelle possibili problematiche sociali passa attraverso l'intuibile ruolo che tali figure professionali hanno all'interno delle dinamiche familiari”* (Behrman, Kleigman, Jenson, 2001).

Con questo quadro a fare da sfondo, se si ripensa al caso della piccola Eleonora è agevole immaginare quanta importanza avrebbe potuto avere il pediatra nella vicenda. La bambina, fatta eccezione per il primo controllo effettuato al momento della nascita, non fu di fatti mai sottoposta a visita. Come previsto dalla legge, la madre aveva effettuato la scelta del pediatra, ma concretamente nel corso dei diciassette mesi di vita della bambina non si era mai recata a visita e neppure era stata sottoposta alla somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie.

L'individuazione di questi elementi della storia ha attivato una riflessione collettiva sulla carenza di un adeguato monitoraggio in grado di rilevare le situazioni a rischio che meritano maggiore attenzione. Allo stato attuale non si individuano carenze legislative riguardanti l'obbligo del genitore di scegliere un pediatra e di effettuare le vaccinazioni necessarie, ma ciò che talvolta manca sono strumenti organizzativi che mettano in luce situazioni poco chiare, ad esempio quando le visite dal pediatra sono rare o totalmente assenti.

Ad ogni pediatra viene affidato un determinato numero di piccoli pazienti su cui effettuare un monitoraggio evolutivo. Se alcuni bambini non vengono mai sottoposti a visita, il medico dovrebbe inoltrare una comunicazione alle autorità competenti, in modo tale che si possa comprendere il motivo di tale apparente negligenza genitoriale.

Questa tragica vicenda ha consentito alle istituzioni locali di rendersi conto delle carenze presenti nell'assetto organizzativo e così il Comune di Bari ha stipulato nel 2006 un Protocollo d'Intesa con l'ASL locale, la Federazione Italiana Medici Pediatri e il Tribunale per i Minorenni di Bari, finalizzato

alla prevenzione e al precoce intervento nelle situazioni a rischio socio-sanitario, prima e dopo la nascita del minore. Tale protocollo stabilisce che gli operatori dell'Anagrafe Civile del Comune di Bari devono trasmettere tempestivamente all'Anagrafe Sanitaria, ogni lunedì mattina, l'elenco di tutti i bambini nati nella settimana precedente. Gli operatori dell'Anagrafe Sanitaria devono verificare l'avvenuta scelta del Pediatra. Il Pediatra di libera scelta deve segnalare mensilmente, al Distretto Socio Sanitario di appartenenza, la lista dei bambini che non si sono recati in ambulatorio per effettuare il primo bilancio di salute, in modo che il Distretto ponga in essere tutte le iniziative atte a reperire e contattare le famiglie, allo scopo di tutelare la salute del minore e individuare eventuali situazioni a rischio. Inoltre il protocollo prevede che ci sia un raccordo tra Distretto e Uffici di Vaccinazione della AUSL per verificare il regolare svolgersi delle vaccinazioni obbligatorie.

In base a tale protocollo, inoltre, la ASL si impegna ad attivare su tutto il territorio il "percorso nascita" finalizzato a garantire alle madri e ai loro piccoli, prima e dopo la nascita, un adeguato livello di assistenza sanitaria, coinvolgendo Ospedale, Consultori Familiari e Pediatri di libera scelta.

### 3.2 *Ruolo dei Servizi Socio-Assistenziali*

Ai sensi dell'art. 132 n. 112 del D.L. 31 Marzo 1998 i Servizi Socio-Assistenziali del territorio sono chiamati ad assicurare risposte di tutela della salute psico-fisica del minore attraverso l'attuazione di interventi integrati destinati alla presa in carico e al sostegno della famiglia e del minore vittima di maltrattamenti.

Tra gli strumenti a disposizione dell'assistente sociale fondamentale è l'indagine sociale, finalizzata a raccogliere le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui vive il minore, per rilevare fattori di rischio o di amplificazione del rischio, come anche l'esistenza di fattori protettivi per il bambino e per i familiari coinvolti (*Caffo, Camerini, Florit, 2002*).

Il Servizio Sociale del Comune deve essere in grado di attivare gli interventi di rilevazione precoce ed avere le risorse per rispondere a tutte le segnalazioni che gli giungono sia dalle fonti istituzionali, come il Tribunale, che dai comuni cittadini. L'Assistente Sociale ha l'importante e delicato compito di gestire e attivare tutto il sistema integrato di intervento, quella "famosa" rete che in numerosi documenti e atti legislativi viene considerata come strumento principale per fronteggiare le problematiche sociali. Un'attività di coordinamento che dovrebbe vedere come comunicatori attivi e indispensabili gli operatori dell'area sociale, sanitaria e della giustizia.

Nel loro lavoro gli Assistenti Sociali devono cercare di attivare tutte le strategie tese ad evitare l'allontanamento del minore dal contesto familiare,

soluzione cui si può giungere solo nei casi di estremo disagio: “quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità ed ignoranza, incapaci di provvedere all’educazione di lui, la pubblica autorità lo colloca in un luogo sicuro, sino alla sua protezione definitiva” (art. 403 c.c.).

Quindi, prima di giungere all’applicazione dell’art. 403, gli Assistenti Sociali devono tentare con tutti i mezzi a loro disposizione di lavorare sul “consenso” del singolo o della famiglia, per evitare di mettere in atto interventi forzati, che potrebbero determinare una frattura nel rapporto di aiuto, con conseguente perdita di fiducia nei loro confronti. Peraltro, una delle difficoltà comunemente riscontrata è rappresentata proprio dalla convinzione popolare che “l’Assistente Sociale porta via i bambini”. Prima di chiedere l’ausilio delle forze dell’ordine, gli Assistenti Sociali tentano di stabilire un contatto con le famiglie attraverso visite domiciliari, finalizzate ad agevolare l’avvicinamento del servizio all’utente. Quando la persona o il nucleo in difficoltà si rivela restio ad ogni forma di contatto, l’Assistente Sociale utilizza delle “cartoline”, tramite le quali invita il cittadino a recarsi presso i propri uffici. Se viene a conoscenza o rileva la presenza di situazioni a rischio, deve mobilitarsi effettuando una segnalazione, strumento di collaborazione attraverso cui può indicare la necessità che l’Autorità Giudiziaria metta in atto misure di protezione e di valutazione della situazione rilevata.

Il comma 1 dell’art. 9 della legge 149/2001 stabilisce che “*chiunque ha facoltà di segnalare all’autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio*”. Lo stesso principio viene espresso con forza dall’art 331 del codice di procedura penale, il quale obbliga i pubblici ufficiali o gli incaricati di pubblico servizio, venuti a conoscenza di un reato perseguibile d’ufficio, a sporgere denuncia alle Autorità Giudiziarie (nello specifico alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni).

Prima di giungere ad una denuncia, gli Assistenti Sociali cercano naturalmente di mettere in atto ogni strategia utile ad intervenire sulle situazioni segnalate, ma è indubitabile che lavorando su aree cittadine molto ampie, è davvero difficile gestire in modo adeguato tutti i casi di loro competenza.

Nel caso di Eleonora i Servizi Sociali erano stati allertati sulla condizione di disagio in cui versava l’intero nucleo familiare e l’Assistente Sociale competente aveva cercato di avvicinare la famiglia, ma senza ottenere nessun risultato. Concretamente, dopo un imprecisato numero di visite domiciliari senza alcun esito, lasciò due cartoline tramite le quali chiedeva alla madre della piccola di presentarsi presso i Servizi, richiami ignorati dalla donna.

Dall'analisi dei resoconti forniti dalla madre di Eleonora si evidenzia una profonda sfiducia nei confronti dell'aiuto che i servizi possono fornire, oltre ad una evidente "paura" che le fossero sottratti tutti i figli. Tale atteggiamento non ha favorito la realizzazione di forme di prevenzione e intervento che, probabilmente, avrebbero potuto impedire il tragico epilogo.

La sfiducia della popolazione nei confronti dei Servizi è una grande sfida che chi lavora sul territorio si trova quotidianamente ad affrontare, poiché concretamente vengono "alzati alti muri" che impediscono agli operatori di offrire soluzioni alle situazioni di disagio. A tutto ciò si somma la difficoltà dell'Assistente Sociale di gestire un alto numero di casi quando opera in quartieri "ghetto", privi di ogni tipo di Servizi e popolato da una cittadinanza che si sente "emarginata" dalla rete istituzionale.

Una delle strategie per abbattere le barriere che separano i cittadini dai Servizi è probabilmente quella di agevolare un contatto più frequente e diretto con le varie agenzie sociali. I cittadini dovrebbero vedere negli operatori "risorse" e non "nemici" da allontanare. Si è pensato di raggiungere questo obiettivo introducendo Servizi nel territorio ed in particolare nelle zone periferiche, creando centri famiglia, centri di ascolto e centri antiviolenza collocati nei quartieri a rischio della città di Bari, tra cui quello in cui viveva la piccola Eleonora.

Al momento non esistono ancora dati statistici che permettano di effettuare un'analisi del cambiamento apportato dai Servizi introdotti dal Piano di Zona, ma il confronto diretto con alcuni operatori del territorio ci ha permesso di constatare un miglioramento nella relazione tra i Servizi e i cittadini, che probabilmente iniziano a sentirli più vicini alle loro realtà e ai loro bisogni.

### 3.3 La cittadinanza: il ruolo del contesto sociale

La legge 328/2000 evidenzia l'importanza di attivare progetti finalizzati al coinvolgimento di tutta la cittadinanza, per la tutela dei minori e dei soggetti in situazione di disagio, allo scopo di promuovere la presenza di una "cittadinanza attiva" sensibile ai segnali di aiuto di ogni soggetto. Tutto ciò viene espresso con chiarezza nell'art. 6 ("la presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini"), mentre l'art. 5 sottolinea l'importanza di essere promotori della "solidarietà sociale" in modo da valorizzare forme di autoaiuto e di "solidarietà organizzata".

A partire da questi importanti concetti ai Piani di Zona è stato assegnato il compito di prevedere specifiche attività di sensibilizzazione, con lo scopo di attuare una capillare informazione delle comunità locali sulle tematiche dell'abuso e della violenza a danno di minori. Tali attività di prevenzio-

ne sono finalizzate a fornire conoscenze sulle normative a tutela dei minori e sui loro diritti, a promuovere una reale motivazione all'ascolto in modo da sconfiggere la "tolleranza" culturale nei confronti di condotte violente in ambito familiare.

I piccoli cittadini delle nostre città spesso vivono in un clima di omertà, una realtà che nel caso della piccola Eleonora, non ha reso possibile precoci interventi. La bambina ha vissuto in un ambiente fatto di silenzi e credenze popolari, che non hanno permesso di evitare la sua "silenziosa" morte.

Eleonora nei pochi mesi del suo passaggio sulla terra non ha goduto di nessun diritto. Il suo pianto sembrava non riguardare nessuno, in ossequio a quella legge di omertà che regna nel "ghetto". A ciò si affianca l'idea condivisa, e da tutti rispettata, che ogni genitore è libero di scegliere lo stile educativo da utilizzare nella crescita dei propri figli. Una realtà nella quale tante singole famiglie gestiscono in autonomia/solitudine le loro difficoltà, mentre si dovrebbero creare momenti e situazioni di cooperazione tra loro e con i servizi, in accordo con quanto espresso dall'art. 16 della legge 328/2000: *"Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona...sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie...sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi"*.

Tutto ciò ci ha indotto a riflettere su quanto poco efficaci siano stati, fino ad oggi, gli interventi a favore della creazione di un clima culturale che valorizzasse la tutela dei diritti fondamentali dei minori. Solo cambiamenti culturali possono creare una cittadinanza in grado di svolgere ruolo attivo nella propria realtà. Oggi è ancora forte il timore di presentare una denuncia per "paura" di essere coinvolti in vicende che "non ci riguardano", perché tale atto non prevede l'anonimato<sup>1</sup>, comporta per il singolo il comporre su un atto ufficiale.

Segnali di un iniziale cambiamento si registrano nella città di Bari dopo l'inserimento nei vari quartieri di Centri familiari, luoghi collocati sul territorio dove il cittadino può confrontarsi con diverse figure professionali in grado di accogliere una segnalazione. Tutto ciò nella consapevolezza che un reale cambiamento richiede interventi capillari e costanti, che solo a lungo termine possono indurre un mutamento culturale, sino a comprendere che la segnalazione rappresenta un "obbligo morale" nei confronti dei minori che vivono in situazione di disagio.

La morte di questa piccola bambina è stato uno shock per la città di Bari, che ha messo in discussione non soltanto il sistema dei Servizi ma anche il modo di sentirsi parte di una collettività troppo spesso rassegnata a stare “*al proprio posto*”, anche quando in gioco è la tutela dei minori. La piccola Eleonora ha vissuto una esistenza al confine tra il “*visibile e l’invisibile*”, una realtà che ancora troppi bambini sono costretti a vivere.

Durante la nostra ricognizione sugli interventi e le strategie finalizzate a tutelare il mondo dell’infanzia ci siamo resi conto che uno dei grandi problemi dell’area sociale e sanitaria è la difficoltà di passare dalla progettazione alla realizzazione degli interventi. Spesso infatti, i vari passaggi burocratici e legislativi rallentano l’attuazione dei progetti.

L’analisi della legislazione esistente e delle buone prassi operative che i vari documenti propongono in ambito socio-sanitario ha permesso di individuare carenze, vuoti che hanno svolto – unitamente alle responsabilità degli autori – un triste ruolo nella storia di Eleonora; un esito fatale determinato da una molteplicità di inadeguatezze e disfunzioni nel funzionamento dei sistemi di prevenzione, da un numero ridotto di assistenti sociali alle prese con una utenza troppo grande per poterla davvero seguire, da passività assistenziale della pediatria di base; tanti fattori, tutti concatenati in un intreccio dall’esito tragico ed inimmaginabile.

Non era peraltro intenzione di chi scrive andare a caccia delle responsabilità dei singoli attori che hanno avuto ruolo in questa vicenda, anche perché responsabilità significa analisi delle singole “posizioni di garanzia”; ma anche delle responsabilità di sistema, che a volte sono maggiori della sommatoria delle singole parti. Magari proprio in chi legifera ma non sostiene economicamente le scelte di indirizzo, o di chi manca nell’attività di coordinamento ed integrazione delle forze in campo. Della responsabilità, quella penale, se ne occuperanno poi i Magistrati che hanno indagato sulla vicenda, i cui esiti giudiziari non hanno ancora avuto termine.

Il nostro lavoro ha voluto solo analizzare il tessuto e le trame organizzative che sottendono le azioni dei professionisti dell’abito socio-sanitario, nella consapevolezza che è indispensabile creare una rete di integrazione e

1 L’art. 240 del Codice di Procedura Penale, al comma 1, sancisce testualmente “*I documenti che contengono dichiarazioni anonime non possono essere acquisiti nè in alcun modo utilizzati [c.p.p. 191], salvo che costituiscano corpo del reato [c.p.p. 253, comma 2] o provengano comunque dall'imputato [c.p.p. 237]*”.

Inoltre l’art. 333 del Codice di Procedura Penale che disciplina le modalità di presentazione delle denunce da parte dei privati, al comma 3, sancisce testualmente “*Delle denunce anonime non può essere fatto alcun uso, salvo quanto disposto dall'articolo 240*”.

comunicazione continua per permettere ai singoli di assolvere ai propri doveri e obblighi professionali.

In questa prospettiva dobbiamo peraltro dire, con una nota positiva di chiusura, che l'analisi delle diverse azioni messe in atto nella realtà del comune di Bari ci ha permesso di rilevare importanti cambiamenti negli ultimi anni, probabilmente collegati al grande "scossone" emotivo che la vicenda di Eleonora ha provocato. Le politiche per i minori hanno acquisito priorità nell'azione dell'assessorato alle politiche sociali della città di Bari, lo slogan utilizzato "Raggiungere gli Irraggiungibili" racchiude in due parole l'obiettivo di porre attenzione sui bambini, a partire dalla nascita, per seguirli in tutto il percorso evolutivo. Il Piano di Zona e il Piano Cittadino sono diventati strumenti attraverso cui ripensare e riorganizzare i Servizi socio-sanitari avendo quindi come obiettivi le persone e loro bisogni. Sono stati incrementati i Servizi per raggiungere tutti i cittadini in situazione di disagio: servizio home maker, centri socio educativi diurni, ufficio di mediazione civile e penale, ecc. Queste iniziative sono state organizzate a partire dall'analisi che ha preceduto la stesura del nuovo Piano Cittadino, una rilevazione che ha permesso di evidenziare l'assoluta insufficienza di asili nido rispetto ai bisogni delle famiglie, di centri socio-educativi diurni e di centri di aggregazione per i bambini e i ragazzi.

Possiamo tranquillamente affermare che la condizione dei minori sia un buon indicatore del tipo di società in cui viviamo, il malessere che spesso oggi ci troviamo a rilevare negli occhi dei bambini è l'espressione inequivocabile delle difficoltà presenti nelle nostre famiglie e nella nostra società.

Di qui il bisogno di promuovere capacità di ascolto e di riconoscimento dei segni del disagio. La collettività si deve "allenare" ad ascoltare i messaggi dei bambini, a riconoscere gli indicatori di rischio ed a sapersi collegare alla rete dei Servizi per valutare gli interventi più opportuni da attuare. L'ascolto attento (Foti, 2001) è l'unica possibilità che gli adulti hanno a disposizione per essere di aiuto ai minori; solo sviluppando questo atteggiamento il mondo adulto potrà veramente diventare un "testimone soccorrevole" che non teme il dolore del bambino, ma se ne fa carico.

- BEHRMAN R.E., KLIEGMAN R.M., JENSON H.B. (2001): *Vademecum, Trattato di Pediatria*. Trad. it. a cura di Giovannini M. (2004), Ed. Minerva Medica, Torino.
- BRASSARD M.R., GERMAIN R., HART S.N. (1993): *La violenza psicologica contro bambini e adolescenti*. Armando Editore, Roma.
- CAFFO E., CAMERINI G.B., FLORIT G. (2002): *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*. McGraw-Hill, Milano.
- Codice di Deontologia Medica, 16 Dicembre 2006.
- Comune di Bari, Ripartizione Solidarietà Sociale Protocollo d'Intesa, Bari 6 Aprile 2006.
- Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 Novembre 1989.
- Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, Nazioni Unite, 10 Dicembre 1948.
- FORNARI U. (2005): *Trattato di Psichiatria Forense*. 3a ed., UTET, Torino.
- FOTI C. (2001): "L'ascolto dell'abuso e l'abuso dell'ascolto", *Minori Giustizia*, 2/2001.
- MACCHIARELLI L. (2005): *Medicina Legale*. 2ª Ed., Edizioni Minerva Medica, Torino.
- MONTECCHI F. (2005): *Gli abusi all'infanzia: i diversi interventi possibili*, Franco Angeli, Milano.
- MONTELEONE J.A. (1999): *Gli indicatori dell'abuso infantile*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, legge n. 451/97 regolato dal D.P.R. del 14 Maggio 2007 n. 103.
- Piano Nazionale di Azione ed Interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Commissione Parlamentare per l'Infanzia, 2002-2004.
- Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, suppl. Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 14 Aprile 2005.
- PUCCINI C. (2003): *Istituzioni di Medicina Legale*, 6ª ed., Editrice Ambrosiana, Milano.