



LINEE GUIDA PER
L'ACCOGLIENZA E L'ASSISTENZA
ALLE VITTIME DI MALTRATTAMENTI,
VIOLENZA DOMESTICA,
VIOLENZA SESSUALE,
STALKING E ABUSO



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



Progetto realizzato con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità

Progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking

Progetto P.A.R.E.S. - Protezione Antiviolenza e Rilevazione in Emergenza Sanitaria - Strumenti formativi ed organizzativi per la prima assistenza sanitaria alle vittime di violenza sessuale, domestica e stalking nell'Azienda USL di Pescara. Codice CUP B75C1200075003

LINEE GUIDA PER L'ACCOGLIENZA E L'ASSISTENZA ALLE VITTIME DI MALTRATTAMENTI, VIOLENZA DOMESTICA, VIOLENZA SESSUALE, STALKING E ABUSO

INDICE

Introduzione	pag. 5
Finalità	pag. 7
Campo di applicazione delle Linee Guida	pag. 8
L'intervento con le donne e i minori vittime di violenza	pag. 8

PARTE I

Maltrattamenti, Violenza Domestica, Violenza Sessuale e Stalking ai danni di donne

Dati e Definizioni	pag. 9
Procedure Operative: Responsabilità/Azioni	pag. 13

PARTE II

Maltrattamenti, Violenza Sessuale e Abuso ai danni di bambine/i

Dati e Definizioni	pag. 18
Procedure Operative: Responsabilità/Azioni	pag. 20

APPENDICE

Normativa di Riferimento	pag. 27
Raccomandazioni medico legali per la conservazione dei materiali	pag. 32

ELENCO SERVIZI

Elenco Enti, Servizi e Istituzioni territoriali	pag. 34
---	---------

ALLEGATI

I: Modulo Consenso al trattamento dei dati, ai prelievi ed utilizzo di esami e prove con finalità giudiziaria	pag. 40
II: Cartella Clinica (generale e specifica Esame Ginecologico)	pag. 41
III: Verbale di prelievo	pag. 48
IV: Esami di Laboratorio in caso di Abuso Sessuale (sospetto o dichiarato);	pag. 49
V: Elenco Kit Ginecologico.	pag. 51

Il documento di Linee Guida è stato sviluppato nell'ambito del progetto PARES, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità e realizzato dall'Associazione Focolare Maria Regina onlus - Centro Studi Sociali in collaborazione con la ASL di Pescara.

GRUPPO DI LAVORO:

Gianfranco Visci

Coordinatore del Gruppo, pediatra e neuropsichiatra infantile, consulente scientifico del Centro Studi Sociali

Roberta Pellegrino

Redattrice del documento, sociologa, consulente scientifico del Centro Studi Sociali

Concetta Cantera

Psicologa - Soccorritrice della Croce Rossa Italiana, Pescara

Giuliana D'Aulerio

Coordinatrice Infermieristica, UOC Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Pescara

Giuseppina De Michele

Dirigente Medico 1° livello - UOC Pediatria della ASL di Pescara

Mauro Della Guardia

Referente Progetto PARES, UOC Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Pescara

Diomira Di Berardino

Psicologo Dirigente - UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda USL Pescara

Adriana Di Giannandrea

Ispettore, Divisione Anticrimine, Questura di Pescara

Gilda Di Paolo

Dirigente Medico 1° liv - UOC Ostetricia e Ginecologia, Azienda USL Pescara

Anna Maria Iezzi

Assistente Sociale, Distretto Sanitario di Base dell'Azienda USL di Pescara

Ha collaborato il dott. **Ildo Polidoro**

Direttore UOC Medicina Legale dell'Azienda USL di Pescara

Revisione editoriale a cura di **Andrea Bollini**

Direttore Centro Studi Sociali sull'infanzia e l'adolescenza "Don Silvio De Annuntiis"



INTRODUZIONE

Il problema della violenza sulle donne e sui minori è una questione ancora oggi sottovalutata dalle istituzioni sanitarie nonostante i moniti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel I Rapporto Mondiale su violenza e Salute del 2002, lo descrive come un problema di salute pubblica mondiale, e nel 2013, pubblica le Linee Guida “*Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Who clinical and policy guidelines*”¹.

Il maltrattamento, la violenza domestica, la violenza sessuale e l'abuso comportano per le vittime numerosi danni sia in termini di integrità psico-fisica che in termini di riduzione del benessere, oltre che economici².

Rispetto alla scarsa emersione del fenomeno, i servizi sanitari, nelle varie articolazioni, detengono un ruolo centrale perché sono quelli presso cui le donne e le/i bambine/i accedono in misura prevalente.

Dal punto di vista sanitario la risposta a tale problema impone l'ampliamento dei saperi tradizionali e un'estensione dell'ottica di valutazione salute/malattia, tale da inserire in questa valutazione anche la ricerca di un'eziologia da violenza e maltrattamento. Pertanto, è indispensabile che i servizi sanitari migliorino complessivamente le capacità di ascolto dei bisogni di salute delle donne e delle/dei bambine/i, la competenza diagnostica e quella legale dell'affermazione dei diritti negati e lesi³.

Nel 1994 il National Center for Injury Prevention and Control degli Stati Uniti ha fornito un quadro complessivo degli esiti delle violenze, indicando che conseguenze fisiche più gravi possono verificarsi a seconda della gravità e della frequenza dell'abuso.

Di seguito si riportano in tabella i principali effetti sulla salute:

Effetti diretti Dolore cronico	Effetti Indiretti
<ul style="list-style-type: none">• Mal di testa• Affaticamento• Depressione• Ansia• Disturbi del sonno• Disturbi del comportamento alimentare• Ideazione/tentativo di suicidio• STD, malattie a trasmissione sessuale• Complicazioni di gravidanza• Problemi ostetrico-ginecologici• Dolore addominale cronico• Sintomi sistema nervoso e cardiaco• Trauma acuto e morte	<ul style="list-style-type: none">• Aumento dei comportamenti pregiudizievoli per la salute (alcol/droghe, dipendenze di altra natura)• Riduzione dei comportamenti di prevenzione• Inattività fisica• Comportamenti sessuali a rischio• Problemi di gestione delle condizioni di comorbilità

Il **progetto PARES** realizza, nell'**ambito dell'Azienda USL di Pescara**, un'azione di sistema per **migliorare e specializzare** le competenze del personale e le capacità operative delle **strutture di primo soccorso** nell'accoglienza, rilevazione, e assistenza delle vittime o a rischio di violenza sessuale, domestica e di stalking.

¹ *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*, WHO Press, 2103.

² A tal proposito, cfr. *Quanto Costa il Silenzio? Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne*, Intervita Onlus, Novembre 2013.

³ Cfr. Elvira Reale, *Maltrattamento e Violenza sulle donne. La risposta dei servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2011

L'ormai consolidata consapevolezza che il maltrattamento e la violenza (in tutte le sue forme) sia il più grande problema di salute pubblica mondiale (Organizzazione Mondiale della Sanità, *World report on violence and health*, 2002) e in conformità alle linee programmatiche del **Piano nazionale anti-violenza** (2010), PARES propone un **modello di intervento pilota, partecipato e condiviso** da tutti gli attori territoriali dell'area coperta dai servizi sanitari dell'Azienda USL di Pescara, che persegue i seguenti **obiettivi specifici**:

- sviluppare, nel **sistema di soccorso dell'area pescarese** (cfr. DPR 27.03.1992) composto da Pronto Soccorso, Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e centrale 118, **professionalità adeguate** (sanitarie e non) per l'assistenza alle vittime di violenza;
- organizzare, nell'ambito dei circuiti della **prima assistenza sanitaria dell'Ospedale Santo Spirito di Pescara**, due **percorsi mirati e interdisciplinari di intervento**, il primo per la rilevazione e prima assistenza sanitaria in favore delle donne vittime o presunte vittime di violenza, il secondo specializzato nella rilevazione ed assistenza dei minori vittime di violenza, basato su precisi **iter strutturati**, che definiscono fasi, tempi, modalità e strumenti per la diagnosi, la pronta assistenza sanitaria, la tutela legale e l'attivazione immediata delle risorse complementari per la presa in carico globale delle vittime;
- rafforzare il sistema locale dell'area metropolitana pescarese che afferisce al Pronto soccorso dell'Ospedale di Pescara ed alle altre strutture sanitarie di protezione delle vittime, attraverso un'**efficace follow-up degli interventi di prima assistenza**, basato su una **rete di collaborazione territoriale organizzata e qualificata** per l'assistenza medica, psico-sociale e legale (forze dell'ordine, centri anti-violenza, servizi socio-assistenziali, associazioni di volontariato) delle donne e dei minori.

Il progetto è realizzato da un **partenariato multilivello e intersettoriale**, che valorizza e integra le competenze interdisciplinari di un centro di eccellenza regionale per il trattamento delle vittime di violenza e per la formazione specialistica degli operatori socio-sanitari nella prevenzione e protezione delle vittime di violenza (**Associazione Focolare Maria Regina onlus**, che gestisce un Centro studi di rilevanza nazionale nella formazione per il contrasto alla violenza) con il ruolo organizzativo e di coordinamento territoriale e networking nel sistema di soccorso dell'**Azienda USL di Pescara**.

LE FINALITÀ

Le Linee Guida (L.G.) sono finalizzate a garantire a chi ha subito violenza, maltrattamenti e abusi il diritto di trovare immediato soccorso in un luogo dove operatori/trici sanitari competenti sappiano garantire capacità di ascolto, accoglienza e comprensione oltre a saper affrontare la visita e la raccolta delle prove.

Scopo di questo documento è governare il percorso sanitario che, a fronte dell'accesso presso il Pronto soccorso di Pescara di una donna o di una/un minore vittima di maltrattamenti, violenze e abusi, veda l'attivazione di un iter definito e condiviso, sino alla dimissione e l'attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento. In tal senso, le L.G. chiariscono che la lotta alla violenza non si attua solo con una risposta tecnica adeguata, ma deve puntare anche a costruire sinergie in rete con altre istituzioni del pubblico e del privato sociale nella consapevolezza che solo un contesto di risposte a più voci può rispondere alle molteplici esigenze delle vittime.

Il percorso salvaguarda i seguenti obiettivi:

- evitare alla donna e ai minori vittime passaggi ridondanti, inutili e dolorosi a più reparti e professionisti (garantendo quindi un setting idoneo e appropriato);
- fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso circa fasi, tempi, modalità, responsabilità, tipologie prelievi ed esami;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale repertato;
- fornire riferimenti chiari e univoci a tutti gli attori del percorso in ambito di obblighi normativi e legislativi;
- garantire al gruppo di progetto un set di discussione e riflessione relativamente alla sperimentazione avviata e alle tematiche ad essa connesse.

IL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

L'Azienda Sanitaria Locale di Pescara applica le procedure esplicitate in queste L.G., che costituiscono regole di comportamento, quando giunga all'attenzione del Pronto Soccorso di Pescara, per diretta dichiarazione o sospetta, una donna o una/un minore vittima di maltrattamenti, violenze o abusi.

L'INTERVENTO CON LE DONNE E I MINORI VITTIME DI VIOLENZA

Agli/le operatori/trici dei servizi sanitari compete un ruolo particolarmente delicato rispetto agli interventi con donne e minori vittime di violenza. In tal senso, è bene ricordare che il primo passo per attivare un qualsiasi intervento consiste nel riconoscere il tipo di violenza, le sue ripercussioni e le circostanze di vita delle donne e dei bambini/e; pertanto, si suggerisce l'opportunità di condurre la fase dell'anamnesi in co-presenza con operatori/trici dell'area psico-sociale.

Deve essere tenuto presente che l'incontro della vittima con gli/le operatori/trici del Pronto Soccorso può verificarsi sostanzialmente nelle seguenti fattispecie:

- le donne e i minori accompagnati vengono inviati al P.S. dalla Magistratura, dalle Forze dell'Ordine, dai mezzi di soccorso, oppure arrivano da sole o accompagnate con l'esplicita dichiarazione di violenza subita;
- il triage d'ingresso o la storia clinica iniziale evidenziano segni o sintomi evocativi di una violenza subita;
- possono essere presenti ripetuti e documentati (nel modulo elettronico del P.S.) accessi di una donna già segnalata per aver presentato segni e sintomi sospetti di violenza subita, ma non tali da permettere di formulare una diagnosi di evidente violenza subita.

Soprattutto nel primo e nel secondo caso dovranno essere subito coinvolti/e nell'accesso della vittima, operatori/trici dell'area psico-sociale per una accoglienza empatica e di sostegno sia nella fase dell'accoglienza che in tutto l'iter successivo.

Nel terzo caso, man mano che si consolida il sospetto della violenza subita, soprattutto se si evincono sviluppi ingravescenti, il medico segnala la donna agli/le operatori/trici dell'area psico-sociale e a quelli delle Forze dell'Ordine per le necessarie iniziative di assistenza e tutela.

PARTE I
MALTRATTAMENTI,
VIOLENZA DOMESTICA,
VIOLENZA SESSUALE E STALKING
AI DANNI DELLE DONNE
DATI E DEFINIZIONI

DEFINIZIONE E TIPOLOGIE DI VIOLENZA DI GENERE

La violenza contro le donne è un problema mondiale ancora non sufficientemente riconosciuto e denunciato, così come confermato da ricerche e studi condotti a diversi livelli e contesti nazionali ed internazionali. È un fenomeno che si sviluppa soprattutto nell'ambito dei rapporti familiari/intimi⁴ e coinvolge donne di ogni estrazione sociale, di ogni livello culturale, sia pure in forme e proporzioni differenti, provocando danni fisici e gravi conseguenze sulla salute, e alti costi socioeconomici non solo per le vittime, ma anche per le comunità in cui vivono.

Numerose Dichiarazioni, Raccomandazioni e Convenzioni internazionali convergono nel definire la violenza contro le donne in termini di: *“violazione dei diritti umani e di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata”* (ONU, 1993).

Con la Legge n.77 del 27 Giugno 2013, l'Italia ha ratificato la Convenzione sulla prevenzione e il contrasto alla violenza sulle donne e alla violenza domestica adottata ad Istanbul, dal Consiglio d'Europa nel Maggio 2011. Inoltre, con l'approvazione della Legge n.119/2013, viene arricchito il codice di nuove aggravanti e si ampliano al contempo le misure a tutela delle vittime di maltrattamenti e violenza domestica. Il testo mette, inoltre, in campo risorse per finanziare un piano d'azione antiviolenza e la rete dei centri antiviolenza e delle case-rifugio.

Coerentemente con i dati nazionali sulle donne vittime di violenza (ISTAT e Rete Nazionale dei Centri antiviolenza “D.iRE”) si può affermare che il fenomeno si manifesta significativamente in ambito domestico; infatti, nella maggior parte dei casi, l'autore della violenza è il coniuge, il convivente o un familiare consanguineo.

Le tipologie di maltrattamento riscontrate con più frequenza sono quelle relative alla violenza psicologica, fisica ed economica, mentre la violenza sessuale viene prevalentemente riferita nella forma di rapporti sessuali non consenzienti con il partner.

⁴ A tal proposito, è importante evidenziare che il termine *Intimate Partner Violence*, proposto nelle Linee Guida (WHO, 2013), si riferisce a tutte quelle forme di violenza che avvengono nell'ambito delle relazioni di intimità, in termini di ulteriore specifica rispetto alla più generale *Domestic Violence*.

LE TIPOLOGIE DELLA VIOLENZA

VIOLENZA FISICA

Ogni forma di intimidazione o azione in cui venga esercitata una violenza fisica su un'altra persona. Aggressioni fisiche che possono avvenire con contatto diretto (dare pugni, dare calci, schiaffeggiare, sputare, graffiare, mordere, afferrare, scuotere, immobilizzare, torcere, sbattere, provocare bruciature, soffocare, strangolare, lanciare oggetti, utilizzare armi) che lasciano tracce fisiche; oppure aggressioni senza contatto diretto come: avanzare minacciosamente e fare indietreggiare la vittima, anche facendola inciampare, mettere il proprio viso contro di lei ed urlarle in faccia, metterle una mano davanti al viso o fare il gesto di volerla picchiare, orientare il lancio d'oggetti scagliandoli contro la parete o contro di lei anche senza colpirla, distruggere oggetti o attaccare gli animali di casa. Aggressioni fisiche sono anche: immobilizzarla, chiuderla in una stanza, separarla dai figli, impedire l'accesso alla porta di casa, anche senza toccarla.

VIOLENZA PSICOLOGICA

Sono diversi i modi di condurre le aggressioni psicologiche attraverso le minacce e le intimidazioni, la violenza verbale, gli attacchi alla proprietà e ad oggetti legati alla vittima, gli abusi emozionali, le critiche continue e le umiliazioni, gli isolamenti, l'uso improprio dei figli, il controllo, la gelosia patologica, lo stalking.

VIOLENZA SESSUALE

Qualsiasi atto sessuale imposto, che avviene contro la volontà, che mina l'integrità sessuale di una donna, anche nel matrimonio o in una convivenza. L'abuso sessuale include qualsiasi atto sessuale⁵ indesiderato e l'essere costretti all'attività sessuale come (ma non è limitato a) toccare, baciare, accarezzare, penetrare ecc.. Essa prevede anche la possibilità di esposizioni alle malattie sessualmente trasmesse, a gravidanza forzata, l'esposizione forzata o la partecipazione a pornografia o l'induzione alla prostituzione. Esso comprende anche l'esposizione della donna a scherzi o battute a sfondo sessuale che la umiliano, oppure a false accuse di tipo sessuale.

VIOLENZA ECONOMICA

Qualsiasi ostacolo/negazione all'accesso alle risorse economiche che mini l'autonomia personale. L'abuso finanziario comprende il controllo o la limitazione dell'accesso alle risorse: esso può essere diretto alla fornitura di beni di prima necessità oppure alle spese mediche, del tempo libero per sé e per i figli. Comprende anche la disinformazione sul reddito familiare, il diniego all'accesso ai conti bancari oppure la coercizione a firmare documenti finanziari. Anche l'impedimento a cercare e/o mantenere l'occupazione, o a tenere un accesso indipendente al denaro costituiscono forme di violenza economica.

⁵ Anche rispetto alla categoria della *Sexual Violence*, le recenti Linee Guida del WHO introducono con il termine di *Sexual Assault* una sottocategoria specifica che fa riferimento all'uso della forza fisica o di altra natura al fine della penetrazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/AZIONI (Parte I)

ELENCO ATTIVITÀ PREVISTE

- 1. ACCOGLIENZA**
(1a trasporto della vittima)
- 2. ANAMNESI CON STORIA CLINICA**
(2a Apertura Cartella Clinica)
- 3. ESAME OBIETTIVO COMPLETO**
(3a consenso, 3b raccolta campioni, 3c trattamento lesioni)
- 4. RICHIESTA DI CONSULENZE SPECIALISTICHE**
(4a violenza sessuale, 4b altri reparti)
- 5. CERTIFICAZIONE/REFERTO**
(5a certificato, 5b Referto/Autorità Giudiziaria)
- 6. RICOVERO o DIMISSIONI**
(6a ricovero sociale/di protezione, 6b - dimissioni)
- 7. ATTIVAZIONE RETE ANTIVIOLENZA**

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESPON- SABILITÀ ATTIVITÀ	Infermiere P.s.	Medico P.S. (e/o Medico P.S. dedicato)	U.O. Reparto	Assistente Sociale/ Psicologo	118	Medico Legale	Forze dell'Ordine	Strumenti di Registrazione
1. ACCOGLIENZA Prima accoglienza della donna e valu- tazione del triage	R							Attribuzione codice specifico
1a. Trasporto della donna vittima di violenza al P.S.					R		R	
2. ANAMNESI CON STORIA CLINICA		R		C				
2a. Apertura Cartella		R						Allegato I, II
3. ESAME OBIET- TIVO COMPLETO		R						
3a. Consenso (mo- duli esami e foto)		R				C		Allegato I
3b. Raccolta Campioni		R				C		Allegato III
3c. Trattamento lesioni	R	R						
4. RICHIESTA CONSULENZE SPECIALISTICHE		R						
4a. violenza ses- suale donna			R			C		Allegato II, III, IV, V
4b. altri reparti			R			C		Allegato IV
5. CERTIFICA- ZIONE/REFERTO		R	R					
5a. certificato con esiti		R						
5b. Referto		R		C		C	C	
6. RICOVERO/ DIMISSIONI		R						
6a. Ricovero so- ciale di protezione		R		R				
6b. Dimissioni		C		R				
7. ATTIVAZIONE RETE				R				
7a. Percorso		C		R				

LEGENDA: R = Responsabile; C = Collaboratore / coinvolto

1. ACCOGLIENZA

A fronte di un accesso di una donna che ha subito violenza/maltrattamento fisico, sia in caso di accesso diretto (la donna può giungervi da sola, accompagnata da altre persone) o da accesso attraverso 118 o dalle forze dell'ordine, l'infermiere addetto al triage effettua una prima valutazione e attribuisce il codice triage (codice specifico interno).

Al momento dell'arrivo al P.S. gli operatori del 118 e/o delle Forze dell'Ordine (1a) segnalano all'infermiere quanto emerso durante il trasporto e mantengono traccia del contesto in cui è stata prelevata la vittima nel certificato di P.S..

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELL'ACCOGLIENZA

L'accoglienza è il momento più delicato della relazione tra la donna e le/gli operatrici/tori sanitari, e avrà conseguenze sul percorso dell'assistenza della vittima e sui successivi provvedimenti; pertanto l'infermiere dovrà fare particolare attenzione alla riservatezza, alla privacy e alla dignità della donna. Si raccomanda:

- presenza di materiale illustrativo sulla violenza alle donne (manifesto, card servizi) in sala d'attesa;
- riservatezza e disponibilità all'ascolto al bancone del triage;
- accompagnamento, preferibilmente eseguito da un'infermiera, della donna in un luogo riservato (ovvero saletta SVS).

2. ANAMNESI CON STORIA CLINICA

La donna viene accompagnata, preferibilmente da un'infermiera donna che rimarrà anche durante le fasi successive, presso la saletta SVS allestita, ove troverà il medico del P.S. (eventualmente medico dedicato). Sin dalla fase dell'anamnesi, si ritiene opportuna la presenza di un/a operatore/trice di area psico-sociale; nel caso la donna richieda riservatezza durante il colloquio, si consiglia di aderire alla stessa richiesta, dando priorità all'accoglienza con l'operatore/trice di area psico-sociale.

La donna deve sempre essere informata di come si intende procedere e deve fornire il proprio consenso ai trattamenti proposti (**Allegato I**). Pertanto, è importante focalizzare questa prima fase della visita non solo su ciò che è significativo dal punto di vista medico (tenere presente che la donna può anche rifiutarsi); in tal senso è fondamentale che tutti gli/le operatori/trici siano empatici e sappiano esprimere disponibilità e protezione. Di tutti gli aspetti emersi durante i colloqui dovrà restare traccia nella cartella clinica.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELL'ANAMNESI CON STORIA CLINICA

- Presentarsi e presentare il servizio utilizzando una comunicazione calma e non frettolosa (tenere in considerazione che la visita nell'urgenza può durare mediamente più di 2 ore);
- anticipare alla donna quali saranno i momenti e gli interventi, spiegando ciò che si fa nel momento in cui viene fatto (ciò anche per restituire da un punto di vista simbolico, psicologico ed emotivo, il controllo di quanto succede);
- accertare se la donna è in stato di gravidanza o potrebbe esserlo;
- richiedere il consenso per gli interventi che saranno effettuati (il rifiuto della donna può consentirle di porre quei limiti che la violenza ha annullato) utilizzando **l'Allegato I** (riportandolo nelle Note dello stesso Allegato);
- raccogliere informazioni sulla violenza subito ponendo domande "dirette" sull'accaduto (2a apertura cartella clinica - **Allegato II**);
- effettuare sempre l'anamnesi remota (malattie pregresse, terapie in atto, allergie);
- riguardo alla violenza farsi riferire (data, ora e luogo della violenza, numero degli autori, se c'è stato uso della forza, se c'è stata penetrazione di tipo vaginale, rettale, orale, tipo di rapporto con l'autore);
- raccogliere le informazioni relative alla denuncia da parte della donna e fornire informazioni chiare rispetto al proprio ruolo (il professionista è tenuto al segreto, ma ha anche degli obblighi di legge circa la denuncia).

IMPORTANTE: quando a seguito della storia clinica si raccolgono indicazioni probanti per distinguere violenza fisica e maltrattamenti da una violenza sessuale, occorre subito orientarsi verso un percorso definito presso l'ambiente dedicato del Pronto Soccorso (dove vanno raccolti tutti gli elementi clinici ed i materiali più oltre descritti nel caso della violenza fisica) e l'accompagnamento successivo presso l'ambiente dedicato della Ginecologia, in caso di violenza sessuale. È infatti fondamentale che la donna che ha subito violenza sessuale possa essere visitata in un unico ambiente dove, in un unico tempo, potrà essere sottoposta ad esame clinico completo, a visita ginecologica e alla raccolta dei materiali e dei campioni biologici più oltre descritti.

3. ESAME OBIETTIVO COMPLETO

Il compito del medico di P.S. non è quello di stabilire se la paziente ha subito o meno violenza, ma di documentare le lesioni evidenziate con l'esame obiettivo che deve essere il più dettagliato possibile, procedendo in modo razionale dalla testa ai piedi (ricoprendo di volta in volta le parti scoperte) e riportando ogni minimo segno o lesione riscontrati, sempre previo consenso (3a - **Allegato I**).

Nella fase della diagnosi è di prioritaria importanza la esatta descrizione della sede, del numero e delle lesioni eventualmente riscontrate, in quanto l'accurata documentazione, possibilmente fotografica, costituisce un valido aiuto per le eventuali successive indagini giudiziarie.

È comunque di fondamentale importanza che la diagnosi non sia influenzata da pregiudizi (condizioni sociali, sanitarie e psicologiche della vittima: soggetti emarginati, disabili psichici o fisici, stati di dipendenza da sostanze).

Nella formulazione della diagnosi, che dovrà avere i caratteri della sintesi, devono essere sostanzialmente distinti tra loro:

- i segni clinici obiettivi e strumentali rilevati in corso di esame medico;
- eventuali sintomi psichici della vittima al momento dell'esame clinico;
- eventuali condizioni sanitarie pregresse/concomitanti conosciute dal medico;
- i sintomi soggettivi riferiti dalla vittima.

Ogni considerazione relativa alla compatibilità/verosimiglianza delle lesioni rilevate con i fatti in accertamento non deve essere riportata nella diagnosi ma rinviata alla refertazione da inviare alla Autorità Giudiziaria.

Non è compito del medico accertare o ratificare la veridicità dei fatti o degli elementi anamnestici peculiari narrati dalla vittima. Nella formulazione della diagnosi bisogna sempre tenere presente che gli elementi clinici rilevati e riportati nella conclusione diagnostica in sede di pronto soccorso ovvero di degenza ospedaliera acquistano rilievo giudiziario solo nel momento in cui i fatti ritenuti illeciti siano stati provati in una sede giudiziaria.

Durante questa fase si procede, quindi, alla raccolta della documentazione fotografica/iconografica, si effettua la raccolta dei materiali quali indumenti e materiali biologici (3b) e si trattano le lesioni che richiedono un intervento immediato (3c). Per tutte queste procedure e per la necessaria collaborazione con tutti gli altri operatori coinvolti, sin **dall'inizio di questa fase va contattato il Servizio di Medicina Legale**.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELL' ESAME COMPLETO

In questa fase, bisogna rilevare le eventuali lesioni traumatiche quali escoriazioni, contusioni, graffi, morsi, bruciature, ematomi, fratture, avulsioni dentali, descrivendo la localizzazione, il colore, la forma, la dimensione, l'aspetto dei margini (presenza di fenomeni riparativi) delle lesioni utilizzando l'apposito schema corporeo in caso non sia possibile procedere alla documentazione fotografica (**Allegato I**).

È importante riportare:

- tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- precedenti visite presso altri operatori sanitari;
- pulizia delle zone lesionate o penetrate;
- cambio slip o altri indumenti;
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale;
- assunzione di farmaci (previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione, per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore).

Inoltre, è importante, con la presenza del medico legale, prelevare e conservare ogni materiale esterno, significativo o ritenuto tale, trovato sulla cute, tra le dita, etc., raccogliendolo negli appositi contenitori. Sui contenitori va indicato: nome e cognome della vittima, la data del prelievo, la sede del prelievo, i testimoni presenti e il nome del prelevatore. I materiali vanno consegnati al Servizio di Medicina Legale. (cfr. **Allegato III**).

Si raccomanda di fare attenzione alla delicata fase di raccolta dei campioni, sia indumenti che materiali biologici (3b), ovvero durante l'espletazione dei seguenti compiti:

- far spogliare la donna e poggiare tutti gli indumenti su un telo: indumenti intimi, vestiti (se macchiati), ponendoli in sacchetti di cotone e non di materiale plastico;
- con una garza di drenaggio bagnata prelevare tracce di sperma sulla superficie del corpo, metterla in una provetta sigillata ed etichettata (se dichiara o si sospetta violenza sessuale);
- raccogliere i frammenti di pulitura delle unghie per la ricerca di cute dell'aggressore, pettinare i peli del pube, per la ricerca di peli dell'aggressore (se dichiara o si sospetta violenza sessuale).

NOTA METODOLOGICA

Per la ricerca del materiale genetico è importante considerare che, in base al tempo trascorso dalla violenza (al massimo entro 7 - 10 gg) e tenendo conto del racconto della donna, possono essere effettuati tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genetico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, vagina, canale cervicale, retto, cavo orale. Per ogni sede vanno effettuati 2 tamponi, il primo dei quali va strisciato su un vetrino da fissare poi con un normale fissativo spray e lasciato asciugare. La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1- 3 gg (retto e genitali esterni) fino a 7 - 10 gg (cervice).

In base al racconto della donna, tracce biologiche dell'aggressore possono essere ricercate sulla cute (tampone sterile bagnato con fisiologica sterile e tampone asciutto) o sotto le unghie della vittima (che vanno in questo caso tagliate e conservate).

Tutti i campioni vanno conservati negli appositi contenitori sigillati ed etichettati (se possibile, due contenitori per ogni campione: uno da consegnare al Medico Legale e uno da conservare nel luogo e con le modalità definite). Gli indumenti vanno conservati in buste di carta.

4. INVIO AGLI SPECIALISTI

4a.

Visita Ginecologica (violenza sessuale donna)

La visita va effettuata presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia in un ambiente dedicato.

In caso di sospetta o dichiarata violenza sessuale approfondire lo stato di salute della donna con la visita ginecologica nel corso della quale va effettuato un esame obiettivo perineale (esame vulvo vaginale, esplorazione vaginale, esame del canale vaginale e collo dell'utero, esame anale ed esplorazione rettale). Frequentemente i segni genitali sono di modesta entità e di dubbia interpretazione; pertanto, l'uso del colposcopio aumenta la visibilità di lesioni di modesta entità; raramente l'esame ispettivo permette di evidenziare segni di certezza di una avvenuta violenza sessuale (l'assenza di lesioni genitali ed extragenitali non esclude comunque una violenza sessuale). Va segnalata la presenza di lesioni traumatico-contusive recenti (arrossamento, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento, altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo ed ano - vedi **Allegato II** - corrispondente disegno anatomico generale e genitale).

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLA VISITA GINECOLOGICA

È bene eseguire, coerentemente con i dati anamnestici e circostanziali, i seguenti esami:

- vetrino a fresco per ricerca di spermatozoi;
- prelievo con spatola dall'endocervice vaginale;
- lavaggio vaginale;
- prelievo dalla cavità orale e dall'ano mediante sonda umidificata;
- allestimento di una batteria completa di tamponi vaginali e cervicali per la ricerca microbiologica e l'eventuale profilassi antibiotica per *Chlamidia trachomatis*, *Gonococco*, *Treponema* e *Trichomonas vaginalis*;
- eventuale test di gravidanza e contraccezione d'emergenza (previa informativa alla paziente sulla possibilità di gravidanza indesiderata e sui possibili interventi);

Procedere ad eventuale denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria, se procedibile d'ufficio (cfr. normativa in Appendice), avvalendosi della consulenza del medico legale reperibile.

In questa fase è importante, procedere, dopo la visita, alla cura dei traumi fisici, alla prevenzione delle infezioni. Come è stato detto precedentemente, in questa fase è opportuna la presenza del medico legale che potrà assistere alla visita e trattare i prelievi di interesse “forense” archiviando la documentazione con una copia degli esiti delle consulenze e della cartella clinica.

4b.

ATTIVAZIONE ALTRE CONSULENZE

In conseguenza del racconto della donna e dei segni e sintomi riscontrati durante le precedenti visite potrebbe ravvisarsi la necessità di attivare altre consulenze.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLE CONSULENZE SPECIALISTICHE

- Consulenza infettivologica immediata nel corso della giornata (per valutazione di stato infettivologica HBV, HCV, HIV e eventuale profilassi e follow-up gratuito);
- consulenza psicologica e/o psichiatrica (se richiesto dalla paziente o se resa necessaria vista la sintomatologia presentata).

5. CERTIFICAZIONE/REFERTO

Il Certificato va sempre compilato tenendo in considerazione l'intero iter seguito dalla donna (5a). Una copia del certificato verrà sempre consegnata all'interessata. In caso di reato procedibile d'ufficio (cfr. appendice), il medico ha l'obbligo di redigere il referto (5b) da inviare, senza ritardo, alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato o Carabinieri). La copia del referto va conservata nell'apposito registro. Nel caso in cui l'assistenza sia stata prestata da più professionisti, tutti hanno l'obbligo di segnalazione e la comunicazione può essere inoltrata a firma congiunta.

La certificazione deve esporre gli elementi essenziali del fatto (evitare considerazioni e/o deduzioni di carattere personale che non abbiano valenza di oggettivo riscontro); pertanto è importante riportare:

- il giorno della visita medica;
- le fonti di prova già note, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione del fatto;
- da chi è stata richiesta la visita medica e le motivazioni;
- il personale sanitario che ha effettuato la visita medica e chi era presente, indicando di ciascuno di essi la qualifica professionale;
- se la vittima, dopo l'aggressione e prima di giungere al Pronto Soccorso, si sia lavata (docce, irrigazioni vaginali, pulitura denti) o se ha cambiato abiti o biancheria;
- descrizione delle lesioni rilevate (sede, forma, dimensioni, caratteristiche, margini, estremità e fondo) tenendo sempre presente che tale descrizione costituisce fonte di prova;
- l'indicazione di eventuali rilievi fotografici;
- i mezzi con i quali esse sono state presumibilmente determinate e gli effetti che hanno causato o possono causare;
- la diagnosi conclusiva e prognosi.

6. RICOVERO O DIMISSIONI

Avendo a disposizione i risultati degli esami espletati (compresi gli esiti delle consulenze specialistiche, gli approfondimenti diagnostici per immagini, etc.) il medico del P.S. provvederà all'analisi di tali esiti e alla decisione di dimissione o ricovero della donna. Qualora la donna giunga al P.S. in fascia notturna e presenti un forte disagio (assenza di un supporto esterno), necessità di una/un accompagnatrice/ore, esista il rischio di reiterazione del reato subito, il medico di P.S. potrà valutare se trattenerla in ospedale sino al mattino seguente quando verrà presa in carico dal Servizio Sociale ospedaliero. Nel caso il medico decida per una dimissione, provvederà ad informare la donna sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up gratuito, etc.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DEL RICOVERO O DELLE DIMISSIONI

Il ricovero (6a) è necessario quando la violenza ha causato lesioni gravi e quando non esistono parenti e amici che possano sostenere e ospitare la vittima o quando si temano ulteriori aggressioni alla donna (c.d. ricovero sociale).

- Si può valutare il ricovero in Ostetricia e Ginecologia se la donna è in stato di gravidanza e sussistono rischi al suo rientro in famiglia, con successiva attivazione delle Associazioni di volontariato collegate con il Pronto Soccorso per l'accoglienza e l'ospitalità delle vittime;
- valutare la necessità di un ricovero nell'OBI (Osservazione Breve Intensiva) nel caso la donna non sia in stato di gravidanza, con attivazione immediata delle strutture di accoglienza collegate con il P.S..

Nel caso di dimissioni (6b) occorre tenere presente che una donna vittima di violenza, pur non avendo riportato conseguenze fisiche significative, si trova in una situazione di particolare fragilità psicologica. In tal caso occorre valutare (sulla base di alcuni indicatori di rischio) i pericoli di un eventuale rientro a casa per sé e per i figli (se presenti). A tal proposito, è necessario procedere alle dimissioni alla presenza di un assistente sociale per indirizzare la donna ai servizi sociali territoriali, al centro antiviolenza, ai Consultori o alle altre risorse della Rete Antiviolenza cittadina.

7. ATTIVAZIONE PERCORSO

Dopo la presa in carico sanitaria è importante attivare un percorso di supporto e di accompagnamento in uscita concordato con la donna. Questo passaggio va proposto alla donna dall'assistente sociale del Servizio Sociale Ospedaliero.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DI ATTIVAZIONE DELLA RETE ANTIVIOLENZA

- Informativa presso le strutture ospedaliere e di pronto soccorso dei servizi esistenti a supporto delle vittime di violenza (cfr. elenco Servizi in Appendice);
- intervento di sostegno psicologico e sociale da parte degli operatori sociali per attivare un percorso di uscita;
- informativa alla donna rispetto il Centro Antiviolenza più vicino;
- informativa sulla composizione della famiglia e sulla necessità di attivare uno scenario di protezione.

PARTE II

MALTRATTAMENTI, VIOLENZA SESSUALE E ABUSO AI/LE BAMBINI/E PREPUBERI

DATI E DEFINIZIONI

DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

In Italia, soltanto nell'ultimo decennio il problema dell'abuso sessuale, fisico, psicologico, in danno dei minori è uscito dalla cerchia ristretta degli "addetti ai lavori" ed è diventato un problema importante che investe in primo luogo la salute, le conseguenze sullo sviluppo mentale e psicologico delle vittime e poi l'intera rete istituzionale volta alla prevenzione e alla repressione del fenomeno⁶.

Una recente indagine Cismai - Terre des Hommes stima che in Italia sono circa 100.000 i bambini maltrattati, con un'incidenza dello 0,98% sull'intera popolazione minorile. Del resto, anche i mezzi di informazione registrano quasi quotidianamente segnalazioni e denunce concernenti l'abuso commesso da familiari, conoscenti ed estranei. Il P.S. può essere un importante presidio per la rilevazione, in particolare sia dell'**abuso sessuale** che dell'**abuso fisico** in danno dei bambini.

All'inizio di questo percorso diagnostico e assistenziale, va doverosamente ricordato che l'abuso sessuale nella sua espressione traumatica è molto raro da riscontrarsi, mentre sono molto più frequenti espressioni di abuso che implicano il coinvolgimento di minori in attività sessuali da parte di adulti; questo ha portato l'Accademia Americana di Pediatria (1999) a formulare questa definizione: *"Si parla di abuso sessuale quando un bambino/a è coinvolto/a in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali. Le attività sessuali possono includere tutte le forme di contatto oro - genitale, genitale o anale con il minore, o abusi senza il contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyerismo il coinvolgimento del bambino/a nella produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso sessuale meno intrusivo."*

Conseguentemente, anche i sintomi comportamentali che il/la bambino/a manifesterà saranno diversi: dalle difficoltà di apprendimento, all'aggressività incontrollata, dall'isolamento a comportamenti sessualizzati, ecc.. Infatti, va sempre considerato che il/la bambino/a usa i comportamenti, più delle parole, per chiedere aiuto e per raccontare il suo malessere e spesso individua persone vicine per "confidare" e comunicare il disagio in cui vive.

Questa definizione deve indurre quanti svolgono attività sanitarie, che li portano ad incontrare e ad assistere minori con sintomi e segni potenzialmente riconducibili ad un abuso sessuale nei termini della definizione sopra riportata, a compiere con attenzione e professionalità tutti i rilievi indicati anche in queste linee - guida, evitando di giungere rapidamente a conclusioni del tipo: "L'esame obiettivo consente di escludere un abuso sessuale!", giacché una relazione di questo tipo non permetterà in altri tempi e con altre indagini di riconoscere l'abuso, di proteggere il/la minore e di perseguire il colpevole.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/AZIONI (Parte II)

ELENCO ATTIVITÀ PREVISTE

1. **ACCOGLIENZA** (1a - Trasporto della vittima)
2. **ANAMNESI CON STORIA CLINICA** (2a - Cartella Clinica)
3. **ESAME OBIETTIVO COMPLETO** (3a - consenso esami e foto, 3b raccolta campioni, 3c trattamento lesioni)
4. **RICHIESTA DI CONSULENZE SPECIALISTICHE** (4a - violenza sessuale, 4b altri reparti)
5. **CERTIFICAZIONE/REFERTO** (5a - certificato, 5b - Referto/Autorità Giudiziaria)
6. **RICOVERO o DIMISSIONI** (6a - ricovero sociale/di protezione, 6b - dimissioni)
7. **ATTIVAZIONE** Servizi territoriali

⁶ Solo nel 1 Ottobre 2012 con la Legge n.172, l'Italia ratifica e rende esecutiva la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale che comporta anche norme di adeguamento dell'ordinamento interno (Convenzione di Lanzarote).

RESPON- SABILITÀ	Infermiere P.s.	Medico P.S. (e/o Medico P.S. dedicato)	Pediatra	Assistente Sociale/ Psicologo	118	Medico Legale	Forze dell'Ordine	Strumenti di Registrazione
1. ACCOGLIENZA Prima accoglienza del minore	R							Attribuzione codice specifico
					R		R	
2. ANAMNESI CON STORIA CLINICA		R		C				
		R		C				Allegato I, II
3. ESAME OBIET- TIVO COMPLETO		R						
		R				C		Allegato I
		R				C		Allegato III, IV
	R	R						
4. RICHIESTA CONSULENZE SPECIALISTICHE		R						
			R			C		Allegato II, III, IV, V
			R			C		
5. CERTIFICA- ZIONE/REFERTO		R	R					
		R						
		R				C		
6. RICOVERO/ DIMISSIONI			R					
		R	R	R				
		C		R				
7. ATTIVAZIONE RETE				R				
		C		R				

LEGENDA: R = Responsabile; C = Collaboratore / coinvolto

PROCEDURE OPERATIVE RESPONSABILITÀ/AZIONI

1. ACCOGLIENZA

A fronte di un accesso di un/a bambino/a che ha subito violenza/maltrattamento fisico e/o abuso sessuale, sia in caso di accesso diretto (il minore può essere accompagnato da chi ne ha la tutela o da altre persone) o da accesso attraverso 118 o dalle forze dell'ordine, l'infermiere addetto al triage effettua una prima valutazione e attribuisce il codice triage (codice specifico interno).

Al momento dell'arrivo al P.S. gli operatori del 118 e/o delle Forze dell'Ordine (1a) segnalano all'infermiere quanto emerso durante il trasporto e mantengono traccia del contesto in cui è stata prelevata la vittima.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELL'ACCOGLIENZA

L'accoglienza è il momento più delicato della relazione tra il/la bambino/a e gli operatori sanitari, e avrà conseguenze sul successivo atteggiamento di fiducia, pertanto è necessario che sia un medico/pediatra preparato ad attivare un primo intervento.

La visita a un/a bambino/a può essere effettuata solo con il consenso di chi ne ha la tutela o, alternativamente, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria. Nei casi in cui non è possibile programmare la visita nei tempi e con le modalità più congrue per il/la bambino/a, ma è necessario procedere nell'immediato, si raccomanda:

- la cura del contesto per evitare di determinare un trauma nel/la bambino/a, aumentandone l'ansia e rendendo più difficile la sua collaborazione;
- la presenza di una persona adulta accanto al/la bambino/a (cercando di comprendere se tale presenza tranquillizzi o limiti la possibilità di racconto spontaneo).

2. ANAMNESI CON STORIA CLINICA

La raccolta anamnestica deve costituire la guida per il successivo esame clinico. In ogni caso è necessario correlare sempre i dati clinici con quelli anamnestici per valutarne la congruenza e, in caso di incongruenza, programmare approfondimenti ulteriori. È bene ricordare che la valutazione medica è solo una parte di un più articolato percorso diagnostico che implica interventi multidisciplinari. Sin dalla fase dell'anamnesi, si ritiene opportuna la presenza di un/a operatore/trice di area psico-sociale. Pertanto, è importante focalizzare questa prima fase della visita non solo su ciò che è importante dal punto di vista medico, in tal senso è fondamentale che gli/le operatori/trici siano empatici e sappiano esprimere disponibilità e protezione. Di tutti gli aspetti emersi durante i colloqui dovrà restare traccia nella cartella clinica.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLA STORIA CLINICA

- Il racconto va raccolto dall'adulto che accompagna il/la bambino/a, avendo l'accortezza di non fargli/le sentire il racconto riferito dall'adulto;
- al/la minore non vanno poste domande dirette sull'accaduto; piuttosto, va raccolto l'eventuale racconto spontaneo del/la bambino/a riportando fedelmente le sue parole (anche nel caso sia l'adulto a riportare il racconto del/la bambino/a, è opportuno farsi riferire la terminologia usata dal/la minore);
- evitare che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del/la bambino/a;
- ridurre quanto più possibile la necessità che il bambino ripeta il racconto;
- valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate (2a apertura Cartella clinica - allegato II);
- effettuare sempre l'anamnesi remota (non solo malattie pregresse, terapie in atto e allergie ma fare particolare attenzione ai precedenti che riguardano non solo i traumi o gli interventi chirurgici in area genitale, ma anche la presenza di infezioni o infiammazioni locali, l'igiene anogenitale, la presenza di enuresi, encopresi, le caratteristiche dell'alvo...);
- raccogliere le informazioni relative alla denuncia (il professionista ha anche degli obblighi di legge circa la denuncia).

3. ESAME OBIETTIVO COMPLETO

Il compito del medico dedicato/pediatra di P.S. è quello di evidenziare e registrare segni di lesività da causa esterna e violenta. La descrizione di queste lesioni deve essere particolarmente attenta e completa. Pertanto, l'esame obiettivo del/lla minore deve essere il più dettagliato possibile, procedendo in modo razionale dalla testa ai piedi (ricoprendo di volta in volta le parti scoperte) e riportando ogni minimo segno o lesione riscontrati (sempre previo consenso (3a - **Allegato I**)).

Nella fase della diagnosi è di prioritaria importanza la esatta descrizione della sede, del numero e delle lesioni eventualmente riscontrate, in quanto l'accurata documentazione, meglio se fotografica, costituisce un valido aiuto per le successive indagini giudiziarie.

È comunque di fondamentale importanza che la diagnosi non sia influenzata da pregiudizi (condizioni sociali, sanitarie e psicologiche della vittima: soggetti emarginati, disabili psichici o fisici, stati di dipendenza da sostanze).

Nella formulazione della diagnosi, che dovrà avere i caratteri della sintesi, devono essere sostanzialmente distinti tra loro:

- i segni clinici obiettivi e strumentali rilevati in corso di esame medico;
- eventuali sintomi psichici della vittima al momento dell'esame clinico;
- eventuali condizioni sanitarie pregresse/concomitanti conosciute dal medico;
- i sintomi soggettivi riferiti dalla vittima.

Ogni considerazione relativa alla compatibilità/verosimiglianza delle lesioni rilevate con i fatti in accertamento non deve essere riportata nella diagnosi ma rinviata alla refertazione da inviare alla Autorità Giudiziaria.

Non è compito del medico/pediatra accertare o ratificare la veridicità dei fatti o degli elementi anamnestici peculiari narrati dalla vittima. Nella formulazione della diagnosi bisogna sempre tenere presente che gli elementi clinici rilevati e riportati nella conclusione diagnostica in sede di pronto soccorso ovvero degenza ospedaliera acquistano rilievo giudiziario solo nel momento in cui i fatti ritenuti illeciti siano stati provati in una sede giudiziaria.

Durante questa fase si procede, quindi, alla raccolta della documentazione fotografica/iconografica, si effettua la raccolta dei materiali quali indumenti e materiali biologici (3b) e si trattano le lesioni che richiedono un intervento immediato (3c). Per tutte queste procedure e per la necessaria collaborazione con tutti gli altri operatori coinvolti, sin **dall'inizio di questa fase va contattato il Servizio di Medicina Legale.**

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELL' ESAME OBIETTIVO COMPLETO

È importante procedere organizzando possibilmente nello stesso ambiente e nello stesso tempo sia l'esame obiettivo completo che la specifica valutazione dell'apparato ano - genitale.

In questa fase bisogna rilevare le eventuali lesioni traumatiche quali escoriazioni, contusioni, graffi, morsi, bruciate, ematomi, fratture, avulsioni dentali, descrivendo la localizzazione, il colore, la forma, la dimensione, aspetto dei margini e l'età delle lesioni (presenza di fenomeni riparativi), utilizzando l'apposito schema corporeo in caso non sia possibile procedere alla documentazione fotografica (firmare apposito consenso - **Allegato I**)

È importante evitare di formulare valutazioni, ma fare attenzione nel riportare:

- la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene);
- registrare peso, altezza (centili di crescita) e stadiazione di Tanner;
- osservare l'atteggiamento del/lla bambino/a (stato emotivo, livello di cooperazione e risposte comportamentali) durante la visita anche al fine di adattare la conduzione della stessa. Nella relazione devono essere descritti i comportamenti del bambino/a (piange, si rifiuta, è molto tranquillo/a...), evitando ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo;
- tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- precedenti visite presso altri operatori sanitari;
- pulizia delle zone lesionate o penetrate;
- cambio slip o altri indumenti;
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale;
- assunzione di farmaci.

Inoltre, è importante, alla presenza del medico legale, prelevare e conservare ogni materiale esterno, significativo o ritenuto tale, trovato sulla cute, tra le dita, etc., raccogliendolo negli appositi contenitori. Sui contenitori va indicato: nome e cognome della vittima, la data del prelievo, la sede del prelievo, i testimoni presenti e il nome del prelevatore. I materiali vanno consegnati al Servizio di Medicina Legale (Cfr. **Allegato III**).

Si raccomanda di fare attenzione alla delicata fase di raccolta dei campioni, sia indumenti che materiale biologico (3b), ovvero durante l'espletazione dei seguenti compiti:

- far spogliare il/la bambino/a e poggiare tutti gli indumenti su un telo: indumenti intimi, vestiti (se macchiati), ponendoli in sacchetti di cotone e non di materiale plastico;
- con una garza di drenaggio bagnata prelevare tracce di sperma sulla superficie del corpo, metterla in una provetta sigillata ed etichettata (se dichiara o si sospetta violenza sessuale);
- raccogliere i frammenti di pulitura delle unghie, per la ricerca di cute dell'aggressore; pettinare i peli del pube, per la ricerca di peli dell'aggressore (sempre se dichiara o si sospetta violenza sessuale).

Tutti i campioni vanno conservati negli appositi contenitori sigillati ed etichettati (se possibile, due contenitori per ogni campione: uno da consegnare al Medico Legale e uno da conservare nel luogo e con le modalità definite). Gli indumenti vanno riposti in buste di carta.

4. INVIO AGLI SPECIALISTI

4a.

Visita Ginecologica (violenza sessuale minori)

La visita va effettuata d'intesa con il consulente ginecologo, possibilmente presso il reparto di PEDIATRIA, in un ambiente dedicato.

In caso di sospetta o dichiarata violenza e/o abuso sessuale approfondire lo stato di salute del/lla bambino/a con la visita ginecologica in cui vanno esaminati: l'area genitale - perigenitale (grandi e piccole labbra, clitoride), il vestibolo (uretra, area periuretrale), l'imene, l'ostio imenale (vagina distale), la fossa navicolare, la forchetta posteriore, l'area anale e perianale.

In alcuni casi potrebbe essere utile l'uso del colposcopio, che permette di ingrandire l'area anatomica osservata, di effettuare misurazioni (con il reticolo oculare) e di registrare ciò che si vede (foto, videocolposcopia). La posizione della bambina durante la visita (supina, in decubito dorsale, a rana "frog-leg", litotomica o prona "kneechest") e la tecnica usata per l'ispezione (separazione e/o trazione delle grandi labbra) vanno sempre indicate perché la morfologia delle strutture vulvari cambia a seconda di esse. L'anatomia genitale normale è anche influenzata dalle fasi di sviluppo del soggetto esaminato. In particolare varia la morfologia imenale, in concomitanza con il declino estrogenico nel primo anno di vita e alla maturazione puberale, successivamente. Sono varianti anatomiche normali l'imene puntiforme, a risvolto di manica, cribroso, semilunare, settato, fimbriato, anulare, a tasca. Il diametro dell'ostio imenale aumenta con l'età e cambia con la tecnica di visita usata: la sua misurazione è stata infatti praticamente abbandonata.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLA VISITA GINECOLOGICA (tecnica d'esame ed esami)

Nel caso dell'ispezione anale si raccomanda di:

- separare i glutei utilizzando i palmi delle mani;
- non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e indicare, nella relazione, la durata della manovra;
- evitare l'esplorazione rettale perché non fornisce elementi utili alla definizione della diagnosi a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni cœano-rettali che necessitino di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare).

Nel caso dell'ispezione dei genitali femminili, al fine di favorire una migliore visualizzazione della morfologia dell'imene e dei suoi margini, dell'uretra e del vestibolo, si raccomanda di:

- separare delicatamente le grandi labbra (separazione labiale);
- effettuare la trazione labiale tenendo le grandi labbra tra il pollice e l'indice e delicatamente tirarle esternamente e leggermente in avanti (trazione labiale).

Nell'esame delle bambine, anche se prossime alla pubertà, si raccomanda di:

- evitare l'utilizzo di speculum per l'ispezione della vagina, a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali che necessitino di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare);
- evitare l'uso indiscriminato di tamponi e cateteri di Foley per meglio visualizzare l'imene (si ricorda infatti che l'imene è molto sensibile e si può facilmente provocare dolore).

Lo screening per le malattie sessualmente trasmesse nei prepuberi va effettuato solo nei casi in cui sia indicato (in base al tipo di contatto sessuale, al tempo trascorso, alla eventuale presenza di segni o sintomi o alla presenza di familiari o di sospetti abusanti sconosciuti o affetti da MST).

Le seguenti infezioni confermano contatto con secrezioni genitali infette, contatto molto probabilmente di natura sessuale:

- coltura positiva per gonorrea da tamponi genitali, anali, faringei in un bambino oltre l'età neonatale;
- diagnosi certa di sifilide, se può essere esclusa la trasmissione perinatale;
- infezione da trichomonas vaginale in un bambino di età superiore all'anno, con identificazione dei microrganismi da parte di un tecnico di laboratorio esperto in secrezioni vaginali;
- coltura positiva da tessuti genitali o anali per Chlamydia, se il bambino ha più di tre anni al momento della diagnosi e i campioni sono stati testati usando colture cellulari o metodi comparabili approvati dai Centers for Disease Control.

In caso di una storia clinica suggestiva, deve essere effettuata la ricerca di spermatozoi ai livelli vulvare, vaginale (se è possibile introdurre il tampone senza traumatismi), anale, orale o sulla cute.

ESAMI DA ESEGUIRE

In questa fase, alla presenza del medico legale, è bene seguire i seguenti esami:

- **vetrino a fresco per ricerca di spermatozoi;**
- prelievo con spatola dall'endocervice vaginale;
- lavaggio vaginale;
- prelievo dalla cavità orale e dall'ano mediante sonda umidificata;
- allestimento di una batteria completa di tamponi vaginali e cervicali per la ricerca microbiologica e l'eventuale profilassi antibiotica per Clamidia trachomatis, Gonococco, Treponema e Trichomonas vaginalis, e tests sierologici per HIV, HCV, HBV, HSV 1 e HSV 2;
- eventuale test di gravidanza e contraccezione d'emergenza (previa informativa alla paziente sulla possibilità di gravidanza indesiderata e sui possibili interventi).

Occorre altresì procedere ad eventuale denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria, anche sulla base delle indicazioni del medico legale reperibile.

Infine, va ricordato che in questa fase è importante, procedere, dopo la visita, alla cura dei traumi fisici, alla prevenzione e terapia delle infezioni.

SI RICORDA che unici **segni patognomonic** di contatto sessuale sono:

- la gravidanza;
- la presenza di spermatozoi in campioni prelevati dal corpo di un/a bambino/a.

In tale classificazione infatti sono **segni diagnostici per trauma penetrante** (che può però essere sia di natura sessuale, sia accidentale):

- la lacerazione acuta dell'imene;
- un'ecchimosi (contusione) dell'imene;
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno;
- un'incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita), reperto che deve essere confermato con tecniche aggiuntive di esame come uso di cotton-fioc, posizione knee-chest, catetere di Foley (va inoltre rammentato che incisure complete si osservano anche in adolescenti e in giovani donne adulte sessualmente attive);
- assenza di tessuto imenale. Ampie aree nella metà posteriore del bordo imenale con assenza di tessuto imenale fino alla base dell'imene, assenza che è confermata con posizioni/metodi aggiuntivi di esame.

4b.

ATTIVAZIONE DI ALTRE CONSULENZE

Durante il racconto del/lla bambino/a ed in seguito agli elementi riscontrati durante le precedenti visite potrebbe ravvisarsi la necessità di attivare alte consulenze.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLE CONSULENZE SPECIALISTICHE

- Consulenza infettivologica immediata nel corso della giornata (per valutazione di stato infettivologica HBV, HCV, HIV e eventuale profilassi e follow-up gratuito);
- consulenza psicologica attivando il Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

5. CERTIFICAZIONE/REFERTO

Il certificato va sempre compilato tenendo in considerazione l'intero iter seguito dal/lla bambino/a (5a). Una copia del certificato verrà sempre consegnata al tutore o a chi ha la responsabilità genitoriale.

In caso di reato procedibile d'ufficio (cfr. appendice), il medico ha l'obbligo di redigere il referto da inviare, senza ritardo, alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato o Carabinieri); può essere inoltre, opportuno, tramite il Servizio Sociale Ospedaliero, chiedere l'intervento in tempi brevi del Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di attuare misure di protezione e tutela delle vittime minorenni. La copia del referto va conservata nell'apposito registro. Nel caso in cui l'assistenza è stata prestata da più professionisti, tutti hanno l'obbligo di segnalazione e la comunicazione può essere inoltrata a firma congiunta.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DELLA CERTIFICAZIONE / REFERTO

La certificazione deve esporre gli elementi essenziali del fatto (evitare considerazioni e/o deduzioni di carattere personale che non abbiano valenza di oggettivo riscontro), pertanto è importante riportare:

- il giorno della visita medica;
- le fonti di prova già note, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione del fatto;
- da chi è accompagnato il/la minore e chi è presente alla visita;
- l'eventuale racconto spontaneo del/lla minore;
- da chi è stata richiesta la visita medica e le motivazioni;
- il personale sanitario che ha effettuato la visita medica e chi era presente, indicando di ciascuno di essi la qualifica professionale;
- se la vittima, dopo l'aggressione e prima di giungere al Pronto Soccorso, si sia lavata (docce, irrigazioni vaginali, pulitura denti) o se ha cambiato abiti o biancheria;
- descrizione delle lesioni rilevate (sede, forma, dimensioni, caratteristiche, margini, estremità e fondo) tenendo sempre presente che tale descrizione costituisce fonte di prova;
- l'indicazione di eventuali rilievi fotografici;
- i mezzi con i quali esse sono state presumibilmente determinate e gli effetti che hanno causato o possono causare;
- la diagnosi conclusiva e prognosi.

6. RICOVERO O DIMISSIONI

6a.

Avendo a disposizione i risultati degli esami espletati (compresi esiti consulenze specialistiche, approfondimenti diagnostici per immagini, etc.), il medico del P.S. provvederà all'analisi di tali esiti e alla decisione di dimissione o ricovero del/la minore. Nel caso il medico decida per una dimissione (5b), provvederà ad informare chi accompagna il/la minore sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up gratuito, etc. e contatterà il Servizio Sociale Ospedaliero per la presa in carico sociale.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DEL RICOVERO O DIMISSIONI

Il ricovero (6a) è necessario quando la violenza ha causato lesioni gravi e quando il medico, rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, evidenzia nel corso di una visita medica situazioni di grave pericolo per l'incolumità del minore. In tal caso, può trattenerlo in ospedale, a prescindere dalle esigenze cliniche, "per approfondimenti", ai sensi dell'art. 403 cod. civ..

Se il/la bambino/a viene osservato nel Pronto Soccorso Generale o nel Reparto di degenza o quando sono presenti lesioni suscettibili di complicanze o si trovi in condizioni di ulteriori rischi per la sua incolumità:

- ricoverare il/la bambino/a nel Reparto di Pediatria che offre le necessarie garanzie di protezione e di indagine; sarà compito del Pediatra definire la diagnosi di ricovero tenendo presente che, qualora il genitore / tutore del bambino si opponga, esiste l'obbligo per il medico, nella sua qualità di incaricato di pubblico servizio a fronte di un ragionevole sospetto di abuso, di agire anche in opposizione alla volontà genitoriale per la salvaguardia dell'incolumità dello stesso minore (art. 403 C.C.);
- attivare tutte le consulenze specialistiche (psicologo, neuropsichiatra infantile, servizio sociale ospedaliero, ecc.) e le indagini di laboratorio e strumentali necessarie;
- inviare una segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni o all'Ufficio Minori della Questura, evidenziando gli elementi di dubbio e/o di sospetto relativi al caso in questione nel più breve tempo possibile (anche via fax) secondo gli allegati.

Nel corso della permanenza presso il Reparto di degenza vanno seguite le seguenti indicazioni :

- rendere edotto tutto il personale in servizio del sospetto clinico, ribadire l'obbligo del segreto d'ufficio e invitarlo ad osservare il bambino, chi lo assiste, le sue reazioni, ecc. Di tutto questo il personale farà menzione sulla Cartella Infermieristica;
- attuare tutte le misure ritenute più idonee per evitare allontanamenti arbitrari, anche attivando l'art. 403 C.C., eventualmente in via fax;
- collocare il bambino in un ambiente adeguatamente protetto e riservato;
- annotare nel diario clinico l'eventuale attivazione dell'art. 403 C.C., dando informazione ai genitori della procedura adottata, compresi i riferimenti legislativi e le motivazioni;
- effettuare la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni con una breve relazione clinica, evidenziando gli elementi di dubbio o sospetto nel più breve tempo possibile, anche via fax;
- richiedere le consulenze specialistiche pertinenti per l'apparato interessato e per le lesioni osservate; è sempre importante confermare l'osservazione con una adeguata iconografia (*n.b.: non è necessaria l'autorizzazione della famiglia*);
- attivare con urgenza il Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (*richiedere sempre a tutti i consulenti coinvolti un referto scritto e firmato*);
- valutare l'opportunità di individuare nell'ambito dell'équipe del Reparto un unico referente che segua l'iter del ricovero del bambino, i rapporti con i consulenti e le Istituzioni e con la famiglia;
- discutere la situazione in équipe per una più adeguata analisi e per un confronto delle opinioni e delle iniziative da assumere.

NOTE IMPORTANTI

- Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto;
- conservare copia di tutto il materiale (relazioni, annotazioni, referti, indagini praticate, iconografia, ecc.) per una eventuale testimonianza anche a distanza di tempo.

6b.

Dimissioni.

Se il/la bambino/a non corre rischi di ulteriori lesioni o se le stesse lesioni non sono in grado di provocare conseguenze:

- raccogliere tutti i dati anagrafici relativi al minore, agli adulti che lo hanno accompagnato, alle modalità riferite circa la dinamica delle lesioni;
- documentare in modo accurato le lesioni osservate, possibilmente con fotografie, descrivendo anche il comportamento dello stesso bambino, le sue reazioni ed il suo "stato d'animo, gli abiti indossati e le loro condizioni;
- indicare le persone che hanno assistito alla visita, le loro generalità, la loro professione;
- riferire il comportamento dei familiari, se presenti;
- inviare una Relazione dettagliata ai Servizi Sociali territoriali o al Tribunale per i Minorenni (possibilmente in fax), segnalando il sospetto di maltrattamento fisico.

In caso di dimissioni dopo un ricovero per sospetto di abuso:

- in caso di mancata conferma del sospetto di abuso e nel caso sia stato attivato il ricovero contro il parere dei genitori (art. 403 C.C.), comunicare alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni l'orientamento clinico raggiunto, tramite relazione clinica dettagliata che documenti i risultati degli approfondimenti effettuati in Ospedale e che hanno consentito di chiarire la situazione, concordando la dimissione del bambino;
- in caso di conferma del sospetto di abuso integrare al più presto la segnalazione alla Procura del TM (e alla Procura del Tribunale Ordinario nei casi in cui il sospetto autore del reato sia maggiorenne), valutando con il Medico Legale se sia opportuno dare le necessarie informazioni alla famiglia in un colloquio riservato (sempre alla presenza di un testimone (Caposala / Infermiera professionale) o, ancora meglio, insieme con gli operatori ed i consulenti più coinvolti nelle indagini (Assistente Sociale, Neuropsichiatra Infantile, Psicologo), precisando che esiste l'obbligo, per il il Reparto, di effettuare la comunicazione dell'accaduto alla Procura del TM.

Prima della dimissione attendere la disposizione del TM con l'autorizzazione alla dimissione del minore e la presa in carico da parte dei Servizi Sociali, sollecitando l'espletamento di tutte le attività burocratiche presso le strutture preposte (TM per le prescrizioni idonee al caso, Servizi Sociali per la presa in carico e l'identificazione delle eventuali strutture di accoglienza).

7. ATTIVAZIONE PERCORSO

Dopo la presa in carico sanitaria è importante attivare un percorso di supporto e di accompagnamento in uscita di cui si occupa prevalentemente il Servizio Sociale Ospedaliero che potrà avvalersi dei servizi di tutela, presenti sul territorio, che hanno il compito di prendere in carico i bambini vittime di abuso per la rielaborazione del trauma subito e di aiutare i genitori, non abusanti, per sostenerli psicologicamente.

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DI ATTIVAZIONE SERVIZI

- Informativa presso le strutture ospedaliere e di pronto soccorso dei servizi esistenti a supporto dei minori vittime di violenza;
- intervento di sostegno psicologico e sociale da parte degli operatori sociali dei reparti coinvolti per attivare il percorso di presa in carico.

Di seguito si riportano **alcuni** dei delitti perseguibili d'ufficio più facilmente correlati all'ambito d'interesse.

Atti osceni in luogo pubblico o aperto/esposto al pubblico

art. 527 c.p.

“Chiunque, in luogo pubblico o aperto o esposto al pubblico, compie atti osceni [529: agli effetti della legge penale si considerano osceni gli atti e gli oggetti che, secondo il comune sentimento, offendono il pudore] è punito...”. Ad es.: locali pubblici, aule scolastiche, carceri, luoghi di lavoro, spazi condominiali, scompartimenti ferroviari, autovetture ferme in luogo pubblico, locali visibili dalla strada, ecc.

Maltrattamento

art. 572 c.p.

“Chiunque... maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito...”. Alcune pronunce della Corte di Cassazione riconoscono l'ipotesi di maltrattamenti anche per soli *abusi sessuali reiterati per un tempo apprezzabile*. In ogni caso, costituiscono maltrattamento non solo le violenze di tipo fisico ma anche le vessazioni psicologiche quali ricatti, inviti al silenzio, sottoposizione di materiale pornografico, ecc.

Violenza privata

art. 610 c.p.

“Chiunque, con violenza [581] o minaccia [612], costringe a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito...”. Con questo articolo viene ad essere tutelata la libertà di autodeterminazione, la libertà psichica dell'individuo nella sua volontaria esplicazione, così da punire il comportamento di colui che, mediante minaccia o violenza anche psicologica pone in essere atti idonei a realizzare pressioni sulla volontà altrui, al fine di costringerla a fare, tollerare od omettere qualcosa.

Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato

art. 611 c.p.

“Chiunque usa violenza [581] o minaccia [612] per costringere o determinare altri a commettere un fatto costituente reato è punito...”. Casi in cui le violenze o le minacce sono finalizzate alla commissione di reati, tra i quali possono rientrare le false dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria (art. 371 bis c.p.), la falsa testimonianza (art. 372 c.p.), l'autocalunnia (art. 369 c.p.) ed il favoreggiamento personale (art. 378 c.p.).

Minacce gravi

art. 612, 2° comma c.p.

“Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell'articolo 339, la pena è della reclusione fino a un anno e si procede d'ufficio”

art. 339:

circostanze aggravanti “se la violenza o la minaccia è commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o in modo simbolico, o valendosi della forza intimidatrice derivante da segrete associazioni, esistenti o supposte”.

Stato di incapacità procurato mediante violenza

art. 613 c.p.

“Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei [50], in stato di incapacità d'intendere o di volere...”. È bene sottolineare le circostanze nelle quali la vittima viene posta in stato di incapacità di intendere e di volere mediante la somministrazione di sostanze.

Lesioni personali perseguibili d'ufficio

art. 582 e segg. c.p.

Lesioni personali volontarie lievi, gravi e gravissime:

- a. Se la malattia ha una durata superiore ai venti giorni
- b. Se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585 c.p.:
 - lesioni personali gravi: pericolo per la vita; malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; indebolimento permanente di un senso o di un organo;
 - gravissime: malattia certamente o probabilmente insanabile; perdita di un senso; perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile; perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare; permanente e grave difficoltà della favella; deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso; circostanze aggravanti: utilizzo di armi o sostanze corrosive

Atti osceni in luogo pubblico o aperto/esposto al pubblico

art. 527 c.p.

“Chiunque, in luogo pubblico o aperto o esposto al pubblico, compie atti osceni [529: agli effetti della legge penale si considerano osceni gli atti e gli oggetti che, secondo il comune sentimento, offendono il pudore] è punito...”. Ad es.: locali pubblici, aule scolastiche, carceri, luoghi di lavoro, spazi condominiali, scompartimenti ferroviari, autovetture ferme in luogo pubblico, locali visibili dalla strada, ecc.

Abbandono di persone minori o incapaci

art. 591 c.p.

“Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba averne cura,...”. Tale circostanza ricorre in tutti quei casi in cui sussiste un rischio per l'incolumità della parte lesa.

Turismo sessuale

(iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile)

art. 600 quinquies c.p.

“Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito...”. Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”, integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.

Sequestro di persona

art. 605 c.p.

“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito...”. Sussiste quando la vittima viene privata per un tempo eccedente la effettiva commissione della violenza sessuale, ad esempio viene chiusa a chiave in un appartamento oppure nell'abitacolo di un'autovettura senza una concreta possibilità di fuggire o di invocare aiuto.

Violazione di domicilio aggravata

art. 614, ultimo comma c.p.

“Chiunque si introduce nell’abitazione altrui, o in altro luogo di privata dimora, o nelle appartenenze di essi, contro la volontà espressa o tacita di chi ha il diritto di escluderlo, ovvero si introduce clandestinamente o con l’inganno,... se il fatto è commesso con violenza sulle cose, o alle persone, ovvero se il colpevole è palesemente armato...”.

Deve intendersi violazione di domicilio aggravata dalla violenza o sulle persone - quando la violenza sessuale viene commessa da persona che entra o si trattiene nell’abitazione della vittima contro la volontà di quest’ultima - o dalla violenza sulle cose, ovvero dall’uso di armi.

Induzione, favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione

artt. 3 e 4 l. 75/58

Legge Merlin - Legge 20 febbraio 1958, n° 75 “Abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta contro lo sfruttamento della prostituzione altrui”. In particolare all’articolo 4 sono previste una serie di aggravanti tra le quali: inasprimenti di pena in caso si sovrappongano agiti con violenza, minaccia o inganno, se il fatto è commesso ai danni di persona minore degli anni 21 o di persona in stato di infermità o minorazione psichica, naturale o provocata, se il colpevole è un ascendente, un affine in linea retta ascendente, il marito, il fratello o la sorella, il padre o la madre adottivi, il tutore; se al colpevole la persona è stata affidata per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza, di custodia, se il fatto è commesso ai danni di persone aventi rapporti di servizio domestico o di impiego, se il fatto è commesso da pubblici ufficiali nell’esercizio delle loro funzioni; se il fatto è commesso ai danni di più persone.

Prostituzione minorile

art. 600 bis, 2° comma c.p.

Con la legge 3 agosto 1998, n. 269, sono state identificate le “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”. All’articolo 2 è dettagliato il reato di prostituzione minorile.

- a. “Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione...”
- b. “... chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa fra i quattordici ed i sedici anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica” (al di sotto dei 14 anni si rientra nel reato di atti sessuali con minorenni di cui all’Art. 609-quarter).

Pornografia minorile

art. 600 ter e quater c.p.

Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”, integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.

- a. “Chiunque, utilizzando minori degli anni diciotto, realizza esibizioni pornografiche o produce materiale pornografico ovvero induce minori di anni diciotto a partecipare ad esibizioni pornografiche...”
- b. “Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all’adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto...”
- c. “Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma...”

MISURE CONTRO LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI FAMILIARI

È opportuno segnalare quanto riportato dalla Legge 154/2001, che si pone come un valido strumento per interrompere la violenza e che deve, pertanto, essere conosciuta dagli operatori del settore.

Si ritiene il caso di precisare quanto seguirà.

- Riguardo a quanto contenuto all'art. 1, è stata espressamente prevista l'applicabilità della misura cautelare dell'allontanamento dalla casa familiare per i reati di violazione degli obblighi di assistenza familiare, abuso dei mezzi di correzione e di disciplina, prostituzione minorile, pornografia minorile, detenzione materiale pornografica e i delitti sessuali.
- Riguardo a quanto contenuto all'art. 2, inerente al Titolo IX-bis del c.c., Ordini di protezione contro gli abusi familiari, Art. 342-bis. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari), con la definizione di "condotta causa di grave pregiudizio all'integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente," si deve intendere quella riconducibile ai reati perseguibili a querela quali le percosse, alcuni casi di lesioni personali e di violenza sessuale, nonché la violazione degli obblighi familiari e la minaccia. La condotta non deve integrare un reato perseguibile d'ufficio, nel qual caso l'unica sede per la tutela dei diritti violati rimane il procedimento penale.

Legge n. 154 del 5 Aprile 2001 - "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"

Art. 1. (Misura cautelare dell'allontanamento dalla casa familiare)

2. Dopo l'articolo 282 del codice di procedura penale è inserito il seguente:

«Art. 282-bis. - (Allontanamento dalla casa familiare).

1. Con il provvedimento che dispone l'allontanamento il giudice prescrive all'imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l'autorizzazione del giudice che procede. L'eventuale autorizzazione può prescrivere determinate modalità di visita.
2. Il giudice, qualora sussistano esigenze di tutela dell'incolumità della persona offesa o dei suoi prossimi congiunti, può inoltre prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa, in particolare il luogo di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti, salvo che la frequentazione sia necessaria per motivi di lavoro. In tale ultimo caso il giudice prescrive le relative modalità e può imporre limitazioni.
3. Il giudice, su richiesta del pubblico ministero, può altresì ingiungere il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto della misura cautelare disposta, rimangono prive di mezzi adeguati.
6. Qualora si proceda per uno dei delitti previsti dagli articoli 570, 571, 600-bis, 600-ter, 600-quater, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies del codice penale, commesso in danno dei prossimi congiunti o del convivente, la misura può essere disposta anche al di fuori dei limiti di pena previsti dall'articolo 280».

Art. 2. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari)

1. Dopo il titolo IX del libro primo del codice civile è inserito il seguente:

«Titolo IX-bis.

ORDINI DI PROTEZIONE CONTRO GLI ABUSI FAMILIARI

Art. 342-bis. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari)

Quando la condotta del coniuge o di altro convivente è causa di grave pregiudizio all'integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente, il giudice, qualora il fatto non costituisca reato perseguibile d'ufficio, su istanza di parte, può adottare con decreto uno o più dei provvedimenti di cui all'articolo 342-ter.

Art. 342-ter. (Contenuto degli ordini di protezione)

Con il decreto di cui all'articolo 342-bis il giudice ordina al coniuge o convivente, che ha tenuto la condotta pregiudizievole, la cessazione della stessa condotta e dispone l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che ha tenuto la condotta pregiudizievole prescrivendogli altresì, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dall'istante, ed in particolare al luogo di lavoro, al domicilio della famiglia d'origine, ovvero al domicilio di altri prossimi congiunti o di altre persone ed in prossimità dei luoghi di istruzione dei figli della coppia, salvo che questi non debba frequentare i medesimi luoghi per esigenze di lavoro.

Il giudice può disporre, altresì, ove occorra l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare, nonché delle associazioni che abbiano come fine statutario il sostegno e l'accoglienza di donne e minori o di altri soggetti vittime di abusi e maltrattati; il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto dei provvedimenti di cui al primo comma, rimangono prive di mezzi adeguati, fissando modalità e termini di versamento e prescrivendo, se del caso, che la somma sia versata direttamente all'avente diritto dal datore di lavoro dell'obbligato, detraendola dalla retribuzione allo stesso spettante.

Con il medesimo decreto il giudice, nei casi di cui ai precedenti commi, stabilisce la durata dell'ordine di protezione, che decorre dal giorno dell'avvenuta esecuzione dello stesso. Questa non può essere superiore a sei mesi e può essere prorogata, su istanza di parte, soltanto se ricorrano gravi motivi per il tempo strettamente necessario.

Con il medesimo decreto il giudice determina le modalità di attuazione. Ove sorgano difficoltà o contestazioni in ordine all'esecuzione, lo stesso giudice provvede con decreto ad emanare i provvedimenti più opportuni per l'attuazione, ivi compreso l'ausilio della forza pubblica e dell'ufficiale sanitario».

Art. 3. (Disposizioni processuali)

1. Dopo il capo V del Titolo II del Libro quarto del codice di procedura civile è inserito il seguente:

«CAPO V-bis.

DEGLI ORDINI DI PROTEZIONE CONTRO GLI ABUSI FAMILIARI

Art. 736-bis.

(Provvedimenti di adozione degli ordini di protezione contro gli abusi familiari).

Nei casi di cui all'articolo 342-bis del codice civile, l'istanza si propone, anche dalla parte personalmente, con ricorso al tribunale del luogo di residenza o di domicilio dell'istante...

Nel caso di urgenza, il giudice, assunte ove occorra sommarie informazioni, può adottare immediatamente l'ordine di protezione fissando l'udienza di comparizione delle parti davanti a sé entro un termine non superiore a quindici giorni ed assegnando all'istante un termine non superiore a otto giorni per la notificazione del ricorso e del decreto. All'udienza il giudice conferma, modifica o revoca l'ordine di protezione.

Art. 5.(Pericolo determinato da altri familiari)

1. Le norme di cui alla presente legge si applicano, in quanto compatibili, anche nel caso in cui la condotta pregiudizievole sia stata tenuta da altro componente del nucleo familiare diverso dal coniuge o dal convivente, ovvero nei confronti di altro componente del nucleo familiare diverso dal coniuge o dal convivente. In tal caso l'istanza è proposta dal componente del nucleo familiare in danno del quale è tenuta la condotta pregiudizievole.

RACCOMANDAZIONI MEDICO LEGALI PER LA CONSERVAZIONE DEI REPERTI (CON LA PRESENZA O CON LE INDICAZIONI DEL MEDICO LEGALE)

COME REPERTARE E COME CONSERVARE

Eventuali reperti raccolti nel corso della visita medica

Indumenti (se la vittima non si è cambiata) materiale estraneo

- Far spogliare la vittima su due lenzuola pulite
- Conservare gli indumenti esterni
- Conservare gli indumenti intimi (vanno repertati anche se si fosse cambiata)
- Far asciugare gli indumenti bagnati
- Inserire ciascun indumento in un sacchetto di carta diverso
- Sigillare ciascun sacchetto ed etichettarlo
- Piegare il lenzuolo ed inserirlo in un sacchetto a parte (materiale estraneo)
- Conservare il tutto a temperatura ambiente in un luogo asciutto
- Nel caso in cui la vittima si fosse cambiata, informare l'accompagnatore della necessità di recuperare gli indumenti indossati al momento del fatto
- Fotografare gli indumenti

TAMPONE GENITALI ESTERNI E VAGINALE

- genitali esterni: eseguire due tamponi a livello delle grandi e piccole labbra. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori. Segnalare se la bambina è stata lavata.
- tampone vaginale (entro 7-10 giorni): prelevare il materiale dalla vagina con due tamponi. Strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

TAMPONE ANO-RETTALE

In caso di penetrazione anale (da effettuare entro 5 giorni).

- Passare due tamponi inumiditi con soluzione fisiologica sulla cute anale e prelevare con altri due tamponi il materiale presente nel canale rettale. Strisciare parte del materiale raccolto su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

TAMPONE ORALE

In caso di contatto oro-genitale (da effettuare entro 24 ore).

- Prelevare mediante l'utilizzo di due tamponi l'eventuale materiale presente avendo cura di spazzolare gli spazi interdentali. Strisciare parte del materiale raccolto su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

TAMPONE CUTANEO

- Se vi è positività anamnestica e se la vittima non si è lavata, inumidire un tampone con soluzione fisiologica e strisciarlo sulla cute delle regioni indicate. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire il tampone nell'apposito contenitore ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Unghie

- Se vi è indicazione anamnestica, effettuare uno "scraping" (evitare se possibile l'utilizzo di bisturi). Inserire il materiale raccolto dall'unghia in una singola provetta (ad esempio: 1,5 ml). Etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Peli pubici

- Far stendere la vittima su della carta pulita. In presenza di peli pubici, con un pettine pulito (meglio se sterile) pettinare più volte verso il basso, avendo cura di far cadere i peli sulla carta. Ripiegare la carta con il materiale biologico ed il pettine. Inserire il tutto in una busta di carta. Etichettare. Conservare a temperatura ambiente.

Peli/capelli

- Prelevare con pinzette pulite (possibilmente sterili) eventuali peli/capelli presenti sul corpo della vittima o sugli indumenti della stessa. Inserire ciascuna formazione pilifera in singole bustine di carta. Etichettare. Conservare a temperatura ambiente.

Pannolini

- Pesare ed asciugare all'aria. Conservare a temperatura ambiente in buste di carta.

Garze e tamponi

- Repertare garze e tamponi utilizzati per detergere o tamponare eventuali emorragie. Asciugare e conservare a temperatura ambiente in buste di carta o a -20/-80 °C.

ELENCO ENTI, SERVIZI E ISTITUZIONI TERRITORIALI

TIPOLOGIA	AREA TEMATICA	DENOMINAZIONE ENTE	CITTÀ	
Istituzionali	Pronto intervento	Polizia di Stato - Questura di Pescara	Pescara	
		Comando Provinciale Carabinieri	Pescara	
		Comando Compagnia Carabinieri	Montesilvano	
		Comando Compagnia Carabinieri	Penne	
		Comando Compagnia Carabinieri	Popoli	
		118 Pescara- Abruzzo Soccorso	Pescara	
		Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza Ospedale Civile "Spirito Santo"	Pescara	
		U. O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza - Ospedale Civile "S. Massimo"	Penne	
		U. O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza Ospedale civile Santissima Trinità	Popoli	
	Anti violenza	Centro Antiviolenza Ananke	Pescara	
	Servizi sociali pubblici	Provincia di Pescara - Settore Politiche Sociali	Pescara	
		Provincia di Pescara - Centro per l'Impiego	Pescara	
			Penne	
			Scafa	
		Provincia di Pescara - Consigliera di Parità	Pescara	
Comune di Pescara (EAS 31) Servizi Diretti alla Persona Segretariato Sociale	Pescara			

	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX	ORARI APERTURA
	Via Pesaro, 7	113 0852057528 0852057532 0852057511	085 2057777	da lunedì a domenica 0,00-24,00 da lunedì al sabato dalle 8 alle 14
	Via G. D'Annunzio, 149	112	085 64145	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Agostinone, 4	112 085 4490900	085 4490900	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Cavalieri del Lavoro,8	112 085 8216000	085 8216000	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	S.S. Tiburtina Valeria, 1	112 085 9877100	085 9877125	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Fonte Romana, 8	118		da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Fonte Romana, 1	085 4252764	085 4252272	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Battaglione Alpini, 22	085 8276282	085 8276404	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Sassi	085 9898222	085 9898428	da lunedì a domenica 0,00-24,00
	Via Tavo, 248	085 4283851	085 4315294	lun, mer, gio e ven 9,00 - 13,00 martedì 15,00 - 17,00
	Piazza Italia, 30	085 3724406	085 3724415	da lunedì a venerdì 9,00-14,00 martedì e giovedì 15,00-17,00
	Via Passolanciano, 75	085 20552211	085 20552213	da lunedì a venerdì 8,30-12,00 martedì e giovedì 15,00-17,00
	Piazza Luca da Penne, 9	085 8279583	085 8211148	dal lunedì al venerdì 8,30-12,00 martedì - giovedì 15.00-17,00
	Via Castellari, 23	085 8541266	085 8541326	da lunedì a venerdì 8,30-12,00 martedì e giovedì 15,00-17,00
	Via Passolanciano, 75	085 20552239	085 20552224	riceve su appuntamento
	Piazza Italia, 13	Circ. Portanuova zona 1 - 085 4283057 zona 2 - 085 4283307 zona 3 - 085 4283059 zona 4 - 085 4283031 Circoscr. Colli 085 4283320 Circ. Castellam. 085 4283056	085 4283047	da lunedì a venerdì 9,00-12,00

TIPOLOGIA	AREA TEMATICA	DENOMINAZIONE ENTE	CITTÀ		
Istituzionali	Servizi sociali pubblici	Comune di Pescara Comando Polizia Municipale	Pescara		
		Comune di Montesilvano - Azienda Speciale per i Servizi Sociali (EAS 32)	Montesilvano		
		Comune di Città S. Angelo - Area Metropolitana Pescara (EAS 33) - Settore Politiche Sociali	Città S. Angelo		
		Istituzione per i Servizi Sociali "Vestina" (EAS 34)	Carpineto della Nora		
		Azienda per i Servizi Sociali - Majella e Morrone (EAS 35)	Alanno		
	Servizi territoriali ASL	Consultori Familiari Pubblici	Pescara		
		Consultorio Familiare	Città S. Angelo		
		Consultorio Familiare	Montesilvano		
		Consultorio Familiare	Spoltore		
	Magistratura	Tribunale di Pescara	Pescara		
		Procura della Repubblica c/o Tribunale di Pescara	Pescara		
		Procura della Repubblica c/o Tribunale per i Minorenni	L'Aquila		
	Non istituzionali	Servizi del privato sociale	Caritas Diocesana di Pescara - Penne	Pescara	
			Cooperativa Sociale Orizzonte	Pescara	
			Consultorio Ucipem "Amici del Consultorio"	Pescara	
Consultorio CIF			Pescara		
Associazione Focolare Maria Regina Centro Polivalente Riabilitativo "Primavera" Centro diagnostico-clinico per gli abusi			Scerne di Pineto (Te)		
Centro Aiuto alla Vita (Casa d'accoglienza Mamma Emilia)			Pescara		
Centro 'Il Piccolo Principe'			Pescara		

	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX	ORARI APERTURA
	Via del Circuito, 26	085 37371	085 4225194	da lunedì a sabato 7,00-20,00
	Piazza I. Montanelli	085 4454672	085 4481345	Lun,mart, merc e ven 08.30-13,00 giovedì 15,30-17,30
	Piazza IV novembre, 1	085 96960	085 9696271	da lunedì e mercoledì 8,30-11,30 martedì e giovedì 15,30-17,30
	Contrada San Bartolomeo, 9	085 8211208	085 8212100	da lunedì a venerdì 9,00-14,00
	Via Enrico Fermi,10	085 8541031		da lunedì a venerdì 8,30-13,30
	Via Nazionale Adriatica Nord, ex Clinica Baiocchi	085 4253470	085 4253473	da lunedì a sabato 8,30-14,00 martedì 15,00-18,00
	Via Pesaro, 50	085 4253903	085 4254040	da lunedì a sabato 8,30-14,00
	Via Milli, 2	085 4254980	085 42544980	da lunedì a sabato 8,30-14,00 giovedì 15,00-18,00
	Largo Baiocchi	085 4253305 085 4253322	085 4253314	da lunedì a venerdì 8,00-14,00 giovedì 14.30 -17.00
	Corso Umberto 447	085 4253351	085 4253385	da lunedì a sabato 8,00-14,00 giovedì 14,30-18,00
	Via del Convento, 12	085 4253611	085 4253612	Da lunedì al sabato 8.00-14.00
	Via A. Lo Feudo, 1		085 4503017	da lunedì a venerdì 9,00-13,00
	Via A. Lo Feudo, 1			
	Via Acquasanta, 1	0862 48411	0862 27426 0862 4841239	
	Via Attilio Monti, 8	085 6921292	085 6921292	dal lunedì al giovedì 8,30-12,30 si riceve su appuntamento anche in altri orari
	Via Moro, 21	085 4313839	085 4313839	da lunedì a venerdì 8,00-15,00
	Via Campobasso, 11	085 28860	085 9960081	Mar, gio e ven 9,00-13,00 dal lunedì al venerdì 15,00-19,00
	Via Passo Lanciano, 50	085 388111	085 388111	Lun, mar, giov, ven 15,30-18,30
	P.zza don Silvio De Annuntiis	085 9462495	085 9462496	tutti i giorni, ore 14.00-20.00
		085 694038		
		085 4171682		



ALLEGATI

PARES

LINEE GUIDA PER
L'ACCOGLIENZA E L'ASSISTENZA
ALLE VITTIME DI MALTRATTAMENTI,
VIOLENZA DOMESTICA,
VIOLENZA SESSUALE,
STALKING E ABUSO



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



Progetto realizzato con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità

Progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking

Progetto P.A.R.E.S. - Protezione Antiviolenza e Rilevazione in Emergenza Sanitaria - Strumenti formativi ed organizzativi per la prima assistenza sanitaria alle vittime di violenza sessuale, domestica e stalking nell'Azienda USL di Pescara. Codice CUP B75C1200075003



allegato I

MODULO DI CONSENSO

Unità Operativa: Data:

Nome del Medico:

Nome dell'infermiere/a o dell'Ostetrico/a:

Io sottoscritto/a

sono stato/a informato/a dal Dott.

e ho compreso che tutte le indagini cliniche, la raccolta degli esami e la documentazione delle lesioni riportate sono finalizzate ad assicurare la mia salute.

Tali procedure e indagini comprendono la visita medica e quella ginecologica, prelievi ematici per eventuali infezioni e sostanze ingerite, la raccolta dei campioni biologici, la documentazione fotografica delle lesioni. Dò il mio consenso e accetto altresì che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura, per opportuna documentazione a fini diagnostico-terapeutici e/o giudiziari, nel rispetto delle norme sulla privacy.

Dati del/della paziente

Cognome e nome:

Data di nascita:

Indirizzo: Tel.

Documento di riconoscimento

Note

Firma

Eventuale cognome e nome di un testimone:

Firma di un testimone:

Firma del Medico o dell'operatore sanitario presente

.....

CARTELLA CLINICA

Anno N°

Data ora di arrivo

Medico del P.S. (STAMPATELLO) Ginecologo (STAMPATELLO)

Medico Mal.Inf. Psichiatra

Assistente Sociale Psicologa

Medico Legale Pediatra

Nome e Cognome

Nazionalità Data e luogo di nascita

Indirizzo: n°

Città Tel:

Altro tel:

Stato civile: nubile coniugata separata/libera di stato vedova

Inviato/a da:

Nome e cognome

Struttura

Qualifica Tel:

Accompagnato/a da:

Nome e cognome

Tel

Rapporto con l'interessato/a

2. COSA È ACCADUTO DAL MOMENTO DEI FATTI ALLA VISITA ATTUALE

tempo trascorso della violenza

si è già rivolta ad altre strutture sanitarie o ad un medico si no

dove quando

fotocopie acquisite da altre strutture sanitarie si no

farmaci somministrati

.....

pulizia delle zone lesionate o penetrate si con

no

cambio slip si no cambio altri indumenti si no

minzione si no defecazione si no

vomito si no pulizia del cavo orale si no

assunzione di farmaci: si no

rapporti sessuali prima dopo l'aggressione dato non riferito

quando

3. OSSERVAZIONI DELL/A OPERATORE/TRICE DI AREA PSICOLOGICO/PSICHIATRICA.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.1 OSSERVAZIONI DELL/A OPERATORE/TRICE DI AREA SOCIALE.

.....
.....
.....
.....

4. SINTOMATOLOGIA RIFERITA

(sottolineare se e quali sintomi fisici e psichici sono presenti)

cefalea / dolore al volto / dolore al collo / dolore toracico, mammario / dolore addominale / dolore agli arti, alle cosce / algie pelviche / disturbi genitali / disturbi perianali / disuria / tenesmo rettale / altro:

.....
.....
.....
.....

SINTOMI PSICHICI:

paura, sentimenti di impotenza e di orrore al momento del trauma / distacco, assenza di reattività emozionale sensazione di stordimento / amnesia dissociativa con incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma / persistente rivissuto dell'evento (immagini, pensieri, sogni, flashback) / sintomi di ansia e di aumento stato di allerta (ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza , risposte di allarme esagerate) / pianto / tristezza / paura di conseguenze future / altro:

.....
.....
.....
.....

5. ESAME OBIETTIVO GENERALE

(previo consenso ALLEGATO 1)

descrizione di lesione e tracce

Fotografie si no allegate si no motivo

.....
.....
.....
.....

Indumenti indossati al momento dell'aggressione? se con tracce di materiale biologico inviati a:

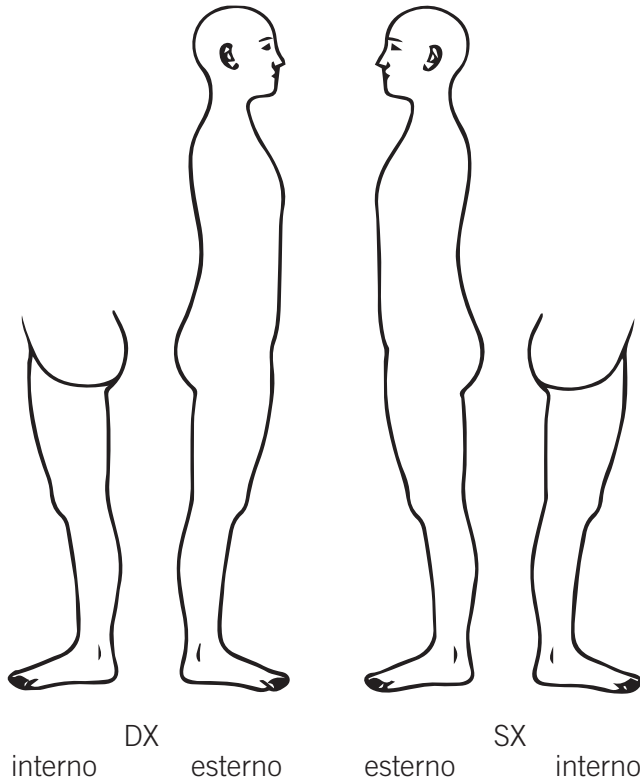
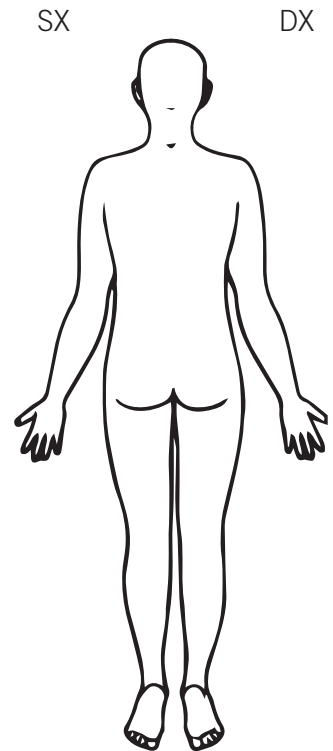
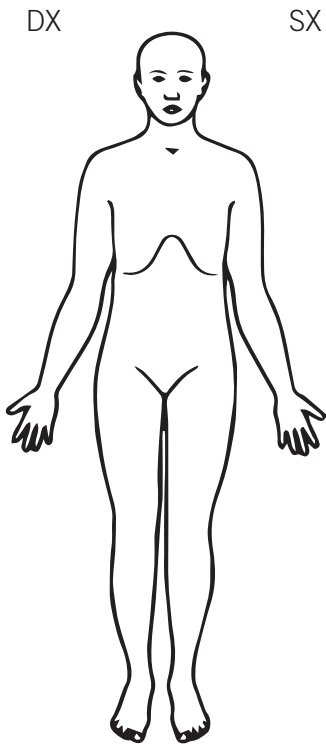
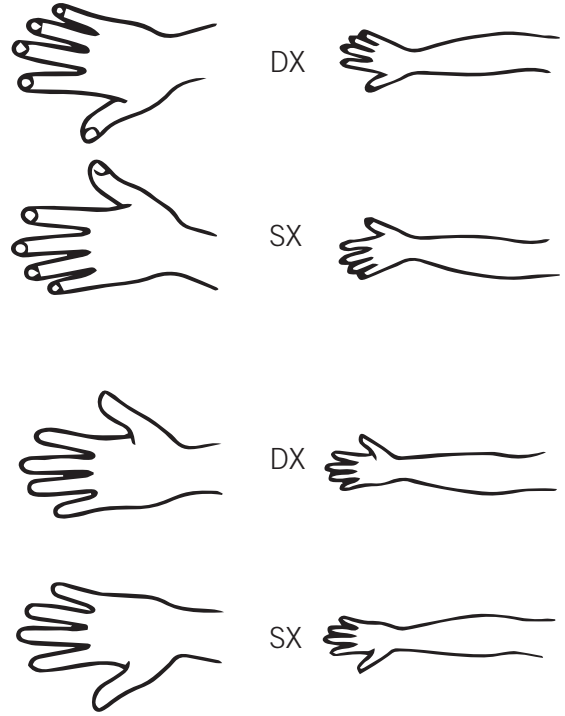
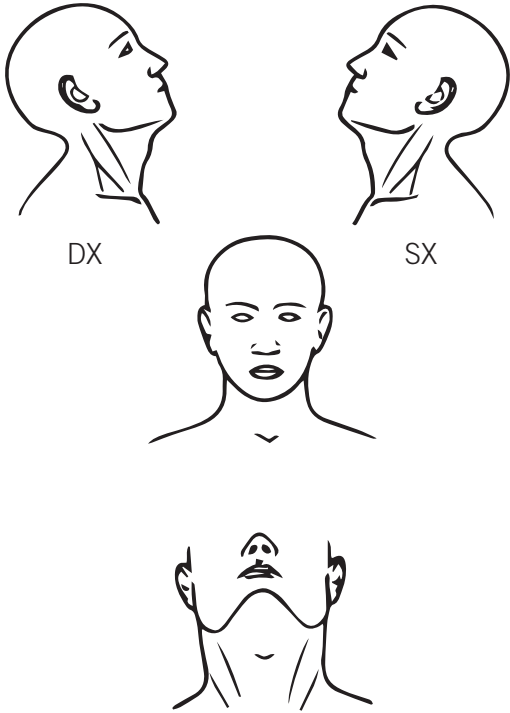
.....

TIPO DI INDUMENTO	TRACCE	
.....	si	no
.....	si	no
.....	si	no
.....	si	no

Scraping subunguale si no

Taglio delle unghie si no

SCHEMA CORPOREO



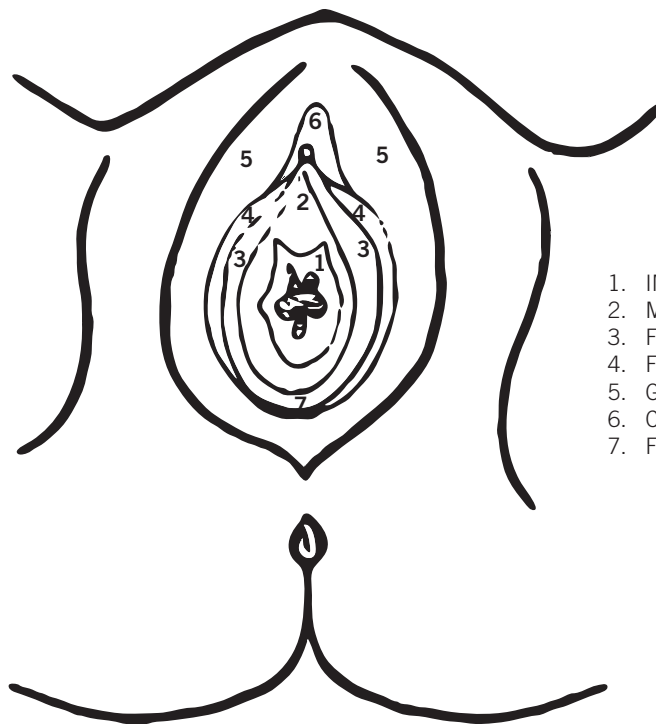
5. Sezione II - Specifica Visita Ginecologica

(segnalare ev. anche su disegno)

eseguito mediante occhio nudo colposcopio

Fotografie si no allegate si no motivo

Esame non eseguito; motivo



1. IMENE
2. MEATO URETRALE ESTERNO
3. FACCIA INTERNA PICCOLO LABBRO
4. FACCIA ESTERNA PICCOLO LABBRO
5. GRANDE LABBRO
6. CLITORIDE
7. FORCHETTA

GRANDI LABBRA, PICCOLE LABBRA, CLITORIDE, MEATO URETRALE, FORCHETTA

	Grandi labbra	Piccole labbra	Clitoride	Meato uretrale	Forchetta
arrossamento					
scoriazione					
Soluzione di continuo superfiale					
Soluzione di continuo profonda					
Area ecchimotica					
Altro					

non evidenziabili segni di lesioni traumatico-contusive recenti
evidenza di lesioni recenti

Descrizione

.....

.....

IMENE

Imene fimbriato anulare semilunare

- margini regolari, privo di incisure che raggiungono la base di impianto
- con incisura singola
- con incisure multiple
- fino alla base di impianto
- non fino alla base di impianto
- non evidenziabili segni di lesioni
- traumatico contusive recenti

evidenza di

Ultima mestruazione

Contracezione attuale

VISITA GINECOLOGICA BIMANUALE

(se minorenni accompagnati e con consenso firmato)

non eseguita; motivo

vagina

collo uterino

corpo uterino

annessi

ESAME SPECULARE

Portio

Pareti vaginali

Secrezioni, sanguinamento, altro

PERINEO e ANO

- non evidenziabili segni di lesioni traumatico-contusive recenti
- evidenza di lesioni (arrossamento, escoriazione, soluzione di continuo superficiale soluzione di continuo profonda, area ecchimotica gavocciolo emorroidario, ragade, fistola, altro, sanguinamento secrezioni, altro)

sede e descrizione

.....

.....



allegato III

VERBALE DI PRELIEVO

(da compilare in triplice copia)

Codice prelievo

Nome e Cognome **Età compiuta**

Sesso M F

Data e luogo di nascita

Residenza

Consenso al prelievo

Data, ora, luogo del prelievo

Liquidi biologici e materiali prelevati:

- Sangue si no ml
- Urina si no ml
- Saliva si no ml
- Capelli e/o peli si no peso lung. cm.
- Tamponi si no natura
- Indumenti si no
- Rilievi fotografici eseguiti si no
- Unghie e/o scraping ungueale si no
- Altre notizie

Presenti al prelievo

Responsabile del prelievo Timbro e firma

(nome, cognome, qualifica, struttura di appartenenza)

Data e luogo di consegna

Ricevente per accettazione

(nome, cognome, qualifica, struttura di appartenenza)



allegato IV

INDAGINI DI LABORATORIO IN CASO DI SOSPETTO ABUSO SESSUALE

N.B. per motivi medico-legali il presente modulo, riferito al profilo di esami richiesto, va sempre compilato e inviato all'U.O. Di "Microbiologia e Virologia Clinica" contestualmente al materiale

N.B. per ridurre al minimo il disagio della vittima si raccomanda che la fase dei prelievi sia eseguita contestualmente alla visita medica e ginecologica.

Paziente..... Data di nascita

Luogo di nascita Data esame

Reparto U.O. di "Pronto Soccorso"

a) Profilo violenza vaginale: raggruppa gli esami nel caso di violenza riferita alla sola sede vaginale

b) Profilo violenza multipla: raggruppa gli esami nel caso di violenza riferita in più sedi

a) PROFILO VIOLENZA VAGINALE:

1) TIPIZZAZIONE DNA (TDNA)

TAMPONI SU MATERIALE BIOLOGICO DELL'AGGRESSORE

- **TDNA** Raccolta del materiale biologico dell'aggressore mediante 2 tamponi sterili sottili a secco da **conservare in contenitore sterile raccolto in busta chiusa: portare in breve tempo c/o il Laboratorio di Microbiologia, dove verrà conservato a -80° C.**

NOTA: Evitare che il DNA degli operatori contaminino il campione inficiandone così il risultato.

2) ESAME MICROSCOPICO PER RICERCA SPERMATOZOI E TRICHOMONAS VAGINALIS

Si allestiscono vetrini mediante tamponi sterili, con tecnica di srotolamento, dalla sede di penetrazione

- **SVS** STRISCIO VAGINALE a fresco su vetrino (n° 1 vetrino per ricerca spermatozoi e trichomonas)
- campione da inviare **IMMEDIATAMENTE DOPO IL PRELIEVO** in laboratorio analisi previo contatto con reperibile se avviene nelle ore notturne

3) RICERCHE BATTERIOLOGICHE (da svolgere subito e come da procedura)

TAMPONI VAGINALI (TV)

- TV per coltura per batteri patogeni e miceti
 - n° 1 tampone con terreno di trasporto
 - Follow up dopo 28 giorni
- TV per striscio su vetrino per esame microscopico per colorazione di Gram
 - n° 1 tampone a secco da strisciare su
 - n° 1 vetrino

4) TAMPONI ENDOCERVICALI (TEC)

- **TEC** per ricerca microscopica di Diplococchi Gram negativi
 - n°1 tampone a secco da strisciare su
 - n°1 vetrino per esame microscopico per colorazione di Gram
- **TEC** per esame colturale per *Neisseria gonorrhoeae*
 - n°1 tampone con terreno di trasporto
 - Follow up dopo 28 giorni
- **TEC** per ricerca di *Chlamidia trachomatis*
 - n°1 tampone specifico per *Chlamydia* con soluzione di trasporto
 - Follow up dopo 28 giorni
- **TEC** per ricerca di *Mycoplasmi* genito-urinari
 - n°1 tampone a secco

5) RICERCHE SIEROLOGICHE

- **HIV Ab, HCV Ab, HBSAg; Ab HERPES (HSV 1-2 IgG HSV 1-2 M Ig); Ab Trepomena pallidum**
 - (ELISA, TPHA): n° 4 provette tappo ciliagia (da siero)
 - Follow up HIV a 28 giorni (Ab/Ag) , a 90 giorni e a sei mesi

6) TAMPONE RETTALE

- **TR** per ricerca microscopica di Diplococchi Gram negativi
 - n°1 tampone a secco da strisciare su vetrino portaoggetto
- **TR** per esame colturale di *Neisseria gonorrhoeae*
 - n°1 tampone con terreno di trasporto

7) TAMPONE ORALE

- **TOR** per ricerca microscopica di Diplococchi Gram negativi
 - n°1 tampone a secco da strisciare su vetrino portaoggetto
- **TR** per esame colturale di *Neisseria gonorrhoeae*
 - n°1 tampone con terreno di trasporto

N.B. i campioni vanno inviati c/o il Settore di Laboratorio Urgenze del Servizio di Laboratorio Analisi.

Firma del medico richiedente

Li,

KIT GINECOLOGICO

Nota Presso il Pronto Soccorso ed l'UOC di Ginecologia **deve** essere indicato il nome dell'operatore responsabile della manutenzione del kit e dell'aggiornamento dello stesso (prodotti scaduti, esauriti, ecc.)

PER LA RICERCA DI SPERMATOZOI

- VETRINI smerigliati (n. 6)
- SPATOLE E COTTON FIOC
- Pennarello indelebile
- Fissatore citologico
- Portavetrini di cartone

Almeno 3 prelievi vaginali (fornici ed endocervice) e di altri eventuali prelievi da altre sedi (regione anale, oro-faringea, cute). Utilizzare il fissatore citologico per ogni vetrino, scrivervi sopra la sede del prelievo.

PER I PRELIEVI MICROBIOLOGICI: TAMPONI CON TERRENO DI COLTURA (N. 4)*

- per CHLAMYDIA (prelievo endocervicale secondo istruzioni allegate)
- per GONOCOCCO (prelievo endocervicale con tampone piccolo e con asta in alluminio e terreno di coltura specifico)
- per TRICHOMONAS (prelievo vaginale in provetta sterile con 0,5 ml di soluzione fisiologica)
- per GERMI COMUNI

*Ogni Sede adatterà il materiale alle esigenze del proprio laboratorio.

PER LA TIPIZZAZIONE DEL DNA

- COTTON FIOC E PROVETTE CON TAPPO O ALTRI CONTENITORI CHIUSI (n. 6).
- Per raccogliere il materiale biologico che possa necessitare dell'esame, come sperma, saliva, sangue od altro. Si impieghi tampone sterile asciutto. Su cute, è preferibile utilizzare un tampone bagnato in fisiologica, da essiccare all'aria prima di chiudere in busta sigillata da riporre a -20°. Su ogni provetta deve essere indicata la sede del prelievo.
- BUSTE CON DOPPIA TASCA o comunque sigillate per contenere il materiale per DNA
- SPAZZOLINO E BUSTE PER I PRELIEVI DI MATERIALE VARIO (peli, stoffa, ecc.)

ALTRO:

- PROVETTA URINE per test di gravidanza
- PROVETTA per campione ematico per esami tossicologici
- PROVETTA per campione urinario per esami tossicologici
- MODULISTICA PER LE RICHIESTE DEI VARI ESAMI-ETICHETTE AUTOADESIVE
- ANTIBIOTICI PER LA PROFILASSI DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE:
Ceftriaxone 250 mg fiala i.m. (somministrazione unica); Azitromicina 500 mg cpr per os (1 g in somministrazione unica); Metronidazolo 250 mg cpr per os (2 g in somministrazione unica o 1g + 1 g dopo 12 ore). La somministrazione di tutti gli antibiotici inizia durante la consulenza ginecologica.
- FARMACI PER INTERCEZIONE:
Levonorgestrel 1,5 mg 1 cps in unica somministrazione.
- CARTELLA CLINICA: SCHEDE PER IL RILEVAMENTO DELLE INFORMAZIONI E PER L'ESAME CLINICO

Nota Questo KIT viene offerto come **esempio** del materiale da predisporre per averlo a disposizione durante l'esame clinico della paziente. È opportuno tenerlo tutto assieme in appositi contenitori in modo da non incorrere in dimenticanze od errori in condizioni di emergenza e da parte di operatori meno esperti.

LINEE GUIDA PER
L'ACCOGLIENZA E L'ASSISTENZA
ALLE VITTIME DI MALTRATTAMENTI,
VIOLENZA DOMESTICA,
VIOLENZA SESSUALE,
STALKING E ABUSO



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



Progetto realizzato con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità

Progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking

Progetto P.A.R.E.S. - Protezione Antiviolenza e Rilevazione in Emergenza Sanitaria - Strumenti formativi ed organizzativi per la prima assistenza sanitaria alle vittime di violenza sessuale, domestica e stalking nell'Azienda USL di Pescara. Codice CUP B75C1200075003

www.ibambini.it/formazione

CON IL PATROCINIO DI

