

# PDTA

## PREVENZIONE, CONTRASTO E ASSISTENZA ALLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

Come da DPCM del 24 Novembre 2017 – Gazzetta Ufficiale n. 24 del 30.01.2018

| <i>REV.</i> | <i>DATA</i> | <i>REDATTO</i> | <i>CONTRIBUTO</i> | <i>PROPOSTA APPROVATA</i> |
|-------------|-------------|----------------|-------------------|---------------------------|
|             |             |                |                   |                           |

|   |             |
|---|-------------|
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>                            | <b>PAG.</b> |
| <b>PREMESSA</b>   | <b>PAG.</b> |
| <b>SCOPO E OBIETTIVI</b>                                | <b>PAG.</b> |
| <b>DESCRIZIONE DELLE AZIONI OPERATIVE</b>               | <b>PAG.</b> |
| <b>INDICATORI/ PARAMETRI DI CONTROLLO</b>               | <b>PAG.</b> |
| <b>MATRICE DI RESPONSABILITA'</b>                       | <b>PAG.</b> |
| <b>ATTIVAZIONE DELLA RETE ANTIVIOLENZA TERRITORIALE</b> | <b>PAG.</b> |

### ALLEGATI:

- 1) **MODULO PER VERBALE CONSEGNA REPERTI**
- 2) **KIT PER VIOLENZA SESSUALE**
- 3) **PROFILO ESAMI PER VIOLENZA SESSUALE**
- 4) **INDICATORI DI PERFORMANCE**
- 5) **SCHEDA CLINICA 1 ( per adulti e minori superiori a 13 anni)**
- 6) **SCHEDA CLINICA 2 ( per minori di 13 anni)**
- 7) **RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI REVITTIMIZZAZIONE**
- 8) **DESCRIZIONE MODALITA'DI REPERTAZIONE E CONSERVAZIONE REPERTI**

## RIFERIMENTI NORMATIVI

1. la **Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica**, cosiddetta «*Convenzione di Istanbul*», ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013, n. 77, entrata in vigore il 1° agosto 2014, nel comma 2 dell'art. 20 «Servizi di supporto generali» prevede che «gli Stati membri adottino misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che le vittime abbiano accesso ai servizi sanitari e sociali e che tali servizi dispongano di risorse adeguate e di figure professionali adeguatamente formate per fornire assistenza alle vittime e indirizzarle verso i servizi appropriati»;
2. la **Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa** del 25 ottobre 2012 istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, sottolineando che le vittime di reato dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni di sorta fondate su motivi quali razza, colore della pelle, origine etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, appartenenza a una minoranza nazionale, patrimonio, nascita, disabilità, età, genere, espressione di genere, identità di genere, orientamento sessuale, status in materia di soggiorno o salute;
3. il **Decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito in legge dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119**, stabilisce «Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province»;
4. la Regione Campania, in conformità alla **legge regionale 23 ottobre 2007, n.11 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale”** (attuazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328), e alla **legge regionale 11 febbraio 2011, n. 2 “Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere”**, riconosce che la violenza di genere, inclusa anche la violenza domestica, come definita nella Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013, n. 77 è una grave violazione dei diritti umani, in particolare nei confronti delle donne, dell'integrità fisica e psicologica, della sicurezza, della libertà e della dignità della persona
5. con il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 (G.U. n.24 del 30 gennaio 2018)** sono state approvate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, denominate «**Percorso per le donne che subiscono violenza**» per rendere attivo e operativo, nelle Aziende sanitarie e nelle Aziende ospedaliere, il percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza<sup>1</sup>. La Regione Campania, con la deliberazione n. 624 del 09/10/2018, ha recepito le suddette linee-guida.

---

<sup>1</sup> Sulla base di tale documento, le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali. Dovranno di conseguenza impegnarsi a: a) Realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete anti violenza territoriale; b) Garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale - compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici) -, partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi, anche avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni a partire dal proprio territorio; c) Partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete anti violenza territoriale; d) Assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del triage, schede di dimissione); e) Effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente del Percorso per le donne che subiscono violenza che deve interfacciarsi con gli altri attori della rete anti violenza territoriale. Le Aziende sanitarie locali, in attuazione delle presenti Linee guida nazionali e nel rispetto degli indirizzi e degli assetti organizzativi definiti a livello regionale, dovranno coordinare e supervisionare il Percorso per le donne che subiscono violenza e trasmettere periodicamente, ai competenti referenti regionali, una

6. la **Legge Regionale 1 dicembre 2017, n. 34** “*Interventi per favorire l’autonomia personale, sociale ed economica delle donne vittime di violenza di genere e dei loro figli ed azioni di recupero rivolte agli uomini autori della violenza*” garantisce alle donne vittime di violenza di genere ed ai loro figli minori o diversamente abili, l’accoglienza, l’assistenza psico-fisica e il sostegno per consentire loro di recuperare la propria autonomia e l’indipendenza personale, sociale ed economica, nel rispetto della riservatezza e dell’anonimato.
7. il **DPCM del 12/1/2017** di determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, all’art. 24 stabilisce che il Servizio Sanitario garantisce, tra l’altro, le prestazioni di “prevenzione, individuazione precoce, e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale”.

---

relazione aggiornata sullo stato e sugli esiti delle procedure, nonché’ comunicare e far confluire i dati raccolti nell’ambito del sistema di monitoraggio previsto a livello regionale e nazionale.

## PREMESSA

**Il termine violenza sessuale si riferisce a qualsiasi atto sessuale imposto, che avviene contro la volontà della vittima e che mina la sua integrità psico-sessuale, anche se avviene in corso di matrimonio o convivenza. Il coniuge o il convivente che costringe ad un rapporto sessuale con violenza o minaccia, compie un reato.**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dal 1995 pone in evidenza il problema della violenza contro le donne e dei suoi effetti e dichiara che a livello mondiale è il più grande problema di salute pubblica e di violazione dei diritti umani. L'OMS ha riconosciuto che la violenza rappresenta un importante fattore eziologico e di rischio, in una serie di patologie della popolazione femminile. In particolare sono stati condotti studi, oltre che sulle patologie ginecologiche, anche sulle patologie gastroenteriche, sulle patologie mentali ed in particolare sulla depressione, sui disturbi alimentari (anoressia, bulimia), sui disturbi d'ansia. La mancanza di conoscenze da parte dei servizi sanitari relativamente ai sintomi, alle forme di manifestazione, ai cicli e l'escalation della violenza, fa sì che la violenza passi inosservata, i processi non vengano riconosciuti e vengano adottate misure inadeguate dal punto di vista medico con conseguenze potenzialmente fatali.

Il fenomeno della violenza sessuale e di quella domestica rappresenta un problema di Salute Pubblica e pertanto le Istituzioni preposte a garantire percorsi di salute, devono adottare procedure tese all'accoglienza e alla cura di queste persone. L'idea stereotipata di violenza, spesso comune tra gli operatori socio-sanitari, è che sia un grave reato, ma relativamente poco frequente.

Il 13 giugno 2013 l'Italia ha ratificato la Convenzione in materia di prevenzione e contrasto della violenza sulle donne – **Convenzione di Istanbul** - riconoscendo la violenza sulle donne come una violazione dei diritti umani e forma di discriminazione, e impegnandosi concretamente a prevenire e contrastare il fenomeno.

La Convenzione di Istanbul, infatti, promuove l'adozione di un modello integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne in cui vengano coinvolti *"tutti i soggetti pertinenti, quali le agenzie governative, i parlamenti e le autorità nazionali, regionali e locali, le istituzionali nazionali deputate alla tutela dei diritti umani e le organizzazioni della società civile"* (comma 3, art. 7, cap. II), al fine di dare una risposta globale al problema.

La Convenzione pone tra i suoi obiettivi quello di *"contribuire a eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne"* (comma 1, art. 1, cap. I).

Un ambito di azione fondamentale è rappresentato dal contesto sanitario, che rappresenta il primo luogo in cui la vittima di violenza entra in contatto con figure professionali e dove, a seconda delle capacità e sensibilità di operatori/trici, è possibile far emergere per la prima volta il fenomeno e prendere in carico la donna.

**L'emersione della violenza al Pronto Soccorso**, l'assistenza alle vittime e la loro presa in carico sono azioni fondamentali che necessitano di essere sistematizzate in un modello d'intervento, che deve far riferimento ai principi, alle linee guida e alle raccomandazioni della Convenzione di Istanbul e dell'OMS.

Un passo importante in questa direzione è contenuto nella Legge di Stabilità 2016, che istituisce *"nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza», con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking). All'istituzione del Percorso di tutela delle vittime di violenza si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste dalla legislazione vigente"* (comma 790).

Si riconosce quindi la centralità dell'azione di emersione della violenza al Pronto Soccorso e si delinea la necessità di alcune linee guida volte a rendere operativo il *"Percorso di tutela delle vittime di violenza e per i bambini vittime di violenza assistita da maltrattamento alle madri"* all'interno delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

**La Legge di Stabilità** aggiunge che *"l'attuazione delle linee guida avviene attraverso l'istituzione di gruppi multidisciplinari finalizzati a fornire assistenza giudiziaria, sanitaria e sociale, riguardo ad ogni"*

*possibile aspetto legato all'emersione e al tempestivo riconoscimento della violenza e a ogni tipo di abuso commesso ai danni dei soggetti di cui al comma 790, garantendo contestualmente la rapida attivazione di un Percorso di tutela delle vittime di violenza, nel caso in cui la vittima intenda procedere a denuncia, e la presa in carico, da parte dei servizi di assistenza, in collaborazione con i centri antiviolenza” (comma 791). Si ribadisce quindi l'importanza di un modello integrato, basato su meccanismi di cooperazione tra i diversi attori coinvolti, che fornisca protezione e sostegno alle vittime di violenza sotto vari aspetti, da quello sanitario a quello giuridico, sociale, economico, psicologico. Un modello già auspicato dalla Convenzione di Istanbul, che nel Cap. IV (Protezione e sostegno) delinea una serie di obblighi, azioni e servizi centrali per la presa in carico delle vittime, che dovrebbero essere messi a sistema.*

Il Pronto Soccorso in quest'ottica diviene il punto centrale della rete, le modalità d'azione degli operatori sanitari e sociali, la loro integrazione e l'interazione continua, la loro formazione *gender oriented*, le reti territoriali coinvolte e la possibilità di fornire alle donne un supporto completo (sanitario, psicologico, sociale, giuridico ed economico assieme) sono gli elementi caratterizzanti un modello di sostegno alla donna, che può risultare altamente efficace, nel sostenere le vittime e contrastare la violenza sulle donne.

**Si fa pertanto esplicito riferimento alle Linee Guida Nazionali (esse forniscono un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna - DPCM – Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018) per le Aziende sanitarie in tema di soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza maschile che espressamente prevedono:** la definizione/istituzione di un percorso di tutela per le donne che subiscono violenza volto a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento .

## **SCOPO E OBIETTIVI**

1. Favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere e, in particolare, di quella sessuale;
2. Garantire alla vittima che accede al Pronto Soccorso Ostetrico e alle altre U.O.C. della struttura ospedaliera un percorso di accoglienza protetta che riduca il disagio psico-fisico e promuova benessere e salute;
3. Formare il personale sanitario medico e non-medico sul tema della violenza degli uomini contro le donne aumentando le competenze e la sensibilità sul tema, e incrementando la capacità di cogliere i segni/segnali nascosti della violenza subita;
4. Garantire un progetto di continuità assistenziale e di sostegno, con l'offerta di follow-up medico e di un intervento psico-sociale e legale, in stretta integrazione ospedale-territorio;
5. Creazione di un'“Unità Rosa” costituita da un'ostetrica, un'infermiera e un/a ginecologo/a adeguatamente formate e che seguano la donna in tutte le fasi del percorso.

## **DESCRIZIONE AZIONI OPERATIVE**

### **1) ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA:**

- delle donne inviate dal Pronto Soccorso di altri Presidi ospedalieri o territoriali per una visita ginecologica a seguito di violenza sessuale dichiarata o sospetta.
- delle donne che giungono direttamente al Pronto Soccorso Specialistico Ostetrico-Ginecologico dell'A.O.U. Federico II per:
  - a. visita ginecologica;
  - b. presa in carico per parto;
  - c. dichiarata violenza sessuale.

### **2) INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:**

(Anamnesi accurata della violenza, Acquisizione consenso informato completo, E.O. completo, Eventuali terapie necessarie, Richieste di consulenze specialistiche)

### **3) RACCOLTA, CONSERVAZIONE E CUSTODIA DEI REPERTI**

### **4) PROFILASSI E SCREENING DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI ED EVENTUALE CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA, IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE;**

### **5) VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI E DELLE CONSULENZE;**

### **6) INFORMATIVA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA NEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE - COMPILAZIONE DEL REFERTO;**

### **7) COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST PER IL CONTROLLO DELLA PROCEDURA;**

### **8) RICOVERO O DIMISSIONE**

### **9) PROCEDURA DI INVIO DEL MINORE AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO**

## ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA

Il Percorso di presa in carico, presso il Pronto Soccorso Ospedaliero, è riferibile a tutte le donne vittime di violenza (ogni lesione fisica di qualsiasi tipo ha sempre un correlato psicologico) che afferiscono ai PS con le seguenti modalità di accesso:

- diretto e spontaneo della vittima – sola o con figli minori;
  - attraverso intervento del 118 con o senza l'intervento delle FF.OO.;
  - accompagnata dalle Forze dell'Ordine
  - su invio dei Centri Antiviolenza
  - accompagnata da un operatore del Centro Antiviolenza
  - accompagnata da persona da identificare
  - accompagnata dall'autore della violenza
  - accompagnata da altri servizi pubblici o privati
1. La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.
  2. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.
  3. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.
  4. L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà:
    - Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;
    - Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;
    - Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
    - Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche;
    - Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;
    - Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;
    - Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso.

Gli obiettivi di queste procedure sono:

- Rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;
- Verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza;
- Informare la donna della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;
- Avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale;
- Informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando

direttamente le FF.OO ,qualora previsto per legge.

## INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

La donna che si presenta ad un servizio di emergenza dopo aver subito un'aggressione fisica/ verbale/ sessuale/ psicologica, può non essere di facile inquadramento. La vittima potrebbe essere incapace di ricordare o di riferire l'accaduto, potrebbe fornire una storia non chiara circa i modi e i tempi dell'evento.

Il momento dell'accoglienza al triage rappresenta, pertanto, una fase fondamentale dell'assistenza alla donna vittima di violenza. *“Il personale addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi al Pronto Soccorso del territorio da parte della donna”* - DPCM – Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018.

L'operatore di Triage, in particolare, dovrà:

- **Registrare la paziente** e specificare la natura dell'aggressione (fisica, sessuale, verbale, psicologica, da comportamenti di pressione e anche da atti persecutori e stalking) e se questa è stata perpetrata da persona conosciuta è opportuno indicare tutto ciò che la vittima riferisce in ossequio a quanto disposto dall'art. 334 c.p, senza che ciò comporti alcuna responsabilità per l'operatore;
- **Annotare** sempre i recapiti telefonici della paziente;
- **Rilevare i parametri vitali (PA, FC, FR, TC, SpO<sub>2</sub>);**
- **Attribuire il codice di triage:**

Alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa – codice giallo, in caso di violenza sessuale, sarà attribuito sempre un codice minimo giallo, così da garantire una visita medica tempestiva. Alle donne vittime di violenza non si applica **mai** il codice bianco. Eccetto il codice “rosso”, tutti i casi e le tipologie di violenza hanno la precedenza. **Oltre al codice triage, sarà assegnato anche il simbolo identificativo VD (violenza dichiarata) o il simbolo VS (violenza sospetta), - sia sul cartaceo che sulla tendina informatizzata - e per quantificare il numero di donne vittime di violenza e per tracciare eventuali accessi ripetuti al PS. Il Simbolo identificativo sarà visibile solo dagli operatori sanitari e non comparirà altrove.**

- **Informaticamente, dopo aver attivato il Percorso, si avrà a disposizione una cartella di Pronto Soccorso con caratteristiche peculiari, quali:** allegati peculiari per acquisizione del consenso informato; procedure per anonimizzazione e secretizzazione del Verbale e del Referto, che potrà essere letto esclusivamente dal Dirigente medico compilatore e dal Direttore medico di Presidio.

**Inoltre, già nella fase di triage si può rendere necessario:**

- ✓ evitare di far lavare la vittima;
- ✓ evitare di far bere la vittima;
- ✓ allontanare la paziente dai familiari/accompagnatori qualora vi siano elementi che possano ingenerare il sospetto che questi ultimi siano coinvolti nella dinamica.

L'assistenza della paziente si avvarrà di un'equipe multidisciplinare comprensiva di tutte le figure professionali di cui può necessitare.

I professionisti devono:

- Dedicare il tempo adeguato al caso;
- Ridurre il numero di professionisti, degli spostamenti, delle procedure a quelli strettamente necessari;
- In caso di ricovero individuare un unico referente medico per le informazioni alla famiglia, soprattutto se l'assistenza medica è organizzata per turni;

- Coinvolgere nell'osservazione il personale infermieristico, che più a lungo ha la possibilità di verificare la situazione e che registrerà quanto osservato in maniera oggettiva. (Es. descrivere esattamente la scena così come osservata, senza alcun elemento di interpretazione personale, citare fra virgolette le conversazioni avute con la paziente, etc.);
- Rassicurare la vittima sul suo stato di salute fisica;
- Informare la vittima, rivolgendosi direttamente a lei (tale atteggiamento è importante per un migliore rapporto di fiducia), sulle diverse fasi della visita, nel modo più chiaro possibile, affinché possa essere partecipe e consapevole;
- Non utilizzare forza, coercizione e/o inganno, cercando di ottenere l'adesione della vittima alle procedure proposte;
- In caso di difficoltà della donna eventualmente riprogrammare la visita;
- Prevedere eventuali incontri successivi con le modalità più congrue per la vittima, in tempi compatibili con le esigenze del caso;

## INFORMAZIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

È fondamentale spiegare le fasi successive e le finalità degli accertamenti e richiedere il consenso della vittima per ogni singolo intervento. È raro che le vittime rifiutino alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità per le vittime di negare il consenso ad alcune procedure mediche consente di ripristinare quei limiti e confini che la violenza ha annullato.

- Informare la vittima delle indagini a cui verrà sottoposta e della loro importanza medico-legale, ponendo estrema attenzione a creare un contesto opposto a quello della violenza, rappresentando la possibilità di **ACCONSENTIRE** o meno ad ognuna di esse. “ *Verificare la presenza di figli minori informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza*”. (Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018)
- **Acquisire il consenso all'inizio dell'iter clinico-strumentale:** È fondamentale restituire alla vittima la possibilità di scegliere. Una volta inserita nel triage, la donna vittima potrà optare per l'anonimato nelle fasi successive.
- **Rilevazione del rischio per la donna attraverso l'utilizzo DAS “Brief Risk Assessment for the Emergency Department”** (Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018)

## COMPILAZIONE DELLA SCHEDA ANAMNESTICA

**La raccolta dell'anamnesi che prevede la registrazione fedele delle notizie rese dalla vittima di violenza è finalizzata all'orientamento clinico-diagnostico-terapeutico**

- **Il medico di P.S. raccoglie l'anamnesi, che deve essere redatta in modo chiaro e dettagliato, utilizzando gli schemi anamnestici previsti nella cartella “guidata” allegata. L'anamnesi deve comprendere:**
  - Anamnesi fisiologica e patologica remota della paziente; eventuali allergie note;
  - Descrizione dettagliata della sintomatologia riferita dalla paziente: disturbi genito-urinari, gastrointestinali, cardio-respiratori, neurologici, psichici;
  - Verifica dell'eventuale assunzione di farmaci successiva all'evento
  - Eventuali precedenti accessi al P.S. o presso altre strutture sanitarie;
  - Raccolta del racconto: riportare fedelmente virgolettato il racconto della vittima;
  - Acquisizione di informazioni sull'eventuale pulizia e detersione del corpo e/o delle zone lesionate, al fine di ricercare tracce biologiche (lampada di Wood), utili ai successivi accertamenti tecnici laboratoristi tipizzazione del DNA (p. es. in caso di morso o di contaminazione cutanea da parte di liquidi biologici dell'aggressore).

- Registrazione accurata delle circostanze dell'aggressione, con l'annotazione di:
  1. Data, ora e luogo dell'evento;
  2. Dinamica: numero degli aggressori, conosciuti o meno, presenza di testimoni; minacce o lesioni fisiche; presenza di armi, sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo;
  3. Tempo intercorso tra il sospetto maltrattamento/violenza e la visita;
  4. Eventuale avvenuta ingestione di alcolici o altre sostanze (previa valutazione e se necessario verrà approfondito con alcool test e tossicologico);
  5. Eventuale perdita di coscienza
  6. Minacce di morte o altro
  - 7.

## ESAME OBIETTIVO GENERALE

Preliminarmente è opportuno:

- Rilevare i parametri vitali (PA, FC, FR, TC, SpO2)
- Effettuare l'esame obiettivo generale e dei singoli apparati e valutare le eventuali lesioni traumatiche determinatesi nell'evento.
- Porre estrema attenzione ai quadri clinici che richiedono trattamento d'urgenza:
  - trauma maggiore (trauma cranico, trauma regione genitale, toracico o addominale);
  - presenza di deficit neurologici;
  - di stress respiratorio;
  - alterazione dei parametri vitali
- Valutare sempre la necessità di esami radiologici nel sospetto di fratture o di raccolte ematiche (Rx, Ecografia o TAC).
- Ricercare su tutta la superficie corporea e descrivere dettagliatamente (e se possibile documentare con materiale fotografico: Vedi reperti) tutte le lesioni presenti specificando:
  1. **tipologia delle lesioni:** eritemi, ecchimosi, ematomi, abrasioni/escoriazioni, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, esiti di lesioni, cicatrici, fratture, fratture pregresse
  2. **morfologia delle lesioni:** unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, costrizione, fustigazione, bruciature/ustioni (es. da sigaretta, da immersione forzata) per ascrivibilità al mezzo di produzione
  3. **localizzazione delle lesioni in sedi atipiche per traumi riferiti accidentali:** capo e volto, occhio, orecchio e/o zona retroauricolare, naso, bocca, dorso e palmo delle mani, unghie, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi
  4. **localizzazione delle lesioni in caso di riferito abuso sessuale:** capo, collo, estremità, fianchi e superficie mediale delle cosce, sedi tipiche in caso di aggressione sessuale
  5. **numerosità delle lesioni:** riscontro, spesso occasionale, di lesioni od esiti cicatriziali delle stesse, talora così numerose che la loro descrizione si identifica come “lesività a carta geografica”
  6. **cronologia:** riscontro, spesso occasionale, di lesioni in diversa fase evolutiva
  7. ecchimosi ed ematomi a differente evoluzione cromatica, soluzioni di continuo sanguinanti o sotto crosta

### Utilizzare la cartella clinica “guidata” corredata da schemi corporei per la sede della lesione

Le lesioni presenti in caso di **violenza sessuale** coinvolgono più frequentemente capo, collo ed estremità (tipiche ad es. le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce). Possono riscontrarsi segni di morsicature, sotto forma di ecchimosi o di escoriazioni in base agli elementi dentari rappresentati e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni, escoriazioni lineari, seriate e parallele a carico degli arti superiori (“a binario”); segni di legatura dei polsi o delle caviglie, ustioni di I e II grado rotondeggianti (“bruciature di sigaretta”).

**Ricercare le “lesioni da maltrattamento”:** ecchimosi a carico degli arti superiori (in genere nelle sedi di afferramento, in particolare dei polsi e degli avambracci). In generale, quando si visita un paziente per qualsiasi

tipo di condizione, esistono alcuni tipi di lesioni che possono far sospettare un'eziologia non accidentale del danno: bruciature di sigarette o ustioni in genere, morsi umani, fratture delle ossa lunghe nei bambini, lesioni a carico delle guance, delle orecchie, del tronco, delle natiche, dei genitali.

Nei casi di morsi, è opportuno prelevare materiale genetico dell'aggressore e descrivere dettagliatamente forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore per una successiva comparazione.

### **Eseguire l'ispezione del cavo orale.**

**Verificare sempre lo stato mentale della paziente**, con il supporto dello psicologo, ove possibile. È molto probabile che la paziente, di propria volontà, si rivolgerà solo in alcuni casi e con molto ritardo al servizio territoriale; l'anticipo della conoscenza e l'offerta attiva di "accompagnamento" del servizio territoriale psicologico, pertanto, è indispensabile affinché la paziente, all'atto della dimissione, possa essere affidata, per una assistenza psicologica e sociale, ai servizi territoriali. Nei casi in cui in ospedale, non sia presente la figura dello psicologo.

## **ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO**

Per valutare:

- Tempo trascorso tra la violenza e la visita
- Modi di penetrazione: vaginale e/o anale e/o orale, unica e ripetuta; utilizzo di oggetti; uso del preservativo, avvenuta eiaculazione
- Precedenti visite presso altre strutture
- Avvenuta pulizia delle zone lesionate o penetrate
- Avvenuto cambio degli slip o degli indumenti
- Avvenuta minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (a seconda delle diverse modalità della violenza)
- Assunzione di cibo o bevande dopo l'aggressione sessuale
- Segnalare rapporti sessuali consenzienti prima e dopo l'aggressione (per una eventuale tipizzazione del DNA dell'aggressore)
- Ultimo ciclo mestruale
- Eventuale utilizzo di anticoncezionali

### ***La donna dovrà svestirsi per consentire la visita, sarà pertanto necessario:***

- *predisporre un foglio di carta bianco sul quale la donna dovrà svestirsi;*
- *conservare gli indumenti e gli oggetti personali in appositi contenitori di carta;*
- *evitare che la paziente beva prima di aver provveduto ad effettuare i tamponi della mucosa buccale;*
- *sconsigliare di urinare o liberare l'intestino;*
- *mettere a disposizione della paziente kit indumenti monouso*

Posizionata la paziente sul lettino ginecologico, procedere alla visualizzazione e alla descrizione sistematica delle seguenti regioni anatomiche, valutando l'opportunità di utilizzare il colposcopio:

1. regione vulvare (conformazione, trofismo, colorito delle mucose all'interno delle grandi labbra, clitoride, presenza di perdite ematiche, escoriazioni, ecchimosi, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, iperemie, cicatrici, secrezioni e condizione igienica complessiva);
2. imene (forma, integrità, elasticità, caratteristiche del bordo, attenuazione del margine posteriore), sanguinamenti, arrossamenti, ecchimosi, sinechie, cicatrici;
3. meato uretrale (dilatazione, bande periuretrali);

4. forchetta e perineo (friabilità della forchetta, discromie, edemi, sanguinamenti, ipervascolarizzazioni)
  5. regione anale (presenza o assenza di lesioni analoghe come sopra e ancora: congestione venosa, ragadi, pliche cutanee appianate, perdita di tono dello sfintere, aspetto imbutiforme con visualizzazione del canale anale);
  6. cavità orale.
- **Eseguire l'esame** con lo speculum prima dell'esplorazione vaginale, per evitare che la manipolazione alteri il quadro visivo/o modifichi il contenuto vaginale in caso di prelievi per esami speciali: esame batterioscopico, esame colturale, esame citologico, prelievi per la ricerca degli spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza. In presenza di lesioni meno evidenti può essere utilizzata una lente di ingrandimento e - dove possibile - un colposcopio, che consente anche una documentazione fotografica.
  - Si passerà quindi all'esplorazione vaginale o esplorazione bimanuale addomino-pelvica (se indicato).
  - Conservare gli indumenti e gli oggetti personali in appositi contenitori chiusi
  - Riportare sempre la data dell'ultima mestruazione e il metodo contraccettivo eventualmente utilizzato
  - **Descrivere anche brevemente l'atteggiamento della donna durante la visita e le difficoltà incontrate dall'operatore.**

- **ESAMI DIAGNOSTICI ED EVENTUALI TERAPIE, CONSULENZE SPECIALISTICHE**

- Prescrizione esami laboratoristici/radiologici necessari
- Richiesta ed effettuazione consulenze specialistiche
- Adozione misure terapeutiche conseguenziali

## **RACCOLTA, CONSERVAZIONE E CUSTODIA DEI REPERTI**

Repertazione in corso visita medica/etichettatura e conservazione

- 1) Indumenti
- 2) Tamponi genitali esterni e vaginali
- 3) Tampone ano-rettale
- 4) Tampone orale
- 5) Tampone cutaneo
- 6) Unghie
- 7) Peli pubici/capelli
- 8) Esecuzione degli esami tossicologici
- 9) Etichettatura e conservazione

**Conservare gli indumenti e gli oggetti personali** - vanno in appositi contenitori chiusi.

### **Raccomandazioni medico-legali per la raccolta, conservazione e custodia dei reperti**

Le tracce di materiale biologico evidenziabili si possono cercare:

**A - sugli indumenti della vittima:** le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. Tutti gli indumenti devono essere conservati, per consentire l'esecuzione di ricerche specifiche con metodologie, metodiche, tecniche e strumentazione appropriata.

Deve essere conservato tutto ciò che è stato a contatto con cute e mucose della vittima, durante e dopo la presunta aggressione, anche eventuali assorbenti interni ed esterni, in caso di sospetto abuso sessuale.

**B- sul corpo della vittima:** le tracce devono essere cercate facendosi guidare dal racconto della vittima ed utilizzando la lampada di Wood, utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo, su cute, mucose ed indumenti.

La tipizzazione genetica viene effettuata sulla ricerca di campioni biologici raccolti su 5 tamponi a secco eseguiti nelle varie zone (a secondo del racconto: vaginale, orale, anale, cutanea e sottoungueale), etichettati con i dati anagrafici della donna inseriti in provette e custoditi in sicurezza in un ambiente idoneo (congelatori a bassa temperatura -20°/-80° custoditi in **Laboratorio Analisi** e in condizioni di sicurezza – **congelatori con chiusura di sicurezza**) in attesa di ordine di consegna da parte dell' Autorità Giudiziaria.

La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1-3 giorni (retto e genitali esterni) fino a 7-10 giorni (cervice).

Se la vittima ha prestato specifico consenso, **eseguire fotografie delle lesioni secondo le modalità riportate nel riquadro specifico:**

**MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLE FOTO**

- ✓ Nel locale dedicato al Percorso è disponibile una macchina fotografica digitale. La scheda di memoria contenente le immagini della vittima deve essere consegnata, insieme alla documentazione clinica, al Referente Clinico che a sua volta provvederà a consegnarla al referente aziendale o suo delegato che provvederà alla loro debita archiviazione e conservazione.
- ✓ Effettuare le foto prima di intervenire con le cure mediche, se possibile.
- ✓ Utilizzare il riferimento metrico contenuto nel kit.
- ✓ Fare foto di insieme da cui sia possibile evincere la localizzazione della lesione e poi procedere ad una foto ravvicinata della lesione (eventuale macro).
- ✓ In una foto includere il viso.
- ✓ Riportare nella cartella clinica l'esecuzione delle foto ed il nome dell'esecutore.

## **CATENA DI CUSTODIA DEI REPERTI - VERBALE DI CATENA DI CUSTODIA**

1. Segnalare ciascuna fase della raccolta e campionatura dei reperti, con la redazione di un idoneo verbale identificativo, riportante numero, tipo di reperto e campione, da allegare alla scheda di rilevamento sospetto maltrattamento/abuso.
2. Ogni reperto e campione dovrà essere firmato dall'operatore che ha proceduto alla raccolta e al confezionamento.

***Il responsabile della conservazione redigerà al momento del trasferimento dei reperti e dei campioni idoneo verbale di consegna (vedi allegato) da allegare alla scheda di maltrattamento/violenza.***

## **PROFILASSI E SCREENING DELLE MALATTIE INFETTIVE E DELLE MALATTIE INFETTIVE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI ED EVENTUALE CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA**

Dal momento che il rischio di contagiarsi con una delle MTS (p. es., la gonorrea, la sifilide, etc.) può essere frequente, devono essere prese delle misure preventive

### **Andranno eseguiti:**

1. **TAMPONE VAGINALE/ENDOCERVICALE PER RICERCA COLTURALE GERMI COMUNI** (utilizzare tamponi con terreno di trasporto ed inviare Laboratorio Aziendale di riferimento) per la ricerca di: Miceti; Trichomonas Vaginalis; Gardnerella Vaginalis; Streptococco beta emolitico di gruppo b e altri beta emolitici; Enterobacteriacee

#### **Modalità di prelievo:**

- Prelevare con il tampone a secco un po' di materiale del fornice posteriore, quindi introdurlo nel contenitore con terreno di trasporto
- Conservare a temperatura ambiente fino alla consegna in laboratorio

2. **TAMPONE VAGINALE/ENDOCERVICALE PER RICERCA di Neisserie Gonorrea**

#### Modalità di prelievo:

Con il tampone a secco prelevare materia e ruotando nel canale cervicale (tampone grande) o nell'uretra introducendolo per circa 2 cm tampone piccolo), quindi introdurlo nel contenitore con terreno di trasporto

- Conservare al più presto in laboratori

Tutti i risultati degli esami effettuati dal Laboratorio Aziendale di riferimento saranno trasferiti (via Web – ADT) al Reparto richiedente (Pronto Soccorso) che potrà, in qualsiasi momento, stampare i referti e inserirli nella Cartella Clinica.

3. **ESEGUIRE I SEGUENTI TEST (DA INVIARE AL LABORATORIO AZIENDALE DI RIFERIMENTO)** per:

- HBsAg
- HBsAb
- HCV-Ab
- HIV-Ab (consenso da richiedere per iscritto) • Anticorpi anti-treponema
- Test di gravidanza.
- Ricerca droghe d'abuso: da richiedere tutte le volte che c'è un sospetto clinico di assunzione e/o se riferito dalla paziente (previo consenso); particolare attenzione va riservata ai casi di sospetta costrizione all'assunzione di sostanze stupefacenti (droghe da stupro)

Informare la paziente della necessità di ripetere i Prelievi ematici a 1-3-6 mesi per VDRL-TPHA e/o HIV ed iniziare la profilassi che consiste nella somministrazione di :

- a) **Ceftriaxone, 250 mg intramuscolo in singola dose;**
- b) **Metronidazolo, 1gr mattina e sera per un giorno da prescrivere a cura della paziente;**
- c) **Azitromicina da 500 mg., 1 compressa alla sera per tre giorni da prescrivere a cura della paziente.**

Il test per la gonorrea, la sifilide e l'epatite devono essere ripetuti entro 6 sett. I test per la sifilide e per l'epatite devono essere ripetuti dopo 6 mesi.

### **Profilassi della gravidanza**

I fattori che determinano la possibilità di una gravidanza includono la data dell'ultimo ciclo mestruale e l'eventuale uso dei contraccettivi. Deve essere offerta la contraccezione del giorno dopo, *Norlevo 1.5 cps/monodose* efficace se somministrato al massimo entro le 72 h dalla violenza sessuale. Se tra 3 e 5 giorni offrire Ulipristal acetato 30mg (Ellaone).

Qualora sia possibile una gravidanza preesistente, non bisogna somministrare estrogeni fino al momento della certezza diagnostica. Se la gravidanza è conseguenza della violenza sessuale, deve essere accertata l'attitudine della paziente nei confronti della gravidanza e dell'aborto e, se appropriata, deve essere offerta la possibilità di un'interruzione elettiva.

### **Profilassi HIV**

Il rischio di acquisire l'infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso ma non facilmente quantificabile. Nel casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza di questa patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli) o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità (ematomica, gastrointestinale e neurologica), la comparsa di effetti collaterali importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia.

Va iniziata il prima possibile, probabilmente, al massimo entro 12-24 ore (la maggiore efficacia è descritta entro 1-4 ore dopo il contatto, per tale motivo il risultato del test HIV dovrà essere fornito dal laboratorio non appena possibile); ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane.

E' consigliabile fare riferimento a un centro specializzato per le malattie infettive che seguirà la paziente per il periodo della terapia e per il follow-up.

Il medico di guardia dovrà specificare in cartella tutti gli esami effettuati e inviati al laboratorio e specificare al momento dell'eventuale dimissione di ritirare dopo 10 giorni la fotocopia della cartella clinica contenente i referti degli esami eseguiti.

## COMPILAZIONE DEL REFERTO: SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA'GIUDIZIARIA

*Il referto va sempre compilato tenendo in considerazione l'intero percorso sanitario seguito dalla donna. Una copia del referto verrà consegnata/inviata all' A.G. Il referto 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 nome della persona alla quale è stata prestata assistenza, le sue generalità, ed il luogo dove si trova attualmente;
- il luogo, il tempo e le circostanze che hanno richiesto l'intervento sanitario: il/i responsabili dell'aggressione/violenza, specificando se persona nota o non nota ed eventuali legami (di parentela, professionali, amicali ecc.); 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;
- ogni altra notizia atta a stabilire le circostanze, le cause del delitto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare (in caso di violenza, sarebbe auspicabile riportare il racconto della vittima facendo emergere i dati essenziali come le notizie sull'aggressore, la presenza di testimoni, l'assunzione di farmaci, i sintomi psichici manifestati e quelli riferiti dalla paziente);
- le fonti di prova già note, 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;
- i mezzi con i quali esse sono state presumibilmente determinate e gli effetti che hanno causato o possono causare;
- l'indicazione di eventuali rilievi fotografici;
- la diagnosi conclusiva *con diagnosi e prognosi* "riportando i codici di diagnosi (principale e secondaria) ICD9-cm: **(come da Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018)**

*995.50 abuso/maltrattamento minore*

*995.80 abuso/maltrattamento adulto*

*995.83 abuso sessuale adulto*

*995.51 violenza psicologica su minore*

*995.53 abuso sessuale minore*

*Il referto è l'atto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che hanno la possibilità di presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio e ciò anche quando l'autore sia persona non imputabile. Questo obbligo diviene un'opportunità preziosa nella relazione con la donna, in quanto afferma la gravità della situazione, la possibilità che venga riconosciuta e presa in carico da figure professionali competenti e garantisce la rintracciabilità dell'incontro nel momento in cui la donna sceglierà di denunciarlo personalmente.*

Il medico ha l'obbligo di redigere il referto da inviare, senza ritardo, alla Procura della Repubblica.

- Nel caso in cui l'assistenza sia stata prestata da più sanitari, tutti sono obbligati a presentare il referto, che può redigersi in atti separati o in uno solo, sottoscritto da tutti (art. 334 c.p.p.).

### **Il medico ha l'obbligo di referto:**

1. Se il fatto è commesso nei confronti di persona di età minore ai 18 anni;

2. Se il fatto è commesso dal genitore anche adottivo o dal convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
3. Se il fatto è commesso da pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
4. Se la vittima riporta lesioni personali dolose per le quali è prevista la procedibilità d'ufficio (lesione personale con prognosi superiore a 20 giorni)
5. Nel caso di minaccia grave o commessa con armi o nel caso di violenza perpetrata da più persone riunite (violenza di gruppo);
6. Quando vi è stato sequestro di persona da intendersi come privazione della libertà personale;
7. Se il fatto è connesso con altro delitto perseguibile d'ufficio;
8. Se la vittima vuole presentare querela.

- Comunicare sempre alla donna l'importanza di stendere il referto e di fare le segnalazioni, come segnale di riconoscimento dei reati subiti e come raccolta di prove utili per eventuali procedimenti giudiziari.
- Stendere sempre il referto, comprensivo del racconto della donna, ma anche dei sospetti rilevati dai segni psico-fisici osservati
- Il referto deve essere presentato entro 48 ore o, se vi è pericolo, immediatamente.
- Va presentato al pubblico ministero e/o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo dove è avvenuta la prestazione del sanitario.
- Sono ufficiali di polizia giudiziaria i funzionari di pubblica sicurezza, gli ufficiali e sottoufficiali dei carabinieri, della guardia di finanza e degli agenti di pubblica sicurezza;

In caso si delinei situazione di violenza diretta sui minori è obbligatoria la segnalazione ai servizi sociali.

## COMPILAZIONE CHECK LIST PER IL CONTROLLO DELLA PROCEDURA

### Controllare se:

1. Sono stati controllati i dati anagrafici della paziente con l'eventuale acquisizione della fotocopia del documento
2. E' stato raccolto il/i consenso/i informato/i
3. È stata raccolta l'anamnesi in maniera completa, descrivendo in modo chiaro le modalità dell'aggressione
4. È stata eseguita una corretta raccolta del materiale probatorio e fotografico
5. È stato eseguito l'esame obiettivo generale con la descrizione dettagliata delle lesioni presenti e localizzandole sull'apposito schema corporeo
6. È stato eseguito l'esame obiettivo ginecologico (in caso di violenza sessuale)
7. Sono stati eseguiti prelievi ematici e batteriologici.
8. Sono stati eseguiti esami tossicologici, quando necessari e previo consenso.
9. Sono stati effettuati i tamponi per la ricerca degli spermatozoi e per la raccolta del materiale genetico (riverificare la corretta raccolta del materiale e la catena di custodia)
10. Sono stati eseguiti i tamponi per la ricerca delle malattie sessualmente trasmesse (riverificare la corretta raccolta del materiale)
11. È stata proposta profilassi per le malattie sessualmente trasmesse (PPE, profilassi antibiotica e antitetanica)
12. È stata proposta la contraccezione d'emergenza (previo dosaggio delle beta-HCG)
13. È stato effettuato ed inoltrato il referto all'Autorità Giudiziaria (se dovuto)
14. È stata valutata la dimissibilità e il possibile rientro a domicilio della donna vittima
15. È stato attivato un follow-up clinico e psicologico

## RICOVERO O DIMISSIONE

Al termine dell'inquadramento diagnostico è necessario :

1. **Valutare la dimissibilità della paziente** preferibilmente avendo a disposizione i risultati degli esami effettuati (compresi gli esiti delle consulenze specialistiche, gli approfondimenti diagnostici per immagini, etc..)
2. **Valutare il possibile rientro** della donna a domicilio o il ricovero. I sanitari e l'assistente sociale, che intervengono nel percorso di tutela e presa in carico delle donne vittime di maltrattamento/violenza, devono sempre stimare le condizioni di rischio attuale o potenziale. Tale valutazione va effettuata attraverso la “ *Brief Risk Assessment for the emergency Department-DAS-* ( *Snider et alt. 2009*) è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità” Se ricorrono le condizioni di rischio per la donna si provvederà a mettere in protezione la vittima, tramite ricovero o collocazione della stessa in un luogo sicuro (case-rifugio). In tal caso occorre valutare (sulla base di alcuni indicatori di rischio) i pericoli alla quale la stessa ed i suoi figli, se presenti, può essere esposta.

A tal proposito, è necessario procedere alla segnalazione alle FF. OO. che provvederanno a collocare la donna presso struttura idonea. In assenza di fattori di rischio, in dimissione la donna sarà indirizzata al centro antiviolenza e/o ai servizi sociali territoriali. In fase di dimissioni occorre tenere presente che una donna vittima di violenza, pur non avendo riportato conseguenze fisiche significative, si trova comunque in una situazione di particolare fragilità psicologica.

*All'atto della dimissione rilasciare alla donna il verbale denominato cartella di Pronto Soccorso*

3. **Attivare il follow-up clinico** e di supporto psicologico, qualora valutato come necessario, specificando al momento della dimissione di ritirare dopo 10 giorni la fotocopia della cartella clinica contenente i risultati degli esami eseguiti.
4. **Valutare la necessità di ricovero ospedaliero:**  
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).  
se la donna è in stato di gravidanza e sussistono rischi al suo rientro in famiglia;  
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..

Gli interventi di cura e protezione devono sempre essere modulati in relazione alla gravità della situazione presentata dalla vittima di violenza, e quindi rispondere a criteri di congruità e non di urgenza “soggettiva”, al fine di:

- assicurare la necessaria protezione tramite una presa in carico precoce ed integrata qualora si evidenzino rilevanti fattori di rischio nell'ambiente di vita
- garantire, al contempo, l'attuazione di ulteriori accertamenti diagnostici

Nel caso il medico decida per una dimissione, provvederà ad informare la donna sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up gratuito, etc.

*“L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati.*

***I Centri antiviolenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni Generali”.*** DPCM – Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018

## PROCEDURA DI INVIO DEL MINORE AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Nel corso della refertazione sanitaria quando la donna/madre riferisce il coinvolgimento dei figli nel maltrattamento e si ravvisa la possibile presenza (attraverso il riferito materno) di condizioni traumatiche nei minori, collegate all'ultimo evento di violenza (consistenti in: insonnia, inappetenza, paure, incubi, pianto, ovvero una sintomatologia da shock traumatico), si procede con l'osservazione diretta del minore in Pronto Soccorso Pediatrico. **In questi casi i minori potrebbero essere vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri.**

*“Per violenza assistita intrafamiliare s'intende l'esperire da parte del bambino/a e adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e **stalking** su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. Il **bambino/adolescente** può farne esperienza direttamente (quando la violenza avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minorenne è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti **acuti e cronici, fisici e psicologici**. La violenza assistita include l'assistere a violenze di **minorenni su altri minorenni** e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici. Il coinvolgimento dei bambini nella violenza domestica, può avvenire non solo durante la convivenza dei genitori, ma anche in fase separativa e dopo la separazione. Queste ultime due fasi sono particolarmente a rischio per il coinvolgimento dei figli da parte del genitore violento, i quali possono essere utilizzati come strumento per reiterare i maltrattamenti sulla madre e per continuare a controllarla. Inoltre in queste fasi aumenta il rischio di escalation della violenza e la possibilità di un esito letale (omicidio della madre, omicidi plurimi, omicidio-suicidio)”. Le dinamiche della violenza domestica interferiscono sulla relazione con i figli, alterando l'espressione delle funzioni genitoriali della madre e del padre maltrattante e i modelli di attaccamento”<sup>2</sup>.*

Il bambino e la madre, quindi, vengono accompagnati direttamente in pronto soccorso pediatrico (senza passaggio attraverso il pronto soccorso generale) dall'operatrice sanitaria che ha effettuato **l'accoglienza e/o dall'operatrice dello supportopsicologico eventualmente presente in P.S.** In Pediatria il minore viene condotto prima a visita medico/pediatrica con relativo referto successivamente, all'osservazione psicologica nell'ambito dello stesso reparto pediatrico. Anche per il maltrattamento assistito vi possono essere esiti rilevanti di disagio. Le procedure in Pronto Soccorso Pediatrico si riportano alle fasi dell'intervento così come individuate nel documento CISMAI

**Il “Percorso” termina all'interno del Pronto Soccorso con l'invio successivo della donna agli altri attori della rete inter istituzionale, disposti a misura delle sue specifiche esigenze.**

---

<sup>2</sup> Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri C.I.S.M.A.I (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia) 2017 **(All. 9 al presente)**

## SUPPORTO PSICOLOGICO

*L'ascolto psicologico è esclusivamente dedicato alle donne che subiscono Violenza e ai bambini vittime di Violenza Assistita da maltrattamento sulle madri.*

*Il supporto di ascolto psicologico in Pronto Soccorso è fondamentale in quanto*

- ❖ **Ogni lesione fisica e/o i maltrattamenti di qualsiasi tipo hanno un correlato psichico;**
- ❖ **La lesione psichica come quella fisica può essere valutata solo da un tecnico del settore;**
- ❖ **La violenza psicologica è quella più diffusa;**

### **Il campo di indagine del supporto psicologico**

E' opportuno accompagnare la visita medica con accertamenti di tipo psicologico, infatti:

- Ogni lesione fisica e/o i maltrattamenti si accompagnano **sempre** ad uno stato emotivo turbato;
- I segnali possono consistere in uno stato di ansia transitorio, associato eventualmente a sintomi psico-fisici come tachicardia, tremore, sudorazione ecc, oppure si manifestano stati psichici più complessi come **il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo di panico;**
- Si possono presentare poi, in rapporto alla gravità dell'episodio di violenza ed alla sua cronicità, stati di depressione o di ansia più marcati;

*Quando c'è violenza non si parli di conflitti; la violenza del partner non può essere ridotta a conflittualità di coppia in quanto:*

- La conflittualità è la contrapposizione di idee, esigenze emotive, metodi, processi decisionali, tra due persone che si fronteggiano ad armi pari e/o che si considerano alla pari.
- La violenza si pone al di fuori delle controversie individuali e familiari con il ricorso all'imposizione, alle minacce, alla forza fisica. Quando c'è violenza non si vedono più idee ed opinioni contrapposte ma regna una sola idea ed una sola opinione, quella del più forte: ciò vuol dire che non ci sono condizioni di parità, ma ci si trova di fronte ad un dislivello di potere verso il quale si deve operare con disparità per riequilibrare il peso delle due condizioni e renderle paritarie. Quando c'è disparità e violenza tutti gli organismi internazionali sanitari (OMS, AMA) mettono in guardia dal ricorrere alla mediazione o alla terapia di coppia: **"La terapia di coppia o gli interventi di mediazione familiari sono controindicati in caso di violenza domestica, i tentativi di intraprendere una terapia familiare in presenza di una violenza in atto può incrementare il rischio di seri danni per le donne ed i loro figli"**.

(Couples' counseling or family intervention is generally contraindicated in the presence of domestic violence." AMA - American Medical Association, *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*, 1992.)

*Si sottolinea che l'operatore sanitario Psicologo non ha il compito di verificare la veridicità del racconto e di quanto riferito dalla donna: questo spetta solo all'Autorità Giudiziaria; ma l'operatore sanitario Psicologo può invece, attraverso la diagnosi e la raccolta della documentazione sostenere, descrivere e asseverare una valutazione dello stato psicologico della vittima ai momento dei fatti subiti e subito dopo.*

Il personale che ha accolto il racconto della donna e che ha individuato elementi di sospetto che lascino supporre la presenza di una storia di violenza, accompagnano la donna **allo supporto psicologico ubicato nella stanza dedicata alla donna presso il Pronto Soccorso**, nel quale potrà effettuare un colloquio con un'operatrice per l'ascolto e la eventuale refertazione psicologica. Questo avviene, sia nel caso in cui l'accesso

al P.S. sia direttamente collegato alla storia di violenza, sia che questa emerga come uno dei dati raccolti dall'anamnesi, la donna viene accompagnata allo Supportoe/o in fase di dimissione viene informata circa i giorni di attività dello stesso ed invitata a farvi riferimento.

Lo supportopsicologico di ascolto si avvale di profilo professionale di psicologo, stabile e con specifica formazione specialistica in materia. **A tal fine: I Centri antiviolenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni Generali".** DPCM – Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018

Il supporto psicologico effettua le seguenti prestazioni:

- accoglie e rassicura la donna refertata in P.S. e la informa sui suoi diritti;
- effettua la consulenza psicologica specifica e stila il referto psicologico che accompagnerà, la documentazione in cartella sanitaria ( e citato come quello medico con lo stesso numero) nel verbale di dimissione rilasciata alla donna .
- invia la donna alla rete di sostegno extra ospedaliera prendendo contatti diretti con gli operatori dei servizi ( centri e/o associazioni antiviolenza, servizi sociali, altri servizi sanitari territoriali, quali i Consultori e i centri psicologici clinici in ambito giuridico del territorio dell'ASL - qualora non si ravvisino condizioni di rischio per la donna.

Il “Percorso” termina all'interno del Pronto Soccorso con l'invio della donna da parte degli operatori al supporto di ascolto Psicologico **ubicato nella stanza dedicata alla donna presso il Pronto Soccorso**, e, all'atto della dimissione agli altri attori della rete inter istituzionale, **disposti a misura delle sue specifiche esigenze. : I Centri Antiviolenza presenti sul territorio** che offrono, per primi, assistenza psicologica, supporto psicologico e di orientamento /accompagnamento, consulenza legale, formazione professionale e pronta accoglienza; **Servizi Sociali Territoriali**, soprattutto quando la donna è accompagnata da minori; Servizi Sanitari distrettuali dell'area Materno Infantile della ASL per tutte le necessità legate all'assistenza sanitaria medica e/o psicologica a medio e lungo termine medici e/o psicologici- per l'assistenza psicologica alla donna vittima di violenza e ai suoi figli minori vittime di “ violenza assistita “.

*“L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati.* DPCM – Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018

**In questo modo, il “Percorso” costituisce l'elemento innovativo centrale del rapporto medico-ospedaliero che mette insieme le esigenze di prima assistenza delle vittime con le esigenze di tutela della salute dei minori e di attivazione di procedure per la messa in sicurezza congiunta delle donne vittime di violenza e dei loro figli minori.**

Vengono inoltre forniti riferimenti in merito alle attività e modalità di accesso dei **centri antiviolenza territoriali**, e sanitari territoriali ai quali, successivamente la donna sarà inviata.

**La violenza sulle donne pone problemi sia psicologici che sociali per la vittima**, la quale deve spesso far fronte da un lato al proprio stato d'animo e dall'altro alle frequenti reazioni negative (p. es., un atteggiamento inquisitorio o derisorio) degli amici, della famiglia. Le reazioni più frequentemente osservabili sono la **paura, la rabbia ed un pervasivo stato d'ansia**; le reazioni esteriori della paziente possono però variare dalla loquacità, alla tensione nervosa, al pianto e tremore fino allo shock e all'incredulità. A volte si apprezza anche uno stato psichico non coerente con quanto patito come: calma, quiescenza e sorriso. Queste ultime risposte non indicano che la vittima sia indifferente all'accaduto; possono, invece, essere reazioni elusive o possono riflettere la spossatezza fisica o rappresentare un modo di fronteggiare la situazione, controllando le proprie emozioni. Le donne sono, in genere, impaurite, imbarazzate spesso si sentono umiliate.

La reazione di rabbia di molte delle vittime si può scaricare sul personale dell'ospedale, che deve esserne consapevole e non reagire in modo aggressivo.

E' noto dalla letteratura scientifica che esistono effetti a lungo termine della violenza e comprendono il rivivere le sensazioni dell'aggressione (flashback), l'avversione per il sesso, l'ansia, le fobie, la diffidenza, la depressione, gli incubi e i disturbi del sonno, i sintomi somatici e l'isolamento sociale. Alcune donne diventano disordinate e agiscono in modo difforme dal loro carattere, spesso angosciate da profondi sensi di colpa e dalla vergogna. Questi vissuti compaiono quando le pazienti ritengono, generalmente in modo irrazionale, di essere state in qualche modo responsabili dell'episodio o che avrebbero potuto evitare l'aggressione o che la violenza subita rappresenti una punizione per qualche immaginaria trasgressione commessa.

In molti casi le donne vittime di violenza sono madri di bambini talvolta anche molto piccoli. La violenza sulle madri è un fenomeno diffuso e costituisce la condizione di molti casi di **violenza assistita** subita dai bambini. Essa può mettere a rischio, a partire dalle prime fasi della gravidanza, la salute psicofisica e la vita stessa sia delle madri che dei bambini. Una madre maltrattata è una madre traumatizzata e la violenza, soprattutto se cronica, può produrre **quadri sindromici complessi, per i quali sono state proposte diverse classificazioni, quali disturbo post traumatico da stress complesso e DESNOS (Herman, 1992, van der Kolk, 2005).**

**Nel DSM V sono inseriti nell'area nosografica dei "Disturbi correlati a stress e trauma" (Disturbo post traumatico da stress, il Disturbo Acuto da Stress, il Disturbo dell'Adattamento). La violenza domestica danneggia le competenze genitoriali, influenzando fortemente la relazione con i figli.**

## LA REFERTAZIONE PSICOLOGICA

Nel "Percorso", la donna viene accolta, dallo psicologo e dall'assistente sociale e riceve tutte le informazioni circa i suoi diritti, le opzioni che le si aprono nel caso voglia procedere nella sua azione di denuncia. A seguito dell'accoglienza e della consulenza psicologica da parte degli operatori del supporto di ascolto Psicologico **ubicato nella stanza dedicata alla donna presso il Pronto Soccorso**, si procede con la realizzazione del "Referto Psicologico" che costituisce **la raccolta del riferito** e del punto di vista della donna relativa alla sua sofferenza e sulle conseguenze della violenza subita nella propria vita. Esso amplia l'osservazione medica, includendo l'osservazione dello stato psichico della paziente, il racconto dell'ultimo episodio di violenza, oggetto del referto medico, altri episodi di violenza presenti in anamnesi, con particolare riferimento all'ultimo anno (utili a configurare l'esistenza di un reato a procedibilità d'ufficio), e la presenza di minori (violenza assistita). **Il referto psicologico viene** redatto ad integrazione di quello medico e/o ginecologico.

**Il referto psicologico** è stato riconosciuto dalla Procura del Tribunale di Napoli<sup>3</sup> nel suo carattere documentale ed ammesso come mezzo di prova nell'iter processuale: *"Si può ritenere che in forza della duplice articolazione del referto psicologico (parte dichiarativa della vittima e parte valutativa del sanitario) non si può escludere il carattere documentale al referto nella parte in cui esso ha ad oggetto l'osservazione diretta a cura del sanitario in ordine allo stato emotivo, cognitivo e comportamentale della vittima, nonché alle deduzioni effettuate dallo stesso sanitario in ordine all'attendibilità psicologica della persona ed alla diagnosi complessiva che -partendo dal narrato-fornisce indicazioni sulle condizioni psicologiche della vittima".* In questi termini al referto psicologico può essere riconosciuto valenza documentale e conseguentemente può essere richiesta l'acquisizione in dibattimento. E ancora: *"il referto psicologico può essere indicato tra le*

---

<sup>3</sup>Documento del 1.2..2014 a firma del dott. D'Avino, Procuratore della Repubblica Aggiunto avente ad oggetto: "Utilizzazione dibattimentale della refertazione psicologica in pronto soccorso predisposta dal PO San Paolo in relazione alle donne vittime di violenza".

*fonti di prova in occasione dell'esercizio dell'azione penale''*. Esso munisce la donna di uno strumento di interpretazione del proprio disagio corretto ed appropriato agli eventi di violenza patiti.

**Nel referto psicologico si possono tenere unite le diverse esigenze delle donne vittime:**

dare agli altri e rinforzare per sé una corretta immagine dei fatti di violenza e delle loro responsabilità oggettive, ri-sperimentare vissuti di paura e timore (relativi agli eventi subiti) in un contesto supportivo e rassicurante che si faccia carico di avviare le procedure di tutela che possano contrastare in positivo quelle paure relative alla sicurezza.

Il «referto» psicologico dettaglia:

- sia le condizioni psichiche della vittima esitate dalla violenza;
- sia la dinamica dei fatti di violenza e la loro potenza distruttiva;
- sia le connessioni tra quanto riferito e quanto emotivamente espresso dalla vittima nel racconto degli eventi di violenza.
- La valutazione *hic et nunc* dello stato psichico della donna e dei figli minori con il ricorso sia all'osservazione clinica diretta sia alla raccolta del riferito, sia alla somministrazione di un test per il disturbo post-traumatico da stress.
- La valutazione sulla condizione di salute pregressa della donna con riferimento ad altri eventi di violenza e maltrattamento, analoghi a quello per il quale è giunta all'osservazione in Pronto Soccorso o presso il Centro Antiviolenza.
- L'attività diagnostica ingloba l'osservazione dei minori se presenti, oppure riferisce della presenza dei minori durante le violenze (maltrattamento assistito) e sui suoi esiti così come riferiti dalla madre.

**L'attività diagnostica ingloba anche la ricerca degli indicatori di rischio per la vita e valuta la pericolosità della condizione attuale, assumendosi la responsabilità di allertare su ciò le istituzioni deputate al controllo ed alla sicurezza delle vittime dei reati.**

## **INDICATORI/ PARAMETRI DI CONTROLLO – Monitoraggio applicazione procedura LISTA DI DISTRIBUZIONE**

La suddetta procedura sarà soggetta a continua revisione in relazione a segnalazioni ed istanze significative, motivate fornite e dai sanitari a cui è diretta, perché sia strumento di reale utilizzo nella pratica clinica.

### **ANONIMIZZAZIONE**

- Il paziente si può avvalere della facoltà di mantenere l'anonimato, ai sensi della legge 22/12/75 n°685 all'art. 95. Il diritto all'anonimato è stato ripreso dall'art. 29 della legge 162/90 e dall'art. 120 del D.P.R. 309/90.
- Riportare solo le iniziali del cognome e nome, l'anno di nascita e la provincia di residenza.
- Le generalità complete, derivate da un valido documento di identità, andranno rilevate a cura del sanitario, trascritte ed inserite in una busta sulla quale, dopo la chiusura, verrà apposto il numero nosologico della cartella.
- La busta chiusa verrà consegnata al Direttore Medico di Presidio

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| <b>RESPONSABILITÀ</b><br><br><b>DESCRIZIONE</b><br><br><b>ATTIVITÀ</b>   | <b>INFERMIERE</b> | <b>MEDICO</b> | <b>INFERMIERE</b> | <b>MEDICO</b> | <b>MEDICO</b> | <b>INFERMIERE/<br/>OSTETRICA</b><br><br><b>U.O.<br/>GINECOLOG.</b> | <b>PERSONALE<br/>C.O. 118<br/>NA EST</b> |
|--|-------------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|--|--|
| TRASPORTE DELLA VITTIMA  |                   |               |                   |               |               |  | <b>R</b>                                 |
| TRIAGE<br>Accoglienza,<br>Individuazione della<br>violenza, valutazione<br>del triage  | <b>R</b>          | <b>C</b>      | <b>C</b>          |               |               |  |  |
| GESTIONE<br>DELL'EVENTUALE<br>EMERGENZA<br>SANITARIA   | <b>C</b>          | <b>R</b>      | <b>C</b>          |               |               |  |  |
| VISITA MEDICA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesi accurata</li> <li>• Acquisizione consenso informato,</li> <li>• E.O. completo,</li> <li>• Eventuali terapie</li> <li>• Richieste di consulenze specialistiche</li> </ul> |                   | <b>R</b>      | <b>C</b>          |               |               |  |  |
| CONSULENZE<br>SPECIALISTICHE   |                   | <b>C</b>      |                   | <b>R</b>      |               |  |  |
| VISITA<br>GINECOLOGICA   |                   | <b>C</b>      |                   |               | <b>R</b>      | <b>C</b>   |  |
| ACQUISIZIONE DEL<br>CONSENSO AL<br>TRATTAMENTO<br>DATI E<br>ALL'ACQUISIZIONE<br>DELLE PROVE<br>GIUDIZIARIE –<br>RACCOLTA DEI<br>REPERTI  |                   | <b>R</b>      | <b>C</b>          |               | <b>R*</b>     | <b>C*</b>  |  |
| TRATTAMENTO<br>LESIONI   |                   | <b>R</b>      | <b>C</b>          |               | <b>R*</b>     | <b>C*</b>  |  |
| PROFILASSI E<br>SCREENING DELLE<br>MALATTIE  |                   | <b>R</b>      | <b>C</b>          |               | <b>R*</b>     | <b>C*</b>  |  |

|   |  |          |          |  |           |           |  |
|---|--|----------|----------|--|-----------|-----------|--|
| SESSUALMENTE<br>TRASMISSIBILI ED<br>EVENTUALE<br>CONTRACCEZIONE<br>DI EMERGENZA |  |          |          |  |           |           |  |
| COMPILAZIONE<br>DEL REFERTO   |  | <b>R</b> | <b>C</b> |  | <b>R*</b> | <b>C*</b> |  |
| COMPILAZIONE<br>CHECK LIST PER<br>CONTROLLO<br>PROCEDURE                        |  | <b>C</b> | <b>R</b> |  | <b>C*</b> | <b>R*</b> |  |
| RICOVERO O<br>DIMISSIONE  |  | <b>R</b> | <b>C</b> |  | <b>R*</b> | <b>C*</b> |  |
| AFFIDAMENTO<br>STRUTTURE<br>TERRITORIALI/ATTI<br>VAZIONE RETE                   |  | <b>R</b> | <b>C</b> |  | <b>R*</b> | <b>C*</b> |  |

**LEGENDA: R= Responsabile, C= Collaboratore/Coinvolto**

**\*se setting assistenziale: U.O.C. Ostetricia e Ginecologia**

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna utilizza lo strumento di rilevazione "Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5", indicato dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite:

a) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale.

b) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale.

In mancanza di possibili soluzioni immediate, e se previsto da accordi con la Direzione Sanitaria di riferimento, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza.

L'operatività deve essere consentita H24, attraverso il ricorso a specifiche procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità organizzativa, atte a garantire la continuità della protezione del Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali.

L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati.

I Centri anti violenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni generali.

### **Azioni da implementare**

1. Attività di formazione e aggiornamento del personale sanitario medico e non-medico sul tema della violenza degli uomini contro le donne (sulla base dell'Allegato D "Formazione professionale").
2. Creazione di materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a: a) Tipologie di violenza; b) Effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i; c) Normative di riferimento; d) Indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio; e) Servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza; f) Indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522.
3. Costituzione dell'"Unità Rosa" e organizzazione interna.
4. Inserimento del Servizio nella rete territoriale in materia di violenza contro le donne già esistente e partecipazione a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete anti violenza territoriale.

# ALLEGATI

**ALLEGATO 1. FAC SIMILE MODULO PER VERBALE DI CONSEGNA REPERTI**

Unità Operativa \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Dati Vittima:** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Ritiro Reperti**

Data \_\_\_\_\_ Nome Cognome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

**Materiale consegnato:** Da analizzare  Da custodire

**Tampone (specificare):**

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**Indumenti (specificare):**

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**Reperti (specificare):**

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**Campione:** Saliva, Sangue, tessuti biologici: Specificare \_\_\_\_\_

Reperti con tracce biologiche: Specificare \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione**

Congelamento

Essiccamento (a temperatura ambiente, in contenitore di carta, cartone)

**I campioni verranno custoditi per un tempo concordato con l’Autorità giudiziaria.**

Firma del consegnatario \_\_\_\_\_ Firma per \_\_\_\_\_

accettazione \_\_\_\_\_

NOTE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 2. KIT per le vittime di violenza**

- Scheda per consenso informato per prelievo MTS e per tipizzazione DNA.
- **5 tamponi senza mezzo di trasporto “a secco” per ricerca DNA da 5 siti corporei diversi, etichettati ciascuno con nome, cognome, N° triage o nosografico, specifica del sito prelievo ed imbustati in contenitore di plastica trasparente a doppia tasca (quello usato per invio prelievi e/o schede di richiesta). I siti sono scelti al momento della visita in base alle dichiarazioni della paziente; il tampone può essere unico se non sussiste la necessità di cercare DNA in siti diversi da quanto dichiarato dalla ricorrente.**
- **1 tampone con mezzo di trasporto prelevato da fornicia per germi vaginiti e vaginosi accettato in order entry o con scheda Microbiologia con codice VAG (T. cervico-vaginale).**
- **1 tampone vaginale o da altro sito per ricerca spermatozoi accettato in Order entry con codice VIO (13VIO).**
- **1 tampone cervicale per ricerca Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae accettati in order entry o scheda Microbiologia con codici BCLAM (Ricerca Chlamidia trachomatis) e nelle note aggiungere la dicitura Ricerca Gonococco, che sarà inserito in Laboratorio con il codice GON (10GON) ricerca Neisseria gonorrhoeae.**
- **1 provetta tappo verde per HIV, HCV, HBSAg e Sifilide accettati in Order entry o con scheda routine con codici HIV, HCV, HBSAG; su scheda Routine utilizzare il codiceTPHA (che sarà modificato in SYPH in Labor.)**
- **1 provetta tappo rosso per Etanolo e Beta HCG accettati in order entry o scheda Urgenze con codici ALC e EHCG.**
- **1 provetta di urine per tossicologico qualitativo su urine accettato in order entry con codice TOXS (13TOXS) Tossicologico Qualitativo Urine.**

**I tamponi a secco per ricerca DNA saranno inviati in Laboratorio, congelati per poi essere definitivamente consegnati alla stazione di conservazione in congelatore presso il Laboratorio Analisi di riferimento**

- **BUSTA DI CARTA CON DOPPIA TASCA, per contenere il materiale per esame DNA.**
- **BUSTA DI CARTA PER I PRELIEVI DI MATERIALE VARIO (peli, stoffa, etc. ).**

**ALLEGATO 3. PROFILO ESAMI PER VITTIME DI VIOLENZA**

| ESAMI   | DATA |  |  |  |  |
|---|------|--|--|--|--|
|   |      |  |  |  |  |
| Tampone senza terreno di coltura per tipizzazione DNA (siti corporei diversi come da riferito)    |      |  |  |  |  |
| Tampone con mezzo di trasporto prelevato da fornici per germi da vaginiti e vaginosi              |      |  |  |  |  |
| Tampone vaginale con mezzo di trasporto per ricerca spermatozoi                                   |      |  |  |  |  |
| Tampone vaginale con mezzo di trasporto per ricerca Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae |      |  |  |  |  |
| 1 provetta tappo verde per HIV, HCV, HBSAg e sifilide.  |      |  |  |  |  |
| 1 provetta tappo rosso per Etanolo e Beta HCG   |      |  |  |  |  |
| 1 provetta di urine per tossicologico qualitativo   |      |  |  |  |  |

#### ALLEGATO 4. INDICATORI DI PERFORMANCE

Al fine di monitorare e valutare l'impatto **clinico-organizzativo** del Percorso per le Donne che subiscono Violenza, verrà utilizzato un set di indicatori di processo e di esito. Annualmente si effettuerà il monitoraggio del volume delle prestazioni sulla base dei seguenti indicatori:

| <b>Monitoraggio volume prestazioni vittime di violenza</b>  | <b>Numero e/o percentuale</b> |
|---|-------------------------------|
| Pazienti prese in carico dal P.S  |                               |
| Pazienti prese in carico dal P.S. ostetrico/ginecologico  |                               |
| Pazienti con violenza in gravidanza   |                               |
| Pazienti ricoverate in U.O. di Rianimazione   |                               |
| Pazienti per le quali è stato redatto un referto psicologico  |                               |
| Pazienti affidate ai Servizi Sociali  |                               |
| Pazienti dimesse a domicilio  |                               |
| Valutazione multidisciplinare: incontri periodici del team per la definizione dei piani di trattamento e delle strategie terapeutiche |                               |

## ALLEGATO 5

### SCHEMA CLINICA 1

(PER ADULTE E MINORI-SUPERIORI A 13 ANNI)

di sesso femminile

ANNO \_\_\_\_\_ N° scheda \_\_\_\_\_ OSPEDALE (logo ed indirizzo) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ ora di arrivo \_\_\_\_\_ (della donna) Medico del P.S. \_\_\_\_\_ Ginecologo \_\_\_\_\_ Altro specialista \_\_\_\_\_ Infermiera/ Ostetrica \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_ Legale \_\_\_\_\_ Assistente Sociale/Psicologa \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ altro Tel: \_\_\_\_\_ Stato civile:  nubile  coniugata  separata/libera di stato  vedova  in fase di separazione Inviata da: Nome e cognome \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Accompagnata da: Nome e cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Rapporto con l'interessata \_\_\_\_\_

*Io sottoscritta* \_\_\_\_\_ *nata a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_ *residente* \_\_\_\_\_ *a* \_\_\_\_\_ *in via* \_\_\_\_\_ *ricevuta idonea informativa,*  
**esprimo il consenso al trattamento da parte di ..... per finalità di tutela della salute, dei dati personali che mi riguardano,** ai sensi degli artt. 76, 79 e 82 D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali..* **Autorizzo Non Autorizzo**

#### **Documentazione fotografica**

Acconsento all' acquisizione di documentazione fotografica. Accetto altresì che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura, per opportuna documentazione a fini diagnostico-terapeutici, nel rispetto delle norme sulla privacy. **Autorizzo Non Autorizzo**

#### **Raccolta materiale biologico**

Acconsento di essere sottoposta al test per l'HIV dopo essere stata informata su questo esame in base all'art.5 della legge 135 del 5 giugno 1990. **Autorizzo Non Autorizzo** Acconsento al prelievo ed alla conservazione, di eventuali tracce biologiche ritenute utili per indagini genetiche, ad esclusivi fini di svolgimento di indagini difensive o per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, in accordo con le disposizioni contenute nell'Autorizzazione dell'Autorità Garante n. 8/2013 *Autorizzazione generale al trattamento di dati genetici,* e secondo le modalità di cui sono stata informata dal dott ..... in particolare, mi è stato precisato che il suddetto materiale sarà conservato per e non oltre 12 mesi dal prelievo. **Autorizzo Non Autorizzo** Acconsento al trattamento dei dati tossicologico-forensi, riguardanti esclusivamente la ricerca di droghe facilitanti l'abuso **Autorizzo Non Autorizzo** Acconsento ai prelievi per indagini clinica (microbiologia, sierologia). **Autorizzo Non Autorizzo**

**Visita**

Acconsento ad essere sottoposta ad ispezione corporale ed esame ginecologico al fine di indagine clinica e medico-legale. **Autorizzo Non Autorizzo** Firma .....,

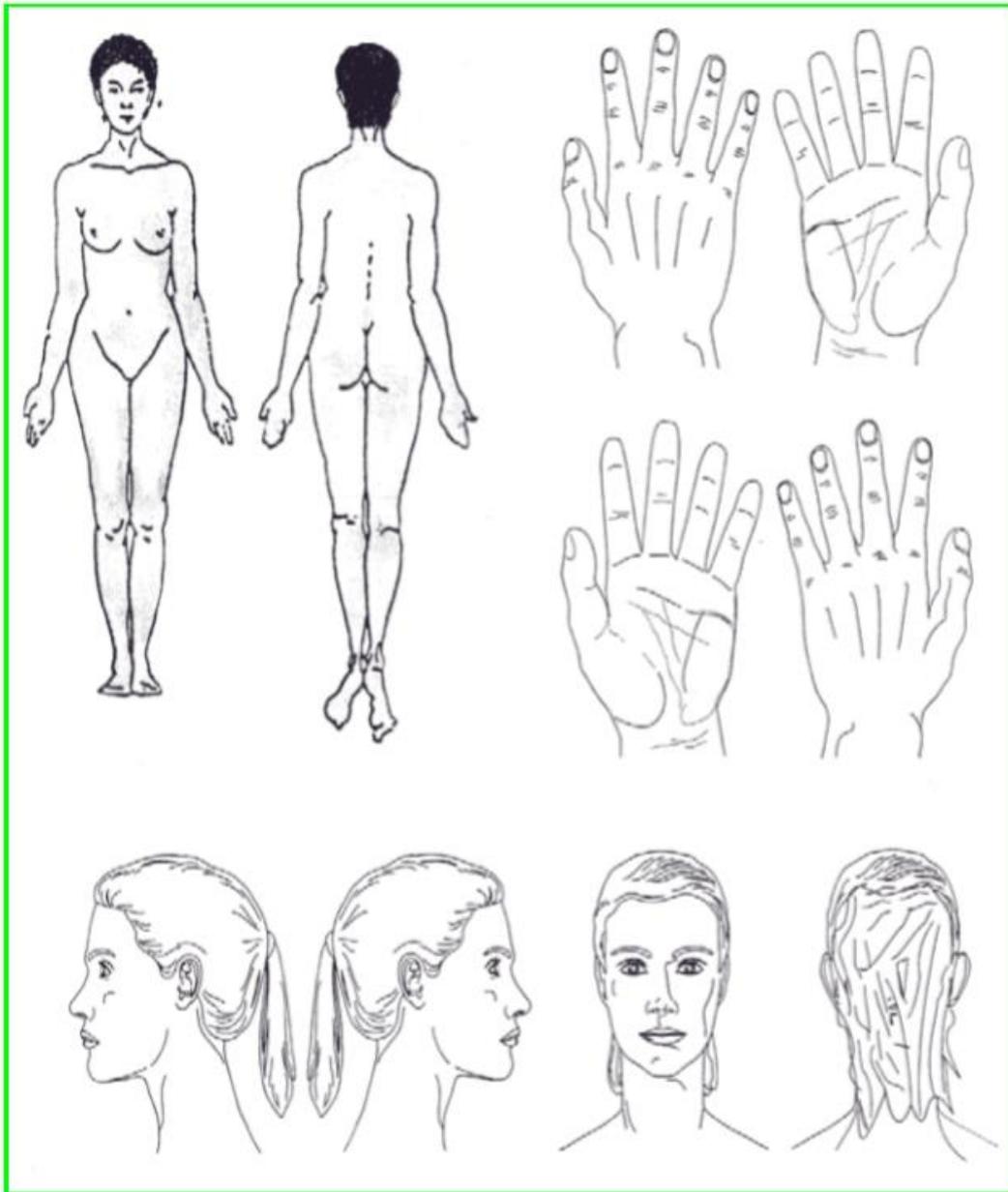


#### 4 - ESAME OBIETTIVO GENERALE

descrizione di lesioni e tracce (segnalare anche su schema corporeo)

fotografie  si  no

archivate  si  no motivo \_\_\_\_\_



#### 5 - ESAME GENITALE

eseguito mediante  occhio nudo  colposcopio (segnalare ev. anche su disegno) fotografie  sì  no  
 archiviate  sì  no motivo \_\_\_\_\_  
 Esame non eseguito; motivo \_\_\_\_\_



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

|                                    | grandi labbra            | piccole labbra           | clitoride                | meato uretrale           | forchetta                |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| arrossamento                       | <input type="checkbox"/> |
| escoriazione                       | <input type="checkbox"/> |
| soluzione di continuo superficiale | <input type="checkbox"/> |
| soluzione di continuo profonda     | <input type="checkbox"/> |
| area ecchimotica                   | <input type="checkbox"/> |
| sanguinamento                      | <input type="checkbox"/> |
| altro                              | <input type="checkbox"/> |

Segni di lesioni traumatico-contusive recenti. Sede e descrizione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMENE Imene  fimbriato  anulare  semilunare  scarsi residui imenali (pluripara)  Margini regolari, privo di incisure che raggiungono la base di impianto  con incisura singola  con incisure multiple  non fino alla base di impianto  fino alla base di impianto  Segni di lesioni traumatico-contusive recenti. Sede e descrizione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

mestruazione \_\_\_\_\_ Contraccezione attuale \_\_\_\_\_ Ultima Anamnesi  
 ostetrico \_\_\_\_\_ ginecologica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VISITA

GINECOLOGICA BIMANUALE  non eseguita;  
 motivo \_\_\_\_\_ 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, sanguinamenti secrezioni, altro) sede e descrizione

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6 – PRELIEVI DI MATERIALE BIOLOGICO** indumenti indossati al momento dell'aggressione inviati a  
 /consegnati a \_\_\_\_\_ TIPO DI INDUMENTO TRACCE

\_\_\_\_\_  si  no  
 \_\_\_\_\_  si  no  
 \_\_\_\_\_  si  no  
 \_\_\_\_\_  si  no

| SEDE             | RICERCA SPERMATOZOI<br>Laboratorio..... | TIPIZZAZIONE GENICA<br>Inviato a..... |
|------------------|---|---------------------------------------|
| Vulva-perineo    | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Vagina fornici   | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Canale cervicale | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Canale anale     | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Cute perianale   | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Cavo orale       | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |
| Cute             | N° vetrini _____                        | N° tamponi _____                      |

Scraping subunguale  no  si Inviato a \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

**SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE** Non eseguito   
 motivo \_\_\_\_\_ Programmato il \_\_\_\_\_  Neisseria G  Trichomonas V  
 Chlamydia T.  Vaginosi batterica. Mycoplasma H/G UreaplasmaU/P Miceti  HPV (PAP-test)   
 Treponema P  HIV  HBV  HCV **ESAMI TOSSICOLOGICI**  alcolemia in urgenza  Urine  Sangue  
 Inviati a \_\_\_\_\_

**ALTRI ESAMI** Test di gravidanza \_\_\_\_\_ beta HCG altro \_\_\_\_\_

**TERAPIE PRESCRITTE E PROVVEDIMENTI SUCCESSIVI** Allergie a farmaci no sì  
\_\_\_\_\_ **profilassi antibiotica per MST con:**  
Azitromicina 1g per os (unica dose) Ceftriaxone 250mg IM (unica dose) Metronidazolo 2 g per os (unica dose) Non eseguita; motivo \_\_\_\_\_

**Intercezione con:** Ulipristal acetato 30 mg 1 cpr per os (unica somministrazione) Non prescritta; motivo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Profilassi post-esposizione ad HIV** esami urgenti e inizio profilassi (entro le prime 24 ore) Programmato successivo controllo specialistico il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_  
**Consulenza psicologica o con assistente sociale** Programmata il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Invio a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con  
appuntamento fissato con appuntamento da fissare dall'interessata Invio a domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ricovero, dove, N°cartella  
clinica \_\_\_\_\_ **Motivo** \_\_\_\_\_

Collocamento Comunità di accoglienza \_\_\_\_\_  
Appuntamento per follow-up (controllo, colloquio, ritiro esami, altro) il \_\_\_\_\_

Ha sporto denuncia no sì dove \_\_\_\_\_ Intende farlo no sì  
non ha ancora deciso Denuncia d'ufficio no sì da valutare Consegnata fotocopia provvisoria scheda clinica  
alla donna sì no Verrà a ritirarla in data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **FIRMA E QUALIFICA DEL/DEI**

MEDICO/I \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FIRMA**

E QUALIFICA DI ALTRI OPERATORI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FIRMA**

DELL'INTERESSATA \_\_\_\_\_

## Maschi e Femmine

(schede femmina 4,4.1,4.2,5, schede maschio 4,4.1, 4.3)

*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 orogenitale, genitale o anale con il minore, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o 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. (American Academy of Pediatrics, 1999).*

È riconosciuto in letteratura l'impatto dell'abuso sessuale sulla salute, con importanti conseguenze a breve e a lungo termine. Se l'abuso sessuale non viene identificato e trattato può infatti determinare danni permanenti di tipo fisico e/o psicologico.

La rivelazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale dei minori costituiscono aspetti complessi in cui si intrecciano valutazioni mediche, psicologiche, sociali e giuridiche. È indispensabile quindi individuare l'abuso sessuale il prima possibile per riuscire a limitarne le conseguenze: anche i professionisti sanitari hanno un ruolo chiave nell'identificazione, nella gestione e nella segnalazione di casi di sospetto abuso sessuale.

La valutazione medica di bambine vittime di sospetto abuso sessuale rappresenta quindi solo un aspetto, molto spesso non dirimente, di un'approfondita valutazione. La diagnosi di abuso sessuale deve sempre essere multidisciplinare. Infatti, una diagnosi basata unicamente sui segni fisici o sui reperti laboratoristici è raramente possibile, soprattutto quando la consulenza avviene a distanza di tempo: oltre il 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta infatti reperti genitali e/o anali normali o non specifici.

Ciononostante è riconosciuta in Letteratura l'importanza della visita medica nei casi di abuso sessuale sui minori nel percorso di diagnosi e di cura. Il minore vittima di abuso sessuale può infatti percepire il proprio corpo come un "bene danneggiato"; pertanto la rassicurazione circa lo stato di salute del suo corpo e la sua integrità può costituire un momento fondamentale nel percorso di recupero della presunta vittima.

Gli obiettivi della valutazione clinica sono quindi:

- l'individuazione di quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamenti
- la rassicurazione, quando possibile, dei minori sul loro stato di salute fisica
- la raccolta dei reperti di interesse medico legale e la documentazione che potrebbe essere utile in sede giudiziaria.

Poiché non tutti i professionisti coinvolti nelle cure dei bambini possiedono le competenze professionali ed emotive per la gestione di un sospetto abuso sessuale e i rischi che potrebbero derivare da un'errata diagnosi (falsi negativi e falsi positivi) hanno conseguenze di estremo rilievo, è indispensabile che la valutazione sia condotta da ginecologi e altri consulenti con specifiche competenze, anche prevedendo un secondo parere. È fondamentale quindi che siano definiti dei percorsi diagnostico-terapeutici specifici nei singoli territori per questo tipo di accoglienza, valutazione clinica e presa in carico.

### **Accoglienza**

Non sempre è possibile programmare la prima valutazione medica delle minori, sospette vittime di abuso sessuale in strutture adeguate. È necessario garantire un ambiente quieto e riservato, assicurando la presenza di un secondo operatore sanitario, che sia di supporto sia per chi effettua la visita che per la bambina.

È necessario disporre di un tempo adeguato per poter conquistare la fiducia della bambina, per fornire spiegazioni sulle modalità e sulle ragioni della visita utilizzando un linguaggio adeguato all'età e ottenere la sua disponibilità. È importante osservare il comportamento e lo stato emotivo della bambina durante la visita e riportarlo sul referto.

### **Anamnesi**

La raccolta dei dati anamnestici e del racconto costituiscono la base per la valutazione medica. Una parte delle informazioni necessarie può essere raccolto preliminarmente.

Se si ascolta direttamente il racconto della minore è importante non fare domande induttive, ma raccogliere le dichiarazioni spontanee, avendo cura di riportare le frasi della bambina integralmente, senza dare interpretazioni soggettive, ed evitando di far ripetere più volte i fatti.

È necessario considerare sempre la congruenza tra la dinamica e i tempi dei fatti riferiti e il quadro clinico riscontrato.

### **Visita medica**

Nel corso della visita la bambina deve essere esaminata in ogni singola parte del corpo (avendo cura di ricoprire le varie parti, man mano che si procede con la visita), con particolare attenzione all'area genito-ale; se è possibile, nella valutazione morfologica della regione ano-genitale è raccomandato l'uso di qualche mezzo di magnificazione (colposcopio, vulvoscopio, zoom di un apparecchio fotografico).

È bene ricordare di ispezionare l'orofaringe, dal momento che i contatti orogenitali sono frequenti nell'abuso sessuale. Devono essere rilevati eventuali segni di trascuratezza, ponendo particolare attenzione all'igiene del corpo, all'igiene orale e ai capelli e devono essere misurati il peso e l'altezza e valutato lo stadio puberale, utilizzando gli stadi di Tanner.

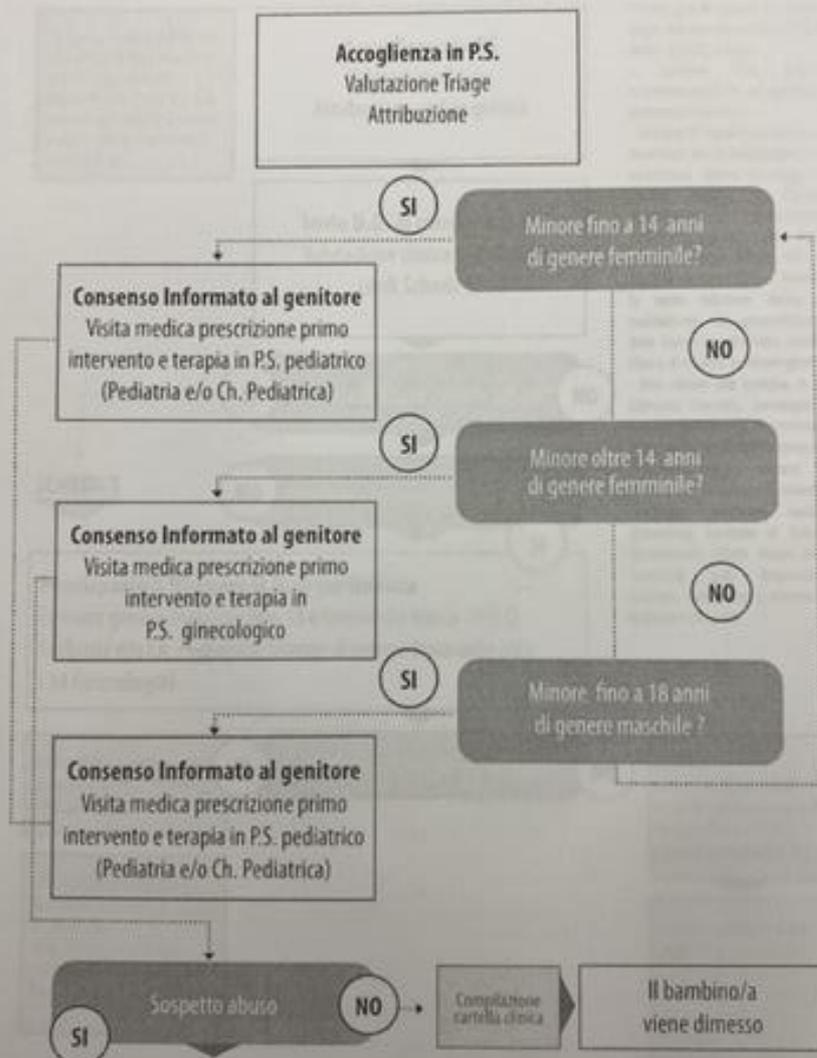
Un prelievo per patogeni a trasmissione sessuale va effettuato in base alla storia clinica e alla possibilità di eseguirlo in modo indolore.

Si procede alla sedazione in rarissimi casi, quando i benefici sono indubbiamente superiori ai potenziali rischi, per esempio in caso di lesioni vaginali e/o anali che richiedono trattamento chirurgico, in caso di sospetto di corpi estranei vaginali e/o anorettali, in caso di sanguinamenti importanti o di natura da diagnosticare.

L'utilizzo di una cartella clinica guidata può essere di aiuto sia al ginecologo che deve affrontare in urgenza una situazione di sospetto abuso sessuale, sia agli operatori più esperti che possono trovare in essa un sintetico compendio di tutti gli elementi necessari per una corretta semeiotica medica. Una documentazione anche fotografica è consigliata, previo consenso, per facilitare una rivalutazione anche successiva dei reperti, un secondo parere e l'eventuale discussione in sede forense. Si ricorda che è obbligo del sanitario riferire all'Autorità Giudiziaria lo stato di grave pregiudizio della minore secondo le normative vigenti ed è suo dovere mettere in atto, se necessario, misure di protezione per evitare ulteriori abusi, eventualmente, con l'ospedalizzazione o con l'inserimento urgente in comunità protette attivando i servizi di competenza (art. 403 cc) Per una consulenza forense, la valutazione della significatività dei segni clinici riscontrati nell'accertamento di abuso richiede una formazione e competenza specifica, con conoscenza aggiornata di pubblicazioni e linee guida di riferimento.

La famiglia porta il minore in P.S. e dichiara che si è verificato un abuso o un maltrattamento grave

SCHEDA 4



SCHEDA 5

**\*Minore che giunge in P.S. e uno solo dei genitori dichiara che si è verificato un abuso o un maltrattamento**

\* La presa in carico del minore di specifica competenza delle U.O.O. specialistiche (Pediatra e Ch. Pediatrica e/o Ginecologia) varia in funzione dell'età e del genere sessuale  
 ➔ vedi scheda 4

**Accoglienza in PS**  
 Valutazione Triage  
 Attribuzione codice gravità

**Invio U.O. di competenza\***  
 Valutazione clinica dell'abuso  
 (vedi Scheda 5)

SI Presenza di abuso extrafamiliare? NO

NO Presenza di abuso intrafamiliare? SI

SCHEDA 5

**Predisporre il Ricovero U.O. di pertinenza**  
 (minore genere maschile fino 18 e femminile fino ai 14 U.O. Pediatria e/o Ch. Pediatrica; minore di genere femminile oltre i 14 Ginecologia)

Ricovero U.O. di pertinenza e attivazione del NOT \*\*\* entro 24 h dal ricovero

SI Il genitore acconsente al ricovero? NO

\*\*\* NOT Disadesso Operativo  
 Territoriale ASL Unica di Salerno  
 Responsabile  
 Dott.ssa Maria Rita Russo  
 Tel. 0974-694426  
 Fax 0974-694427

\*\*\*Nel caso di ricovero del minore contro il parere dei genitori in base all'art. 403 C.C. occorre:  
 - tutelare il/la minore sistemandolo/a in un ambiente protetto e riservato  
 - attivare le consulenze idonee e necessarie per la refertazione e la valutazione clinica, psicologica e Medico Legale (o l'Equipe Multidisciplinare intraziendale AQU/NGT): annotare nel diario clinico l'attivazione dell'art. 403 C.C. Tutta la documentazione inerente la breve relazione clinica di motivazione del provvedimento deve essere inserita nella cartella clinica di cui farà parte integrante - dare notizia alla famiglia, in un colloquio riservato, comunque e sempre con almeno un testimone (Caposala Infermiere Professionale /Triage) meglio ancora se insieme agli operatori più coinvolti, (psicologo, assistente sociale, ginecologo, Ispettore di Polizia, Responsabile Ufficio Minori della Questura) sulla disposizione adottata, motivazioni e riferimenti legislativi compresi.

Telefonare immediatamente il PM reperibile al numero di cell. Sempre attivo: è la procura Ordinaria Tel. .Fax

Procedere al ricovero del minore - ai fini della sua tutela - anche contro il parere dei genitori/tutori/ accompagnatori ai sensi dell'art. 401 del CC\*\*\*

**\*La famiglia porta il minore in P.S. per lesioni fisiche  
Il racconto dei genitori non è congruente con il quadro clinico complessivo**

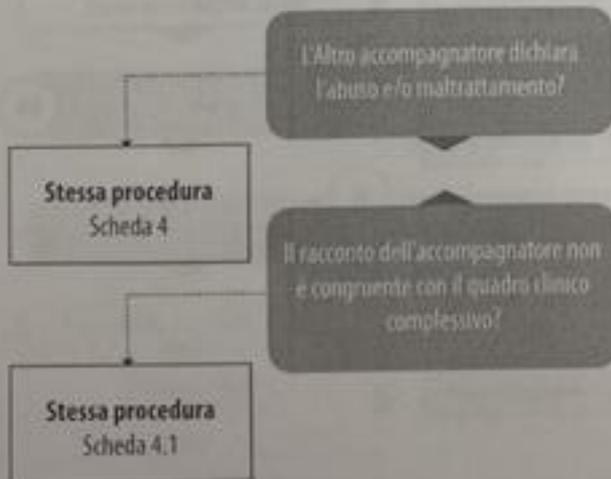
SCHEDA 4.2

Stessa procedura  
Scheda 4.1

Quando si sia incongruenza tra l'anamnesi riferita dai genitori (o accompagnatori/tutori) ed i rilievi obiettivi, l'unica strategia da adottare nell'interesse del minore, al fine di compiere adeguati accertamenti sanitari e diagnostici è il ricovero. Anche in questo caso è necessario attivare la consulenza con il NOF.

**Il minore viene accompagnato da Altro accompagnatore**

SCHEDA 4.3



Valutazione clinica abuso sul minore

Attribuzione del codice ROSA  
Accoglienza /Consenso del minore

\*La visita va organizzata entro e non oltre 7 giorni dall'abuso se l'aggresso è anziano tra i 13-17 giorni precedenti mentre se sono tossicodipendenti mentre se sono tossicodipendenti il quesito la visita può essere programmata con le modalità più congrue del bambino.

Anamnesi della violenza sessuale \*  
Esame Obiettivo (visita intero corpo + esame area genito- anale) \*\*

Abuso intercorso entro le 72 ore?  
NO SI

**Prelievi per ricerca spermatozoi 2 tamponi per sede + 3 vetrini**  
Tamponi (vulva-perineo, vagina, canale cervicale, canale anale, cavo orale, cute, scraping subunguale)  
Vetrini (vagina, ano, bocca)  
▶ vedi modulistica custodia reperti

Anatomia Patologica  
Conservazione tamponi in freezer a -20°/80°  
Laboratorio Analisi  
Conservazione vetrini in frigo

Eventuale tipizzazione

**Screening malattie sessualmente trasmesse MST**  
Neisseria G, Trichomonas V, Chlamydia T, Batteriosi V, VDRL-Treponema IgG (TPHA), HIV ab, markers epatite B, HCV ab, HSV 1 e 2  
▶ vedi modulistica custodia reperti

Laboratorio Analisi

Esame tossicologico (urine)

Laboratorio Analisi

Centro Specializzato  
attivare convenzione

NO Necessità test gravidanza e/o altri

SI

Test gravidanza  
Profassi MST e/o HIV  
Intervento post-culturale

NO Necessità di riscontro e/o di ulteriori controlli

SI

U.O. di competenza

Programmare i controlli successivi

Rapporto medico  
Attivazione del ASL

Settore di competenza

La donna viene dimessa

\*Anamnesi  
▶ vedi modulistica custodia reperti  
\*\* I.O. generale  
▶ vedi modulistica custodia reperti  
E.O. genito-anale  
▶ vedi cartella clinica + kit ginecologico

## ALLEGATO 7

### RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI REVITTIMIZZAZIONE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO

La Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5 (Snider et al., 2009) è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

Si tratta di uno strumento di ausilio alle/agli operatrici/tori dei Pronto Soccorso che consente loro di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave.

#### *Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)*

1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?

|Si |No

2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?

|Si |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?

|Si |No

4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?

|Si |No

5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?

|Si |No

## ALLEGATO 8

### DESCRIZIONE MODALITA' DI REPERTAZIONE E CONSERVAZIONE REPERTI

#### A - Indumenti della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento, non soffiare nei guanti per indossarli) e sostituirli ad ogni prelievo. N.B. non soffiare nei guanti!!!
2. Far spogliare la vittima su due lenzuola/teli puliti per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti della vittima;
3. Conservare gli indumenti esterni (se la vittima non si è cambiata) per l'eventuale raccolta di materiale estraneo;
4. Conservare gli indumenti intimi (vanno repertati anche se c'è stato un cambio della biancheria intima);
5. Maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore (formazioni pilifere o altro materiale);
6. Fotografare gli indumenti;
7. Inserire ciascun indumento in un sacchetto di carta diverso ripiegare gli indumenti e conservarli singolarmente;
8. Sigillare ciascun sacchetto ed etichettarlo;
9. Far asciugare gli indumenti bagnati o umidi all'aria **senza utilizzare fonti di calore** (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta: in tal modo è possibile utilizzare gli indumenti anche per indagini genetiche di tipo istochimico. Qualora non sia possibile, per evitare degradazione del materiale biologico eventualmente presente, si possono congelare immediatamente gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica: in tal modo si potranno utilizzare gli indumenti per le indagini genetiche
10. Conservare gli indumenti ben asciutti in buste di carta o in scatole di cartone, mai aperte o manipolate e mantenerli a temperatura ambiente
11. Piegare il lenzuolo ed inserirlo in un sacchetto a parte
12. Nel caso in cui la vittima si fosse cambiata, informare l'accompagnatore della necessità di recuperare gli indumenti indossati al momento del fatto
13. Conservare il tutto a temperatura ambiente in un luogo asciutto

**Redigere un verbale di catena di custodia, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto**

**(Vedi allegato N. 2).**

**Si raccomanda di predisporre una tabella all'interno della quale inserire la voce degli indumenti repertati e conservati. Es:**

**Tabella 14. Indumenti repertati e conservati**

| Mutandine  | Calze | Camicia | Pantaloni/gonna | Altro |
|------------|-------|---------|-----------------|-------|
| Reperto n: |       |         |                 |       |

## B - Corpo della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone, non soffiare nei guanti per indossarli) e mascherina
2. Non utilizzare disinfettanti o detergenti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse
3. Se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico
4. L'esecuzione dei tamponi deve precedere l'esplorazione vaginale e rettale
5. Utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cotton-fioc sterili; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-ungueale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti); valutare se tagliare le unghie
6. Considerare, **indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento** e sulla base del dato anamnestico, le seguenti sedi: area cutanea - orale – periorale – vulvare – vaginale – perivulvare - anale – perianale – peniena
7. Nell'esecuzione dei tamponi occorre fare attenzione a non contaminare con secrezioni provenienti da altra zona (vagina/retto);
8. I tamponi vaginale, ano-rettale, orale, cutaneo vanno prelevati a secco, siglati, uno va congelato e di uno va fatto il vetrino che va siglato e conservato anche dopo l'osservazione assieme al tampone da cui proviene (per eventuale tipizzazione DNA)
9. I tamponi effettuati sui genitali esterni e nella zona perianale vanno congelati (per eventuale tipizzazione DNA)
10. Se vi è stata penetrazione orale è necessario acquisire il tampone orale prima della anamnesi e della visita e prima di far bere la vittima
11. Il materiale sotto le unghie va prelevato separatamente per la mano destra e per la mano sinistra e in alternativa si possono tagliare le unghie e conservarle separatamente (debitamente siglate dx e sn) in un contenitore sterile
12. I campioni devono essere siglati e non devono essere lasciati privi di custodia, quindi vanno trasferiti all'anatomia patologica documentando il trasferimento. Dalla stessa vanno consegnati all'incaricato dalla autorità giudiziaria per il ritiro, va sempre per iscritto documentato il trasferimento
13. I campioni congelati, quando trasferiti, devono essere mantenuti alla temperatura di congelamento (utilizzare borse termiche e accumulatori di freddo da richiedere alla procura)
14. Riporre il tampone nella propria custodia o, se sprovvisti di custodia, conservare il tampone in provette sterili da laboratorio. Le provette non devono **mai contenere gel o terreni di coltura**
15. Chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto: numero o codice, data di esecuzione e firma dell'esecutore
16. Congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. Le provette non devono essere **conservate in frigorifero**
17. Allestire un **verbale di catena di custodia**, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto (vedi allegato).
18. Per eseguire una più facile repertazione si consiglia di predisporre una tabella all'interno della quale inserire la voce delle sedi di esecuzione dei prelievi per la successiva

19. Conservazione. A tale scopo può essere di aiuto quanto già predisposto  
20. All'interno della scheda di rilevamento e per l'esecuzione del materiale fotografico<sup>2</sup>

### **TAMPONE GENITALI ESTERNI E VAGINALE (Utilizzare Kit DNA Free)**

- Genitali esterni: eseguire due tamponi a livello delle grandi e piccole labbra. Asciugare il tutto per circa un'ora a temperatura ambiente.
- Inserire i tamponi e vetrini negli appositi contenitori ed etichettare.
- Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20 /-80 °C per periodi maggiori.
- Segnalare se la vittima è stata lavata.

### **TAMPONE VAGINALE (entro 7-10 giorni) - (Utilizzare Kit DNA Free)**

- 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 ANALE (Utilizzare Kit DNA Free)**

- 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 i 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 (Utilizzare Kit DNA Free)**

- 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 i 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 (Utilizzare Kit DNA Free)**

- Se vi è positività anamnesticca 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 i 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 (Utilizzare Kit DNA Free)**

- Se vi è indicazione anamnesticca, effettuare uno "scraping" (evitare se possibile l'utilizzo di bisturi) Inserire il materiale raccolto dall'unghia in una singola provetta specificando la sede del prelievo. Etichettare. Conservare a 4°C per brevi periodi o -20 /-80 °C per periodi maggiori.

### **PELI PUBICI (Utilizzare Kit DNA Free)**

- Far stendere la vittima su della carta pulita.

- In presenza di peli pubici, con un pettine pulito (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.
- Conservare a temperatura ambiente.

#### **PELI/CAPELLI (Utilizzare Kit DNA Free)**

- Prelevare con pinzette pulite (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.

#### **ASSORBENTI, TAMPAX**

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

#### **GARZE E TAMPONI**

- Reperire 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.

#### **PRELIEVO PER LA RICERCA NEMASPERMI**

(da inviare al Laboratorio Aziendale di riferimento) possono essere ritrovati

- fino a 6 ore nel cavo orale
- 1-3 giorni nel retto e nella vagina
- 7-10 giorni nella cervice
- sulla cute della vittima se non precedentemente rimossi

Modalità di prelievo:

1. raccogliere con il tampone con un po' di materiale da ogni sito in cui si sospetta la presenza di nemaspermi;
2. introdurlo successivamente nella provetta con 1-2 ml di sol. fisiologica.