



PROCEDURA AZIENDALE CODICE ROSA

PERCORSO DI ASSISTENZA ALLE VITTIME DI VIOLENZA





Sommario

1. PREMESSA	6
2. CONTESTO NORMATIVO	11
3. CODICE ROSA IN ARNAS G. BROTZU	21
4. SCOPO	23
5. CAMPO DI APPLICAZIONE	24
6. SERVIZI COINVOLTI	24
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO	25
8. MODALITA' OPERATIVE	26
8.1 MODALITA' OPERATIVE PER LA GESTIONE DELL'ADULTO (>14 AA)	31
8.1.1 PRESA IN CARICO	31
PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO	31
PRESA IN CARICO IN GINECOLOGIA	38
PRESA IN CARICO IN CHIRURGIA D'URGENZA E UROLOGIA	46
8.1.2 RACCOLTA DELLE PROVE IN LOCO	49
CONTENUTO DEL KIT PER LA RACCOLTA DELLE PROVE	49
MODALITA' DI RACCOLTA	49
TEMPISTICHE E MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI	55
CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI	55
INVIO DEL MATERIALE - CATENE DI CUSTODIA	56
8.1.3 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	59
8.2 MODALITA' OPERATIVE PER LA PRESA IN CARICO DEL MINORE (=<14 AA)	61
9. MONITORAGGIO	81
BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	82



REDAZIONE

REDAZIONE – COMUNITA' DI PRATICA 2022/2023

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Accardi Giorgio	Dirigente Medico Infett.	Direzione Medica Unica dei Presidi	<i>Giorgio Accardi</i>
Cerchio Jessica	Coord. Infermieristico	SC Chirurgia Generale e d'Urgenza	<i>Jessica Cerchio</i>
Cogoni Silvia	Ostetrica	SC Ginecologia e Ostetrica	<i>Silvia Cogoni</i>
Esposito Simonetta	Infermiere	SC Urologia, Trapianto di Rene e Chir.	<i>Simonetta Esposito</i>
Giglio Emanuela	Dirigente Psicologo	SSD Psicologia	<i>Emanuela Giglio</i>
Lai Eleonora Arianna	Dirigente Psicologo	Dipartimento Materno Infantile	<i>Eleonora Lai</i>
Locci Giorgia	Dirigente Medico	SC Anatomia Patologica	<i>Giorgia Locci</i>
Mannia Romina	Infermiere	SC Pronto Soccorso e OBI	<i>Romina Mannia</i>
Meloni Patrizia	Coord. TSLB	SC Laboratorio Analisi	<i>Patrizia Meloni</i>
Pinna Ilaria	Coord. Ostetrica	SC Ginecologia e Ostetrica	<i>Ilaria Pinna</i>
Pittau Maria Rita	Dirigente Medico	SC Medicina Legale	<i>Maria Rita Pittau</i>
Zucca Alessandra	Dirigente Medico	Direzione Medica di PO San Michele	<i>Alessandra Zucca</i>

REFERENTI CLINICI

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Cherchi Gabriella	Referente Clinico	Direttore Pronto Soccorso Pediatrico e OBI	<i>Gabriella Cherchi</i>
Staico Sabrina	Referente Clinico	Dirigente Medico Pronto Soccorso e OBI	<i>Sabrina Staico</i>
Usala Cinzia	Referente Clinico	Dirigente Medico Ginecologia e Ostetrica	<i>Cinzia Usala</i>

REFERENTE MEDICINA LEGALE

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Demontis Roberto	Direttore	SC Medicina Legale	<i>Roberto Demontis</i>

REFERENTE METODOLOGICO

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Manca Roberta	RIFO	SC Prof. Sanitarie Infermieri e Ostetriche	<i>Roberta Manca</i>
Porceddu Cinzia	CTP Sociologo	SC Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione Rischio	<i>Cinzia Porceddu</i>

VERIFICA

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Addis Maria Teresa	Direttore	Direzione di Presidio A. Businco	<i>Maria Teresa Addis</i>
Spissu Marinella	Direttore	Direzione di Presidio San Michele	<i>Marinella Spissu</i>
Cherchi Gabriella	Direttore	Pronto Soccorso Pediatrico e OBI	<i>Gabriella Cherchi</i>
Demontis Roberto	Direttore	SC Medicina Legale	<i>Roberto Demontis</i>
Dettori Bruna	Direttore	SC Prof. Sanitarie Infermieri e Ostetriche	<i>Bruna Dettori</i>
Macciò Antonio Pietro	Direttore	SC Ginecologia e Ostetrica	<i>Antonio Pietro Macciò</i>
Marinelli Cristiana	Direttore ff	SC Laboratorio Analisi	<i>Cristiana Marinelli</i>
Mascia Luigi	Direttore	SC Chirurgia Pediatra	<i>Luigi Mascia</i>
Onnis Daniela	Direttore	SC Anatomia Patologica	<i>Daniela Onnis</i>
Pinna Raimondo	Responsabile	SSD Psicologia	<i>Raimondo Pinna</i>
Polo Fabrizio	Direttore ff	SC Pronto Soccorso e OBI	<i>Fabrizio Polo</i>
Runfola Matteo	Direttore	SC Chirurgia d'Urgenza	<i>Matteo Runfola</i>
Sedda Gino	Direttore ff	SC Prof. Tec., Riabilit. e Prevenzione	<i>Gino Sedda</i>
Solinas Andrea	Direttore	SC Urologia, Trapianto di rene e Ch Robotica	<i>Andrea Solinas</i>
Zanda Maurizio	Direttore	SC Pediatria	<i>Maurizio Zanda</i>

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA CODICE ROSA	PSQ_AZ_016
--	----------------------------------	-------------------

APPROVAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Foddìs Agnese	Direttore Generale	ARNAS Brotzu
Pinna Raimondo	Direttore Sanitario Aziendale	ARNAS Brotzu
Ennio Filigheddu	Direttore Amministrativo	ARNAS Brotzu

REFERENTI AZIENDALI PDTA

Nominativo	Ruolo	Struttura
Ghiani Carla	Direttore	SC Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione Rischio
Manca Roberta	RIFO Qualità, Perc. Ass. Gest. Rischio	SC Professioni Sanitarie Infermieri e Ostetriche
Porceddu Cinzia	Sociologo	SC Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione Rischio

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0	Elaborazione documento	01/04/2022
0	Aggiornamenti	21/11/2023
0	Aggiornamenti	18/01/2023
0	Chiusura documento	27/02/2024

DEFINIZIONI

PDTA	Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si intendono l'insieme sequenziale (da qui percorso) di azioni /interventi che una Organizzazione Sanitaria introduce (allineate/i alle raccomandazioni delle linee guida correnti) al fine di garantire al paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato.
Linea Guida	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche [Institute of Medicine].
Protocollo	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni specifiche di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico-sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo e nell'interpretazione giuridica, il contenuto di un protocollo è vincolante per i professionisti (es. protocolli clinici specialistici).
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i.
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale.
Istruzione operativa	Documento che illustra nel dettaglio le specifiche azioni che l'operatore sanitario deve obbligatoriamente attuare in una determinata situazione. Possono essere parte applicativa di una procedura. Di solito riguardano una sequenza di azioni semplice e breve.

Strumenti operativi di verifica e supporto	Documenti utilizzati quali strumenti per la verifica delle attività clinico-assistenziali svolte (moduli, schede, planning, ecc.). Tali documenti vengono allegati ai loro documenti di riferimento (protocolli, procedure, istruzioni operative).
Snodi decisionali	Sono quesiti clinici o organizzativi che orientano la scelta del ragionamento clinico o del percorso organizzativo, secondo criteri predefiniti e validati, fra due alternative e sono pertanto formulate quali quesiti la cui risposta è mutualmente esclusiva (SI/NO).

ABBREVIAZIONI

VD	Violenza dichiarata
VS	Violenza sospetta
PS	Pronto Soccorso
OBI	Osservazione breve intensiva
ECG	Elettrocardiogramma
SIO	Sistema informativo ospedaliero
CNPIA	Clinica neuropsichiatrica dell'infanzia e adolescenza
UOC	Unità Operativa
DS	Direzione Sanitaria
FF.OO	Forze dell'ordine

1. PREMESSA

L'OMS definisce la violenza come l'uso intenzionale della forza fisica o del potere o la minaccia di tale uso rivolto contro sé stessi, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico o privazione di libertà personale che costituzionalmente è inviolabile.

Tutti possono vivere situazioni simili, senza distinzioni di età, sesso, livello di istruzione, etnia, ecc. In particolare si evidenziano i maltrattamenti su bambini, anziani, soggetti fragili. Con l'espressione violenza di genere si indicano tutte quelle forme di violenza da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking allo stupro, fino al femminicidio, che riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al sesso.

Diverse sono le forme attraverso cui la violenza si manifesta: fisica, psicologica, morale, sessuale, economica. I dati ci dicono però che non solo le donne sono vittime di violenza.

La violenza sulle donne continua a essere un fenomeno grave e diffuso.

La Convenzione di Istanbul, all'art. 3, fornisce le definizioni che maggiormente sono in uso nell'articolato ambito della violenza sulle donne:

- *Violenza sulle donne*: si intende una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata;
- *Violenza domestica*: tale espressione designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima;
- *Genere*: con tale termine ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini;

- *Violenza contro le donne basata sul genere*: con tale espressione si indica qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale o che colpisce le donne in modo sproporzionato;
- *Vittima*: tale termine indica qualsiasi persona fisica che subisce gli atti o i comportamenti (violenza fisica, sessuale, psicologica o economica);
- *Donne*: con il termine donne sono da intendersi anche le ragazze di età inferiore ai 18 anni.

Sono tantissime le donne uccise per mano dei propri partner. Un assassinio su due, quando la vittima è una donna, avviene infatti tra le mura domestiche, ed è spesso il risultato di una relazione ricca di episodi di violenza e abuso. In alcuni Paesi quasi il 70% delle donne ha subito una violenza fisica dal proprio partner. Una donna su quattro è stata molestata sessualmente dal proprio partner nel corso della propria vita e quasi un terzo delle adolescenti a livello mondiale sono state forzate ad avere la prima esperienza sessuale. Una misura efficace di prevenzione in questo caso è la messa a punto di programmi di educazione e di formazione, avviati fin dall'adolescenza, che mettano al centro le questioni di genere e che contribuiscano a ridurre lo sviluppo di comportamenti violenti nei ragazzi.

Ugualmente gli anziani sono spesso soggetti a violenza, sia in famiglia che negli istituti dove passano gli ultimi anni della propria vita. Il numero è assai difficile da stimare, perché il problema è ancora largamente sotto considerato.

Ogni anno anche l'Istat pubblica e rende disponibili nella banca dati dedicata alla violenza sulle donne i dati forniti dal Ministero dell'Interno che riguardano gli autori e le vittime dei reati. A questi si aggiungono le tavole qui rilasciate sulle denunce, le segnalazioni, gli ammonimenti e allontanamenti, in particolare anche quelli introdotti dalla legge 119/2013 per i casi di stalking da ex-partner. I dati della tabella 1 sono estratti dal sistema informativo del Ministero dell'Interno, il Sistema di indagine (SDI), che raccoglie informazioni sia sui delitti denunciati dai cittadini presso gli uffici competenti (Commissariati di Polizia, Stazioni dei Carabinieri ecc.), sia sui delitti che le Forze di Polizia accertano autonomamente. Le informazioni riguardano anche le segnalazioni di persone denunciate e/o arrestate che le Forze di Polizia trasmettono all'Autorità giudiziaria nel caso di autori noti, nonché alcune caratteristiche demosociali (sex, età, cittadinanza) degli autori e delle vittime dei reati.



tab. 1 - ISTAT – Segnalazioni a carico di persone denunciate/arrestate per delitti di atti persecutori, maltrattamenti contro familiari o conviventi, percosse, violenze sessuali, omicidi consumati, diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti disaggregate per età (minorenne/maggiorenne) e nazionalità (Italiana/Straniera) dell'autore. Anno 2020

Fonte Ministero dell'Interno database SDI-SSD

SARDEGNA	2020										
	TOTALE	TOTALE FEMMINE	TOTALE MASCHI	ITALIANI				STRANIERI			
				FEMMINE		MASCHI		FEMMINE		MASCHI	
				≤17aa	≥18aa	≤17aa	≥18aa	≤17aa	≥18aa	≤17aa	≥18aa
ATTI PERSECUTORI	394	66	328	1	60	2	301	0	5	0	25
MALTRATTAMENTI CONTRO FAMILIARI O CONVIVENTI	603	65	538	2	56	11	467	2	5	1	59
PERCOSSE	256	58	198	0	49	4	161	0	9	1	32
VIOLENZE SESSUALI	99	1	98	0	1	3	72	0	0	1	22
OMICIDI VOLONTARI CONSUMATI	15	1	14	1	0	0	13	0	0	1	0
DIFFUSIONE ILLECITA DI IMMAGINI O VIDEO SESSUALMENTE ESPliciti	19	2	17	2	0	8	8	0	0	0	1

Il Comunicato stampa ISTAT “L’effetto della pandemia sulla violenza di genere - Anni 2020-2021” dichiara che la pandemia Covid-19 e le misure adottate per il contenimento della sua diffusione (ad esempio il confinamento tra le mura domestiche), così come il dispiegarsi delle conseguenze socio-economiche della crisi innescata dall'emergenza sanitaria, possono aver accentuato il rischio di comportamenti violenti. Molti studiosi e stakeholder hanno parlato di una emergenza nella emergenza, mentre UN WOMEN – l’Ente delle Nazioni Unite per l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne – la definisce una emergenza-ombra legata alla pandemia (shadow pandemic) o una crisi nascosta (shadow crisis). Alle difficoltà delle donne che subiscono la violenza vanno affiancate, inoltre, le criticità presentate per i minori che vivono nelle situazioni di violenza e le difficoltà amplificate per i gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili, come le donne straniere e con disabilità, o appartenenti a realtà sociali ed economiche svantaggiate.



tab. 2 – ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	MASCHI						FEMMINE						TOTALE					
	Partner o ex partner (b)	Altro parente	Altro conoscente	Autore sconosciuto alla vittima	Autore non identificato	Tot	Partner o ex partner (b)	Altro parente	Altro conoscente	Autore sconosciuto alla vittima	Autore non Identificato	Tot	Partner o ex partner (b)	Altro parente	Altro conoscente	Autore sconosciuto alla vittima	Autore non identificato	Tot
Sardegna	-	1	2	3	1	7	3	-	-	-	-	3	3	1	2	3	1	10
Nord- ovest	3	14	4	14	1	36	26	13	2	3	-	44	29	27	6	17	1	80
Nord-est	-	5	4	6	-	15	12	4	2	1	-	19	12	9	6	7	-	34
Centro	1	6	5	16	3	31	10	7	2	1	-	20	11	13	7	17	3	51
Sud	1	7	5	28	18	59	10	5	2	3	-	20	11	12	7	31	18	79
Isole	-	7	5	13	4	29	9	1	2	1	-	13	9	8	7	14	4	42
Italia	5	39	23	77	26	170	67	30	10	9	-	116	72	69	33	86	26	286

Seppure in tema di violenza sessuale siano nettamente prevalenti i casi di violenza nei confronti delle donne, recenti dati suggeriscono che il fenomeno della vittimizzazione ai danni di soggetti di sesso maschile rappresenti un problema di rilevanza non trascurabile.

Secondo alcuni dati, 1 uomo su 4 ha subito una qualche forma di contatto sessuale indesiderato nel corso della propria vita, mentre più di 1 uomo su 38 è stato vittima di tentato stupro o stupro, con penetrazione orale e/o anale. Nel 71% dei casi queste violenze si verificano prima dei 25 anni (Centers for Disease Control and Prevention, 2017) mentre l'età della maggior parte delle vittime maschili è compresa tra 20 e 30 anni.

Secondo i dati pubblicati dall'Istat nel 2018, nel nostro Paese, nel periodo 2015-2016, 3 milioni e 754.000 soggetti di sesso maschile hanno subito abusi, mentre prima dei 18 anni risultano 435.000 casi (2.2%).

Le circostanze in cui si realizza un abuso sessuale ai danni di un soggetto di sesso maschile possono essere differenti, in quanto l'abusante può essere una persona conosciuta di recente. In partner un amico, un familiare o un perfetto estraneo. Nell'87% dei casi circa l'abusante è di sesso maschile, ma sono riportati i dati di abusi perpetrati da donne. Infatti, nei casi di stupro maschile si possono riconoscere sia circostanze in cui gli uomini subiscono una penetrazione sia in cui l'uomo viene costretto a compiere un atto sessuale senza il suo consenso mediante uso di forza fisica o incapacità di esprimere un consenso esplicito, per esempio in quanto incosciente o sotto l'effetto di alcol e droghe. Per

tale tipologia di violenza è stato riscontrato che i perpetratori più spesso sono donne nel 79-82% dei casi. Tali dati, tuttavia, potrebbero non corrispondere alla realtà in quanto gli uomini, per timore di ripercussioni, di non essere creduti o per lo stereotipo della virilità e quindi per vergogna, decidono di non denunciare la violenza subita.

Le motivazioni che portano al compimento di una violenza sessuale nei confronti di un soggetto di sesso maschile sono di vario tipo e comprendono una ricerca di soddisfazione sessuale da parte dell'abusante, l'umiliazione della vittima, la dimostrazione di potere e di forza sull'abusato, prevaricazione della vittima nel contesto di un rapporto con partner o ex partner, in cui, oltre all'abuso sessuale, coesistono anche forme di violenza fisica, psicologica.

Oltre a lesioni fisiche, anche nell'uomo abusato si possono manifestare disturbi dell'asse psichico (Disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione, ritiro sociale).

Tra le vittime della violenza, si contano milioni di bambini maltrattati e molestati dai propri familiari adulti.

Il Ministero dell'Interno riporta che il numero dei reati commessi sui minori nel 2021 in Italia ha superato la quota di 6000 casi (in aumento anche quelli collegati alla violenza sessuale, con 1.332 casi, di cui le giovani donne sono l'88% delle vittime). Inoltre si registra una crescita esponenziale: i dati riportano che il 2021 ha registrato un incremento dell'89% rispetto a quelli del 2004. (Riferimento bibliografico "La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo", 2022, fondazione Terre des Hommes).

Secondo i dati Oms, l'esperienza di abuso sessuale è alla base del 4-5% di depressione, alcolismo e tossicodipendenza negli uomini e del 7-8% tra le donne. Un'adeguata formazione dei genitori e un contatto continuo con le famiglie si sono dimostrate misure adatte a ridurre il rischio di maltrattamento domestico per i bambini.

Il Rapporto mondiale sulla violenza e la salute (World report on violence and health)¹ pubblicato dall'Oms è la prima analisi completa su scala globale del problema della violenza. Lanciato nel 2002, il Rapporto forma lo scheletro di sostegno dell'intera campagna globale sulla prevenzione della violenza. La campagna infatti mira ad aumentare la consapevolezza dell'impatto della violenza sulla salute pubblica e il ruolo che la salute pubblica può giocare nella prevenzione. Inoltre, la campagna punta a raccogliere e

¹ https://www.epicentro.iss.it/focus/domestica/rapporto_campagna

rafforzare le risorse umane e finanziarie in questo settore, nonché a migliorare l'attuazione di strategie nazionali di prevenzione. Secondo il Rapporto mondiale, ogni giorno più di 500 adolescenti e giovani muore per effetto di violenza interpersonale e tra i 3,5 e i 7,5 milioni di giovani vengono ospedalizzati ogni anno per lo stesso motivo. Una delle strategie più efficaci è l'attuazione di programmi di sviluppo sociale volti a ridurre i comportamenti aggressivi e antisociali tra gli adolescenti.

2. CONTESTO NORMATIVO

Il modello d'intervento fa necessariamente riferimento ai principi, alle linee guida e alle raccomandazioni in materia e alla normativa nazionale e regionale in materia (raccomandazioni Convenzione di Istanbul, OMS, linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne che subiscono violenza adottate con DPCM 24/11/2017, Linee guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza a cura di D.i.Re, Anci).

La Legge di Stabilità 2016 istituisce “nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza» (comma 790) e specifica 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).

Le Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie in tema di soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza maschile (DPCM 24/11/2017–Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018) 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. Il Pronto Soccorso in quest'ottica diviene uno dei punti determinanti della rete in quanto primo accesso ai servizi. La Regione Sardegna con Delibera n. 46/37 del 22/12/2023 istituisce ai sensi dell'art. 7-bis della L.R. 02/08/2018 n. 33 il Pronto Intervento Rosa della Regione Sardegna ai fini della gestione delle situazioni emergenziali di donne vittime di violenza.

Le caratteristiche del servizio:

- Il Servizio di Pronto Intervento è finalizzato a gestire tutte le situazioni in cui, pur sussistendo una situazione di grave rischio per la vittima della violenza e suoi eventuali figli/e minori, e quindi la necessità di protezione immediata, questa non può essere immediatamente collocata in una Casa rifugio, o per carenza di posti disponibili o perché non in possesso dei requisiti per entrarvi.
- Il Servizio di Pronto Intervento per donne vittime di violenza ed eventuali figli/e minori, che necessitano di messa in protezione immediata, deve garantire la possibilità di accesso immediato h 24, festivi compresi, e alta protezione, per periodi brevi (min. 1 giorno – max 1 mese), ma sufficienti per una prima valutazione, finalizzata a individuare tempi e modalità adeguati per il percorso di fuoriuscita dalla violenza;

Già da questi primi riferimenti emerge in maniera significativa l'importanza di un modello integrato che fornisce protezione e sostegno alle vittime di violenza sotto vari aspetti, da quello sanitario a quello giuridico, sociale, economico, psicologico.

ASPETTI GIURIDICI

PROCEDIBILITA'

La violenza sulla persona ledendo la libertà personale, che costituzionalmente rappresenta un diritto inviolabile, si configura come un delitto con conseguenze sulla sfera psichica, spirituale e fisica della vittima.

PROCEDIBILITÀ PER VIOLENZA SESSUALE (art. 609 bis e seguenti) - (All.6 - 7)

La violenza sessuale è un reato disciplinato dagli articoli 609 bis e seguenti del codice penale che recita: "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da sei a dodici

anni. Si precisa che è considerato lecito l'atto sessuale fra minorenni a condizione che il minore dei due abbia compiuto almeno 13 anni e che non abbiano una differenza di età superiore a 4 anni. È considerato reato sessuale l'atto sessuale tra un maggiorenne e un minorenne.

I delitti previsti dagli articoli 609 bis e 609 ter del codice penale sono punibili a querela della persona offesa salvo quanto previsto dall'art. 597 comma 3², il termine per la proposizione della querela è di 12 mesi. Si precisa inoltre che la querela proposta è irrevocabile.

Tuttavia si procede d'ufficio nei seguenti casi:

1. se il fatto di cui all'art. 609 bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto anni 18;
2. se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
3. se è commessa da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
4. se è connessa con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio. Art. 604-quarter (atti sessuali con minorenni) al di fuori dell'ipotesi di atti sessuali tra minorenni.

Sono sempre perseguibili d'ufficio le violenze di gruppo (art. 609 octies cp), atti sessuali con minorenni (art. 609 quater cp), la corruzione di minorenni (art. 609 quinquies cp), e l'adescamento di minorenni (art. 609 undecies cp), ignoranza dell'età della persona offesa (art. 609 sexies), violenza sessuale di gruppo (609-octies).

Nei casi in cui il reato è procedibile a querela di parte il medico informerà il/la paziente che ha tempo 12 mesi per formalizzare la querela.

Se invece il delitto è procedibile di ufficio, con obbligo di denuncia, occorre che si proceda con la formalizzazione all'autorità giudiziaria (Procura). La denuncia di reato, che deve

² Articolo 597 com. 3. Querela della persona offesa ed estinzione del reato. Il delitto previsto dall'art. 595 (Diffamazione) è punibile a querela della persona offesa.

essere firmata in ogni sua parte da ogni operatore coinvolto, deve essere poi inviata in Procura nel più breve tempo possibile.

Il 9 agosto 2019, l'aspetto giuridico è stato integrato da un'importante normativa volta a tutelare ancora più tempestivamente le vittime di violenza. La Legge in questione, nota anche come Codice Rosso, nasce per fornire una corsia preferenziale alle vittime di violenza con particolare riguardo alle donne ed ai minori, garantendo in tempi più celeri una risposta concreta sia da parte delle FF.OO sia dalla Magistratura, al fine di scongiurare un ulteriore aggravamento delle condizioni della vittima a causa del prolungarsi dell'esposizione alle condotte vessatorie perpetrate ai suoi danni.

Il Legislatore, a tal fine, ha introdotto 4 nuove tipologie di reato:

- art. 387-bis (violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa);
- art. 558-bis (costrizione o indizione al matrimonio);
- art. 583-quinquies (deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso);
- art. 612-ter (diffusione illecita di immagini/video sessualmente espliciti c.d. revenge porn).

La normativa impone alla Polizia Giudiziaria di portare a conoscenza del Pubblico Ministero immediatamente anche in forma orale una notizia di reato relativa a delitti di violenza domestica e di genere al fine di consentire al Pubblico Ministero stesso di turno di attivare un immediato coinvolgimento nel coordinamento delle indagini evitando un eccessivo ritardo nell'adozione di misure volte alla tutela della vittima e all'acquisizione di elementi probatori che potrebbe generare ulteriori danni a carico della parte offesa.

PROCEDIBILITÀ PER LESIONI PERSONALI - (All. 8)

Sono perseguibili a querela le lesioni personali lievissime (malattia con prognosi non superiore ai 20 gg - quindi fino a 20 gg) e lievi (malattia di durata compresa tra i 21 e 40 giorni).

Tuttavia tali lesioni (lievissime e lievi) diventano perseguibili d'ufficio nei seguenti casi:

1. Se sono commesse con armi o con sostanze corrosive, da persona travisata o da più persone riunite (art. 585 cp);

2. se il reato è commesso per eseguirne, occultarne un altro, ovvero per conseguire o assicurare a sé o ad altri il prodotto o il profitto o il prezzo ovvero la impunità di un altro reato (artt. 585, 576, 61 n. 2 cp);
3. se il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente, avendo agito per motivi abietti o futili o avendo adoperato sevizie o agito con crudeltà verso le persone o quando è adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso ovvero quando vi è premeditazione (artt. 585, 576, 61 n. 1 e 4 cp);
4. se il fatto è commesso dal latitante per sottrarsi all'arresto, alla cattura o alla carcerazione ovvero per procurarsi i mezzi di sussistenza durante la latitanza (art. 585, 576 cp);
5. se il fatto è commesso dall'associato per delinquere per sottrarsi all'arresto, alla cattura o alla carcerazione (art. 585, 576 cp);
6. se il fatto è commesso in occasione della commissione di taluno dei delitti previsti dagli articoli 609 bis, 609 quater e 609 octies cp (art. 585, 576 cp);
7. se il fatto è commesso dall'autore del delitto previsto dall'articolo 612 bis cp (atti persecutori) nei confronti della stessa persona offesa (art. 585, 576 cp);
8. se il fatto è commesso contro un ufficiale o agente di polizia giudiziaria, ovvero un ufficiale o agente di pubblica sicurezza, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio (art. 585, 576 cp);
9. se il fatto è commesso col mezzo di sostanze venefiche ovvero con un altro mezzo insidioso (art. 585, 577 cp);
10. se il fatto è commesso con premeditazione (art. 585, 577 cp);
11. se il fatto è commesso avendo agito per motivi abietti o futili o avendo adoperato sevizie o agito con crudeltà verso le persone (artt. 585, 577, 61 n. 1 e 4 cp);

Sono sempre perseguibili d'ufficio:

1. Lesione personale grave: se dal fatto deriva una malattia o un'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni oppure vi è stato pericolo di vita per la persona offesa oppure si è prodotto un indebolimento permanente di un senso o di un organo.
2. Lesione personale gravissima se dal fatto deriva:
 - una malattia certamente o probabilmente insanabile

- la perdita di un senso
- la perdita dell'uso di un organo o la perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile oppure la perdita della capacità di procreare oppure una permanente grave difficoltà della favella oppure la deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti del viso (art. 583 quinquies).

In data 30.12.2022 è entrata in vigore la L. 199 che applica quanto contenuto nel D.lgs 162/22 ("Riforma Cartabia") che apporta modifiche in tema di lesioni personali. In ambito penale, viene estesa la procedibilità a querela della persona offesa anche nell'ambito dei reati contro la persona al fine di migliorare l'efficienza del sistema processuale. Particolarmente rilevante, in tale contesto legislativo, la nuova formulazione dell'art. 582 cp che, sulla base delle modifiche apportate, così recita: "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si procede tuttavia d'ufficio se ricorre taluna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 61, numero 11-octies, 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel primo comma, numero 1 e nel secondo comma dell'articolo 577. Si procede altresì d'ufficio se la malattia ha una durata superiore a venti giorni quando il fatto è commesso contro persona incapace per età o per infermità".

Le lesioni personali che provocano una malattia della durata compresa tra 20 e 40 giorni (lievi) non sono più perseguibili d'ufficio ma a querela della persona offesa ad eccezione dei casi di vittima incapace per età o per infermità.

ALTRI RIFERIMENTI NORMATIVI

Misure a sostegno delle vittime del reato di atti persecutori

Legge 38/2009 - Art. 11 - Le forze dell'ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche che ricevono dalla vittima notizie del reato di cui agli artt. 572 cp (maltrattamenti contro familiari e conviventi), 600 cp (riduzione in schiavitù), 600-bis (prostituzione minorile), 600-ter (pornografia), anche se relativo al materiale pornografico di cui all'art. 600-quater, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies, 612-bis del codice penale, hanno l'obbligo di fornire alla vittima stessa tutte le informazioni relative ai centri antiviolenza presenti sul territorio e, in particolare, nella zona di residenza della

vittima. Le forze dell'ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche provvedono a mettere in contatto la vittima con i centri antiviolenza, qualora ne faccia espressamente richiesta.

Misura di prevenzione per condotte di violenza domestica

Legge 15 ottobre 2013, n. 119 - Art. 3 - Le misure di cui al comma 1 dell'articolo 11 della Legge n. 38/2009 trovano altresì applicazione nei casi in cui le forze dell'ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche ricevono dalla vittima notizia dei reati di cui agli articoli 581

Il referto e la denuncia di reato - (All. 9)

Il referto (artt. 334 c.p.p. e 365 c.p.) e la denuncia di reato (artt. 331 e 332 c.p.p, artt. 361 e 362 c.p.) sono obblighi di informativa all'Autorità Giudiziaria in capo all'esercente la professione sanitaria o qualora venga a conoscenza di un fatto illecito qualificabile come reato procedibile d'ufficio. La loro omissione o grave ritardo di presentazione o grave incompletezza è penalmente sanzionata dall'ordinamento penale.

A tali obblighi sono tenuti, nel caso di referto (art. 365 c.p.) gli esercenti la professione sanitaria e nel caso di denuncia (artt. 361 e 362 c.p.) gli esercenti la professione sanitaria che rivestono la qualifica di pubblico ufficiale (art. 357 c.p.) o di incaricato di un Pubblico Servizio (art. 358 c.p.). È necessario precisare che l'obbligo di referto e l'obbligo di denuncia sono entrambe giuste cause di rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p. -art. 10 Cod.deont.med.), essendo obblighi espressamente imposti dal legislatore.

La ragione sottesa a tale scelta legislativa è quella di dare prevalenza all'interesse pubblico del buon andamento dell'amministrazione della giustizia, autorizzando così il professionista sanitario a sacrificare l'interesse personale della segretezza del rapporto professionale.

CONSENSO INFORMATO

La vittima di violenza verrà sottoposta a una serie di accertamenti clinici e medico-legali (questi ultimi non ripetibili) previa acquisizione di consenso/dissenso e informazione dei suoi diritti e della finalità delle procedure previste e sottoscrizione dell'avvenuta informazione.

Consenso al trattamento sanitario (All. 12)

Il paziente deve essere in grado di prendere una decisione volontaria, ovvero decidere se sottoporsi o non sottoporsi alla procedura.

- Laddove la vittima giunga priva di conoscenza, invocando lo stato di necessità (art. 54 c.p.) i sanitari potranno procedere agli accertamenti necessari e previsti in casi di vittime di violenza.
- Laddove la vittima è affetta da grave disturbo psichico-cognitivo (dietro valutazione dello psicologo/psichiatra), non interdetta, né amministrata, quindi come tale non in grado di sottoscrivere valido consenso agli atti medici previsti, i sanitari intervenuti dovranno segnalare al Giudice Tutelare il caso specifico.

Gli esami a cui dovrà essere sottoposta la vittima di violenza saranno elencati nell'apposito modulo di consenso/dissenso che conterrà le singole voci con accanto le singole caselle al fine di consentire la massima libertà di scelta sugli accertamenti consentiti e quelli non consentiti (elencare separatamente i tamponi da praticare, esami, trattamenti proposti ecc). È fondamentale prestare particolare attenzione ad alcuni segni che può presentare la vittima:

- alterazione dello stato di coscienza,
- lacune anamnestiche in concomitanza all'aggressione soprattutto sessuale.

I casi di violenza sessuale che sono accompagnati da assunzione di farmaci o di sostanze stupefacenti o alcool, rendono il reato procedibile d'Ufficio in quanto l'assunzione di tali sostanze possono determinare un deficit della memoria della vittima relativamente al periodo della violenza.

Sempre previo consenso è possibile richiedere la ricerca nei fluidi biologici di alcol e eventuali sostanze di abuso e farmaci (All. 13). La ricerca di tali sostanze viene effettuata temporaneamente presso laboratori esterni specializzati di riferimento se non possibili in sede. La richiesta va effettuata su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

Consenso al trattamento dei dati - (All. 10)

L'informativa privacy è obbligo ogni volta che c'è un trattamento dati e si deve precedere alla loro raccolta.

La tutela della riservatezza è un insieme di norme create affinché sia garantito il trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali di ognuno. La disciplina della materia è attualmente contenuta nel Regolamento UE 2016/679 e nel D.Lvo 196/2003. La materia della trasmissione, acquisizione e trattamento dei dati sensibili inerenti alla vittima di un reato è disciplinata dal Codice di procedura penale (articoli 200-201, 247-1bis, 256-bis, 330, 331, 332 e 334, 352, 354), dal D.L.vo 196/03 (articoli 23, da 46 a 49, da 75 a 94) e dai decreti del Ministro della Giustizia 12.12.06 n. 306 e 24.7.14 n. 123.

Diniego

Se la vittima nega il consenso, il percorso si interrompe e alla vittima vengono date le seguenti informazioni relative all'allontanamento volontario, tale per cui comunque compete al medico del Pronto Soccorso:

- di doversi accertare che la stessa non sia in evidente condizione di pericolo
- di riportare in cartella che la/il paziente si allontana prima/durante gli accertamenti.

Qualora la vittima dovesse negare il consenso in parte all'intera procedura prevista nel percorso, il medico deve agire in maniera differente in rapporto alle seguenti ipotesi:

1. DISSENSO AI PRELIEVI MA ACCETTAZIONE DELLA VISITA

In questo caso, se trattasi di reato procedibile di ufficio, il medico deve contattare il PM di turno per informarlo ed eventualmente procedere secondo le direttive impartite dall'autorità giudiziaria (per esempio per procedere con i prelievi coattivi previo decreto emesso dal PM) e procedere con la sola visita medica.

Se trattasi di reato procedibile a querela di parte, dopo aver adeguatamente informato la vittima del fatto che nel caso di un suo ripensamento verrebbero a mancare le prove oggettive, non procede ad alcun accertamento.

2. DISSENSO A TUTTE LE PROCEDURE

Il medico si deve limitare ad informare la vittima circa il fatto che non ci sarebbe alcun dato oggettivo clinico laboratoristico delle violenze subite.



Qualora la vittima decidesse di allontanarsi dalla struttura ospedaliera sarà compito del medico doversi accertare che la stessa non sia in evidente condizione di pericolo nel quale così dovrà informare le FF.OO.

Riportare in cartella che il/la paziente si allontana contro il parere dei sanitari prima o durante gli accertamenti in corso.

3. CODICE ROSA IN ARNAS G. BROTZU

In ARNAS G. Brotzu il Codice Rosa viene attivato ogni qualvolta si rileva la necessità di identificare un percorso di accesso, di accoglienza e assistenza immediata riservato a tutte le vittime di violenza (donne, uomini, bambini anziani, disabili e/o persone fragili e discriminate, sempre con un approccio gender sensitive), con la finalità di assicurare un efficace coordinamento tra le diverse strutture e tra le diverse competenze per dare una risposta adeguata già dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto Soccorso.

Il contesto sanitario, in particolare il Pronto Soccorso, rappresenta, quasi sempre, il primo luogo in cui la vittima di violenza entra in contatto con le figure professionali dedicate.

La vittima di violenza (accertata o sospetta) può accedere al Pronto Soccorso:

- spontaneamente (sola o con minore/i a seguito);
- accompagnata dal 118;
- accompagnata dalle FF.OO;
- accompagnata sia dal 118;
- accompagnata da operatori dei Centri Antiviolenza;
- accompagnata da operatori di altri Servizi Pubblici o Privati;
- accompagnata da persone da identificare;
- accompagnata dall'autore della violenza.

L'accesso della vittima ai vari Servizi Sanitari o Centri di riferimento avviene generalmente a seguito di:

- Violenza dichiarata: violenza riferita dalla vittima.
- Violenza presunta: violenza presumibile sulla base delle lesioni riportate dalla vittima e rilevate dall'operatore.
- Violenza assistita: comprende il complesso di ricadute di tipo comportamentale, psicologico, fisico, sociale e cognitivo, nel breve e lungo termine, sui minori costretti ad assistere ad episodi di violenza.

Il percorso prevede, oltre al coinvolgimento del P.S, l'intervento di altre Strutture aziendali e, a seconda del bisogno assistenziale, la presa in carico da parte della:

- Struttura di Ostetricia e ginecologia se donna;

- Strutture dell'Area pediatrica in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria infantile se minore;
- Strutture di competenza in base al caso specifico (es. Chirurgia d'Urgenza, Terapia Intensiva, Ortopedia, Urologia, ecc.);
- Struttura di Medicina legale e Servizio di Psicologia in caso di tutte le forme di violenza.

L'operatore con cui la vittima di violenza si interfaccia deve sempre garantire al paziente:

- un setting adeguato con ascolto attivo e con la sospensione di qualsiasi giudizio;
- la possibilità di avere informazioni chiare sui vari momenti e interventi del percorso;
- la possibilità di accettare o non le proposte di assistenza sanitaria e psicosociale;
- la possibilità di poter esprimere consenso/dissenso rispetto alle attività previste;
- il diritto di essere tutelato qualora non sia in grado di esprimere consenso;
- il diritto a essere inserito in un percorso assistenziale mediante la presa in carico da parte di servizi pubblici e privati presenti sul territorio di riferimento e in un progetto personalizzato di sostegno che consenta loro di superare l'esperienza vissuta.

La vittima di violenza deve essere tempestivamente rassicurata del fatto che nella struttura sanitaria saranno attuate procedure finalizzate alla tutela della sua salute e alla raccolta di fonti di prova per l'eventuale identificazione dell'aggressore.

Tali accertamenti rappresentano procedure non ripetibili nel tempo e devono essere svolte con il massimo rispetto e con la massima riservatezza da parte di tutto il personale coinvolto, solo previo esplicito consenso del paziente.

Le ore immediatamente successive alla violenza sono determinanti per la raccolta di prove e rilievi utili in sede giudiziaria. Pertanto, è fondamentale che sia effettuata un'osservazione minuziosa e particolare (non ripetibile), tenendo sempre presente che il medico non deve appurare la verità, ma valutare adeguatamente tutto ciò che può essere utile all'Autorità Giudiziaria e all'eventuale successivo *iter* diagnostico-terapeutico e giudiziario. A tal fine è fondamentale che la vittima di violenza sia presa in carico da una equipe multidisciplinare che coinvolge sia professionisti sanitari che professionisti non sanitari. Determinate risulterà la valutazione degli indici di sospetto (*All. 1*) nonché dettagliare tutti gli aspetti dell'evento.

Presupposto fondamentale nella gestione della vittima di violenza è:



- tutela della riservatezza;
- creazione di un ambiente sicuro e rassicurante per la vittima: effettuare possibilmente il colloquio e la valutazione clinica in una stanza che permetta la riservatezza e la tranquillità;
- coinvolgimento del minor numero possibile di operatori sanitari, di procedure e di spostamenti;
- atteggiamento rassicurante e disponibile (non frettoloso, superficiale o banalizzante) in tutte le fasi della comunicazione/relazione;
- gestione e tutela dei minori che eventualmente accompagnano la vittima di violenza.

I codici ICD-9 CM

DIAGNOSI PRINCIPALE (International classification of Diseases – 9th revision, Clinical Modification” 2009 vers. Ital.)	
Cod.	Descrittivo Diagnosi
995.50	Abuso di minore non specificato
995.51	Abuso di minore emotivo/psicologico
995.53	Abuso sessuale su minore
995.80	Maltrattamento di adulto non specificato
995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato
995.82	Abuso emotivo/psicologico di adulto
995.83	Abuso sessuale di adulto

4. SCOPO

Lo scopo della procedura è offrire il miglior percorso di cura e assistenza alla persona vittima di violenza. Questo percorso pertanto è orientato a:

- garantire alla vittima che accede al Pronto Soccorso ed eventualmente a altre strutture aziendali un percorso di accoglienza e assistenza protetta;
- fornire riferimenti chiari e univoci a tutti gli attori coinvolti circa fasi, tempi, modalità, tipologia di interventi, responsabilità, obblighi normativi e legislativi;
- garantire tempestiva e corretta acquisizione di fonti di prova sui soggetti presunti vittima di reati sessuali e una loro adeguata presa in carico;

- far emergere le situazioni di violenza, in particolare della violenza di genere e sui minori;
- uniformare i comportamenti in materia di fasi, tempi, modalità, tipologia di interventi, responsabilità, obblighi normativi e legislativi;
- stimolare la formazione del personale sanitario sul tema della violenza aumentando le competenze professionali e relazionali, nonché incrementando la capacità di cogliere i segni/segnali nascosti della violenza subita;
- garantire agli operatori uno spazio di confronto, riflessione e verifica;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

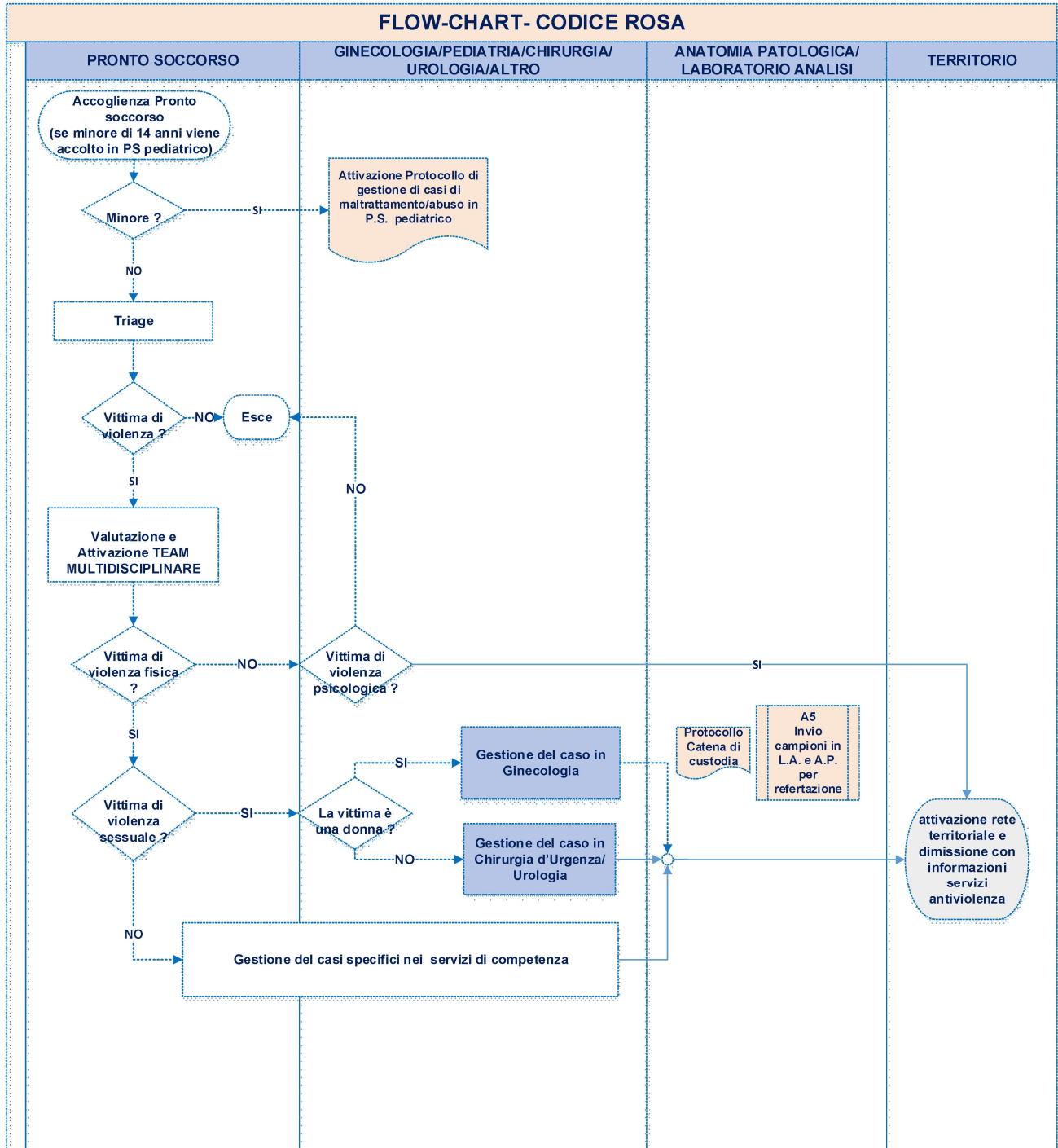
La presente procedura deve essere applicata da tutti gli operatori aziendali coinvolti ogniqualvolta si individua un caso di violenza o maltrattamento a carico di tutti quei soggetti che risultano vittime di violenza fisica, sessuale e psicologica.

6. SERVIZI COINVOLTI

Di seguito le Strutture e i Servizi interni ed esterni all'Azienda coinvolti nella presa in carico e gestione dei pazienti vittima di violenza.

INTERNI	ESTERNI
P.S. e Osservazione Breve Intensiva P.S. Pediatrico Ostetricia e ginecologia Urologia Pediatria Laboratorio analisi Anatomia Patologica Psicologia Chirurgia d'urgenza Chirurgia pediatrica Medicina legale	Servizi Sanitari Territoriali Centri antiviolenza Servizi Sociali Comunali Forze dell'ordine Procura Tribunale minori Neuropsichiatria Infantile

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



8. MODALITA' OPERATIVE

In ARNAS G. Brotzu la procedura Codice Rosa si occupa:

- sia della gestione del paziente adulto
- sia della gestione dei minori di 14 anni

Dopo l'accesso e la presa in carico in P.S, l'assistenza è garantita, a seconda dei casi, dai Servizi di Ginecologia, Urologia, Chirurgia d'Urgenza, Pronto Soccorso Pediatrico e Pediatria.

È determinante inoltre il coinvolgimento del Servizio di Medicina Legale e del Servizio di Psicologia aziendale che offrono il loro intervento in tutte le fasi del processo.

SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

Il contributo della Clinical Forensic Medicine è fondamentale sia nella fase di identificazione del maltrattamento sia nella fase successiva di tutela della vittima.

Il medico legale è lo specialista dotato di maggiore dimestichezza con le fattispecie di reato, spesso è quello designato a rispondere a problematiche relative alla perseguibilità d'ufficio tra i casi di violenza che accedono in P.S ed è considerato il più esperto nello stilare il referto/denuncia di reato da inviare, nel caso si tratti di reato procedibile d'Ufficio, alla Procura della Repubblica del Tribunale Ordinario o alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori ovvero ai Servizi sociali. La figura del medico legale, inoltre, è sempre dirimente nella descrizione delle lesioni e nella realizzazione del materiale iconografico e nella repertazione del materiale biologico (che avviene seguendo le linee GeFi 2023 All. 18-19) utile ai fini giudiziari, che potrà servire a documentare i dettagli delle suddette lesioni che, a distanza di tempo, potranno essere importanti per la ricostruzione delle dinamiche con cui si sono svolti i fatti.

Si tenga presente che il reato di violenza sessuale perpetrata su un individuo adulto è - salvo casi particolari - procedibile a querela di parte. Querela che la vittima può proporre entro un anno dai fatti, ma che una volta proposta non è più revocabile (ex art. 609 septies c.p.).

Per ciò che riguarda il maltrattamento fisico, il ruolo del medico legale è rilevante nella scelta degli accertamenti diagnostici da effettuare nei casi dubbi o nei casi meritevoli di

approfondimento relativamente ad alcune lesioni o dinamiche non chiare. Pertanto, la Medicina Legale è un'ottima opportunità nel contesto della gestione della violenza, in quanto dotata di capacità di gestire la storia e i segni degli eventi lesivi a partire dalla raccolta dei dati circostanziali dell'accaduto, dati che vanno pazientemente esaminati minuziosamente soprattutto per giungere ad una diagnosi differenziale tra evento accidentale e atto doloso, fino all'interpretazione delle lesioni, alla loro datazione, che spesso deve richiedere degli esami strumentali finalizzati sia all'immediata terapia che alla ricostruzione della eventuale storia di violenza fisica subita. Proprio in virtù della particolarità della prestazione che viene richiesta al medico di P.S (prestazione che esula dalle ordinarie attività cui lo stesso è preposto), appare fondamentale la presenza, nell'ambito degli accertamenti relativi alla presunta violenza, del Medico Legale per le sue specifiche competenze in ambito forense. Gli accertamenti compiuti sulla presunta vittima di violenza, infatti, costituiscono un vero e proprio "sopralluogo medico legale", inteso come accertamento tecnico da eseguirsi da parte di personale specializzato e adeguatamente formato; inoltre, per le sue caratteristiche, l'accertamento da porre in essere su una vittima di violenza è da intendersi come non ripetibile, in particolare relativamente alle procedure di raccolta delle eventuali tracce e reperti costituenti fonti di prova (ex artt. 348 e 244 c.p.p.) presenti sul corpo della vittima, che devono essere effettuate con rigore scientifico e secondo standard metodologici.

Si ricorda che la vittima può sporgere querela fino a 12 mesi dopo il fatto: pertanto, è indispensabile che la raccolta sia quanto più possibile dettagliata.

La documentazione clinico-forense per le vittime di violenza è da compilarsi esclusivamente in modalità cartacea ed è custodita all'interno del contenitore kit per la raccolta delle prove.

Tale documentazione cartacea deve seguire la vittima durante eventuali spostamenti necessari per gli accertamenti diagnostici e deve essere compilata e sottoscritta dalle varie figure professionali coinvolte. Il medico-legale, nelle stanze dedicate, si farà carico di supervisionare alla procedura di repertamento degli indumenti della vittima, del prelievo di eventuale materiale biologico utile alla identificazione del colpevole, della documentazione iconografica e di tutti i segni di lesività esterna eventualmente presenti sul corpo della vittima.

Materiale necessario ai fini legali

A) Provette previste per prelievi ematici, esame urine, tamponi a secco e tamponi in liquido di coltura presenti nella frigoteca del reparto di ginecologia/urologia.

B) Contenitore predisposto “kit per la raccolta delle prove”.

NB: il contenitore “KIT per la raccolta delle prove” contiene l’occorrente per il caso e deve essere ubicato in luogo noto a tutto il personale (medicina legale, chiuso con cerotto, apponendo la data di scadenza del materiale all’interno).

La responsabilità del controllo delle scadenze e del ripristino tempestivo del contenitore, quando utilizzato, è a carico della Medicina Legale.

Gli obblighi da assolvere in tali circostanze possono essere:

- Informare l’Autorità Giudiziaria del reato nel caso di “delitto perseguibile d’ufficio” * a prescindere dal consenso/dissenso ottenuti dalla vittima.
- Avvertire tempestivamente, nel caso di soggetto minorenne, anche la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori.
- Sottoscrivere la dichiarazione prevista nel caso di vittima non in grado di esprimere assenso/ dissenso alle procedure ex art.54 cp e procedere all’espletamento degli esami ed avvisare l’Autorità Giudiziaria nei casi che possono configurare la procedibilità d’ufficio.

La denuncia di reato verrà redatta e firmata da ogni Sanitario che interverrà nella gestione della vittima di violenza, riportando quanto da lui rilevato con gli accertamenti clinico-strumentali-laboratoristici praticati.

SERVIZIO DI PSICOLOGIA

L'intervento dello psicologo è di fondamentale importanza come supporto e sostegno nella gestione del paziente che subisce violenza; questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e dei "tempi dei silenzi" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure.

Il compito principale è l'assistenza socio-sanitaria alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare ad agevolare e supportare la vittima nella narrazione delle violenze più difficili da raccontare per paura di possibili ritorsioni o per la complessità delle dinamiche relazionali coinvolte. L'adozione di procedure condivise e di specifici protocolli operativi consente di velocizzare i tempi di indagine e dei processi.

Agli utenti ai quali viene attribuito il Codice Rosa è, ove possibile, dedicata una stanza, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza, la cura e il sostegno, nonché l'avvio delle procedure d'indagine in collaborazione con le forze dell'ordine e, se necessario, l'attivazione delle strutture territoriali per la tutela di situazioni che presentano livelli di rischio elevati.

Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al Servizio Sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale.

Tutte le procedure devono essere spiegate accuratamente e ripetutamente, in modo che il paziente possa capire ciò che il personale sanitario sta facendo e perché; avere un senso di controllo e partecipazione è una parte importante nel processo di accompagnamento dei pazienti, specialmente durante le prime fasi di accoglienza e valutazione.

Lo Psicologo viene allertato come figura del team multidisciplinare e accompagnerà la vittima di violenza sospetta o certa durante tutto l'iter diagnostico, previo consenso della stessa; effettuerà un colloquio con il soggetto, prima o dopo le cure mediche, in base alla gravità delle lesioni. Presso l'ARNAS G. Brotzu gli psicologi prestano il loro servizio in diurno dal lunedì al venerdì. Sarà garantita la presa in carico psicologica anche nel caso in cui non ci siano gravi lesioni fisiche.

Non si può stabilire un modello unico d'intervento, poiché ogni caso e ogni situazione hanno esigenze diverse e un andamento non prevedibile in anticipo. I colloqui si dovrebbero

dunque "costruire" sulla persona, considerando che l'approccio potrebbe essere misto e prevedere interventi che vanno dall'accoglienza, supporto e contenimento emotivi, a quelli di tipo psico-educativo o ad altri che facilitino la rielaborazione dei vissuti traumatici.

Nella modalità di conduzione del colloquio di accoglienza con soggetti vittime di violenza lo Psicologo deve:

- Aiutare il/la paziente a riconoscere di aver subito una violenza, riducendo il rischio di svalutare la situazione.
- Assicurare al soggetto un ruolo di "vittima" quindi di non responsabilità rispetto all'accaduto.
- Assumere, con atteggiamento empatico, una posizione di ascolto del soggetto, della sua esperienza e dei suoi vissuti evitando al momento di dare consigli e indicazioni.
- Non giudicare e non colpevolizzare anche se non si è d'accordo con ciò che la vittima dice, fa o ha intenzione di fare.
- Rispettare i tempi e le scelte del soggetto.
- Aiutare il soggetto a prendere maggiore consapevolezza rispetto a:
 - il proprio isolamento mantenuto attraverso la paura, il segreto e la vergogna;
 - la sofferenza dei figli;
 - la perdita progressiva della stima di sé;
 - i propri diritti e quelli dei figli.
- Valutare il rischio di reiterazione. Valutare il rischio e il problema della sicurezza nel caso di un rientro nel contesto familiare.

Nel caso in cui la vittima necessiti di un supporto di natura farmacologica, verrà allertato lo specialista competente.



8.1 MODALITA' OPERATIVE PER LA GESTIONE DELL'ADULTO (>14 AA)

- Presa in carico in Pronto Soccorso
- Presa in carico in Ginecologia
- Presa in carico in Urologia- Chirurgia d'Urgenza

8.1.1 PRESA IN CARICO

PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO

Il momento dell'accoglienza in P.S. è particolarmente delicato soprattutto perché l'infermiere triagista deve saper riconoscere tempestivamente il problema, assicurare riservatezza e privacy, informare immediatamente il medico per prendere in carico il paziente e attivare il percorso dedicato di tutela e protezione della vittima di violenza attraverso l'istituzione di gruppi multidisciplinari finalizzati a fornire assistenza giudiziaria e socio-sanitaria.

Il colloquio si svolge in ambiente riservato e protetto; l'atteggiamento degli operatori deve essere rassicurante, disponibile all'ascolto; puntuale deve essere la compilazione della anamnesi con la storia clinica.

La visita da parte del Medico di Pronto Soccorso deve essere effettuata secondo il codice colore/numerico e deve avvalersi del team multidisciplinare codice rosa. A tal proposito risulta indispensabile anche il consulto da parte del medico legale al fine di valutare in accordo con i sanitari intervenuti circa l'opportunità di praticare i prelievi a i fini forensi preliminarmente alle indagini clinico strumentali e/o eventuali medicazioni previste nel caso di specie.

Al termine dell'intero iter diagnostico e terapeutico, il Medico del P.S valuterà la possibilità per il paziente la condizione di dimissibilità, osservazione e ricovero in ginecologia se si tratta di un caso di violenza su donne, in chirurgia d'urgenza o urologia in caso di violenza su adulti di sesso maschile. Nel caso, invece, di violenza su minori (<14 aa), la presa in carico è del PS pediatrico che attiverà la Gestione dei casi di maltrattamento/abuso in P.S. pediatrico. Nei casi in cui si tratta di un minore (≥ 14 aa fino all'età di 17 aa) la presa in carico è del PS adulti con il supporto specialistico della Neuropsichiatria Infantile (in consulenza).

Infermiere di triage

L'infermiere di triage, adeguatamente formato è il primo professionista che, di fronte ad ogni tipo di violenza sospetta o dichiarata su donna, minore o paziente fragile, procede tempestivamente ad avviare l'accoglienza e la presa in carico.

Effettua la "valutazione sulla porta". Valutazione pressoché visiva che si basa su come si presenta il paziente prima ancora di averlo valutato e avere individuato il motivo di accesso. Limita la presenza agli operatori necessari e al/ai tutori legali in caso di minore.

Garantisce la privacy e l'anonimato in ambiente protetto, disponendosi all'ascolto attivo, con empatia, riservatezza e assenza di giudizio.

Nel caso in cui la vittima abbia fatto accesso in Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso percorso, purché la madre sia d'accordo.

Procede con l'osservazione rapida complessiva del pz ("colpo d'occhio") relativamente a:

- Modalità d'accesso. Verifica se la persona è accompagnata oppure no. Valuta il rapporto relazionale che il paziente tiene con l'accompagnatore (sudditanza, paura, apatia) viceversa (aggressività, autoritario, cerca di parlare al posto della vittima).
- Stato di coscienza
- Respirazione
- Colorito/sudorazione
- Andatura/postura
- Atteggiamento (impaurito, apatico, guardingo, dimesso)
- Agitazione, reattività all'ambiente
- Condizione igienica
- Sofferenza

Per tutte le tipologie di paziente l'infermiere di triage:

- Ricerca nel database, se presenti, precedenti accessi in Pronto Soccorso, sintomatologia esposta e diagnosi riscontrata;
- Annota sulla finestra "causa dichiarata all'accettazione" le parole chiave "Codice Rosa".



- Rileva i parametri vitali (PA, FC, FR, SpO2, TC NRS, GCS) e stabilisce il codice colore/numerico.
- Valuta e descrive le eventuali lesioni traumatiche determinatesi nell'evento, i particolari della violenza che la vittima si sente di esporre.
- Seleziona la voce *“violenza di genere, su soggetti vulnerabili o discriminati”* (cod.99) nel menu a tendina *“problema principale”*, compila i campi *“data trauma”*, *“ora trauma”*, *“numero di telefono”*, *“modalità di arrivo”* e *“inviato da”*.
- Attribuisce il codice di emergenza (codice rosso o codice numerico 1)³ con accesso immediato in visita del paziente, se presente un'interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali; negli altri casi assegna il codice di urgenza (codice giallo o codice numerico 2) così da garantire una visita medica tempestiva, di solito entro un tempo di attesa massimo 20 minuti, e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. Per questa condizione non è prevista l'attribuzione del livello verde bianco o codice numerico 3 ,4, 5.

Una volta chiusa, stampata e firmata la scheda di triage, l'infermiere informa il medico di Pronto Soccorso dell'accettazione di un “Codice Rosa” in modo da ridurre il più possibile l'attesa per la presa in carico. Il paziente verrà accompagnato in una sala idonea alla corretta gestione del caso.

È di competenza dell'infermiere di triage assicurarsi che la vittima si senta sicura e protetta; dovrà anticipare alla vittima quale sarà l'iter diagnostico terapeutico possibile. È opportuno che al triage la vittima venga presa in carico da operatori formati e sensibilizzati. Qualora si tratti di vittima di origini straniere con la quale risulti una evidente barriera linguistica che impedisce la comunicazione dovrà essere possibile avvalersi, in tempi brevi, della figura del mediatore culturale.

Se la vittima è un minore di età inferiore ai 14 anni, in caso di violenza, si rinvia alla *“Gestione di casi di maltrattamento/abuso in P.S Pediatrico”* in caso di trauma maggiore (codice rosso o codice numerico 1), verrà accolto dal P.S generale in Shock Room in tutti gli

³ Decreto Del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24/11/2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (G.U. Serie Generale n.24 del 30/01/2018).

altri casi dal P.S Pediatrico e sarà sempre accompagnato da un adulto cui è affidato. Se la vittima è un disabile è raccomandata la presenza di un accompagnatore.

Nella zona del triage deve essere sempre presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a: tipologie di violenza; effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i; normativa di riferimento; indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati esistenti; servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza; indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522 (gratuito e attivo h 24), numero che rappresenta lo snodo operativo dei servizi specializzati presenti sul territorio.

Infermiere di Medicheria

In caso di politrauma l'infermiere di medicheria:

- Posiziona un accesso venoso
- Esegue esami di laboratorio (Routine + BETA-HCG) e eventuali esami strumentali
- Somministra terapia su indicazione del Medico
- Effettua medicazioni

Medico di P.S.

Il Medico in primis deve tutelare la salute psicofisica del paziente. Per fare ciò il medico attua:

- Valutazione primaria che si basa sulle priorità ABCDE ed è finalizzata ad identificare un'instabilità emodinamica ed eventuali alterazioni pericolose per la vita.
- In base all'anamnesi e all'esame obiettivo allerta il TEAM MULTIDISCIPLINARE CODICE ROSA.
- Intervento iniziale delle lesioni, refertazione ed eventuale repertazione con la medicina legale. Previo consulto con il medico legale circa la possibilità di poter eseguire i prelievi e raccogliere le immagini delle lesioni obiettivate prima della loro medicazione e/o sutura onde evitare la distruzione di eventuali tracce di natura biologica utili per un eventuale procedimento giudiziario o modificare attraverso medicazioni e/o suture le lesioni originarie.
- Medicazioni ed eventuali somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti;

- Richieste eventuali consulenze, in caso di paziente critico (Politrauma), per altri approfondimenti diagnostici o eventuale intervento chirurgico in emergenza.
- Indagini diagnostiche che seguono una sequenza di priorità e possono includere esami ematochimici, eventuale test di gravidanza, ECG, radiografie mirate, ECO E-FAST;
- Decisione di consulenza dimissione, accesso in OBI e ricovero.
- Informazione sui servizi territoriali dedicati.

Se il paziente è emodinamicamente instabile va in *Shock Room* e si allerta il Team multidisciplinare.

In tutti gli altri casi se il paziente è emodinamicamente stabile verrà accolto nelle *Stanze Dedicare* di appartenenza. A tal proposito l'azienda ARNAS G. Brotzu individua:

- una stanza della Ginecologia per le donne e le minori di sesso femminile
- una stanza dell'Urologia, Chirurgia d'Urgenza per gli adulti di sesso maschile
- una stanza della Chirurgia pediatrica per i minori di sesso maschile.

Per l'anamnesi dei minori (14 aa) verrà richiesta la consulenza della neuropsichiatria infantile, al momento attuale servizio facente capo ad altra azienda territoriale.

In caso di necessità di ricovero i minori saranno accolti dalla pediatria, le donne in ginecologia e gli uomini in urologia/chirurgia d'urgenza.

Nel team ogni medico coinvolto nel percorso (medico di P.S, Ginecologo, Medico Legale ed eventuali altri specialisti) compilerà e sottoscriverà la parte di eventuale competenza in accordo con i colleghi.

Escluse problematiche di natura medica e/o chirurgica con carattere di urgenza/emergenza che, per ovvi motivi, hanno la precedenza nella gestione del caso, il soggetto viene valutato dal medico-legale e dalle altre figure sanitarie coinvolte in base al caso concreto: ginecologo e ostetrica in caso di violenza sessuale (donna/minore di sesso femminile), urologo-chirurgo-chirurgo pediatrico in caso di violenza sessuale (uomo/minore di sesso maschile).

Una volta stabilita l'indicazione a un successivo trattamento ospedaliero il medico di P.S procede al ricovero (o all'osservazione se indicata) in base al tipo di lesioni traumatiche riportate dalla vittima.



Per garantire l'ottimizzazione del percorso - nelle more dell'attivazione da parte della Regione della procedura informatica (richiesta consulenza per paziente non ricoverato/SIO) – le consulenze verranno evase attraverso prescrizioni cartacee della SC Medicina Legale contenenti le generalità complete del Paziente (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale) al fine dell'inserimento nel Sistema Informatico dei Laboratori.

Tutti quei pazienti che non presentano lesioni o patologie che necessitano di trattamenti da erogare in regime di ricovero possono essere dimessi se hanno la possibilità di recarsi in un luogo protetto e/o comunque non a rischio di reiterazione di violenza.

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico il pz 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:

1) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio, consegnando fogli informativi dei Centri Antiviolenza Territoriale (consultori, assistenti sociali del comune di appartenenza). Qualora la donna acconsenta, attiva con contattato telefonico la rete antiviolenza territoriale. Sul verbale di dimissione verranno riportate il consenso/dissenso all'attivazione della rete territoriale e le indicazioni fornite dal Centro Antiviolenza.

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

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

In entrambi i casi tutto il materiale reperito segue la procedura già definita e sotto riportata.

Quando il/la paziente decida di non procedere nell'immediato all'azione giudiziaria e non abbia la possibilità di conservare adeguatamente il materiale (indumenti, prelievi ecc.), può chiedere che lo stesso venga custodito presso l'ARNAS G. Brotzu. In tal caso il suddetto materiale verrà custodito presso la S.C di Medicina Legale per 18 mesi, previo consenso informato e scritto della paziente con garanzia della catena di custodia

Nei restanti casi, in cui si debba procedere a denuncia di reato da parte del personale Sanitario, il materiale raccolto deve essere conservato in un armadio chiuso a chiave (catena di custodia) presso la Medicina Legale. Gli indumenti e le tracce biologiche devono essere conservate, a disposizione dell'autorità giudiziaria e/o della paziente, per 18 mesi. Anche in questo caso segue un verbale in cui va specificato anche il tempo massimo di conservazione/custodia.

Alla chiusura della scheda di P.S - OBI il medico attribuisce l'opportuno codice ICD9-CM.



PRESA IN CARICO IN GINECOLOGIA

Nel caso in cui la vittima di violenza sessuale è una donna adulta, il medico di Pronto Soccorso, ultimata la valutazione della paziente e messe in atto tutte le azioni ritenute necessarie, la informa sull'opportunità di completare l'iter diagnostico nel Reparto di Ginecologia e/o in altri reparti di competenza.

La persona vittima di violenza sessuale verrà accolta in una stanza dedicata e riservata (stanza rosa). Prima di effettuare la visita, le verranno fornite tutte le informazioni relative alle diverse fasi del percorso nel modo più chiaro e semplice possibile; le verrà chiesto il consenso all'esecuzione di fotografie, alla visita specialistica e alla raccolta dei materiali biologici (All.12) utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica e ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici. La persona verrà anche informata della possibilità di poter sporgere querela.

Il Medico Ginecologo

Il ginecologo attraverso la compilazione della Cartella Clinica Guidata - (All. 5) effettua la:

- raccolta della storia di violenza
- anamnesi sanitaria e socio-familiare

Previa acquisizione del consenso (All.12) effettua:

- visita ginecologica con descrizione e valutazione delle lesioni - (All. 2). Devono essere descritte accuratamente sede e tipologia delle lesioni rilevate e si deve procedere con la loro documentazione iconografica e fotografica indicandone numero e sede.
- tamponi (cervico-vaginale, rettale, orale) volti ad accertare o escludere la presenza di eventuali infezioni sessualmente trasmesse sia di natura batterica (Sifilide, Gonorrea, Clamidia, ecc ...), parassitaria (Tricomoniassi) o micotica (Candidosi).
- Effettua i prelievi ematici (inseriti in busta trasparente e inviate in laboratorio): VDRL, TPHA, HBSAG, anti-HBS, HCV, HIV(*4), BETA-HCG, Esame urine, Urinocoltura
- eventuale ecografia ginecologica e/o eventuale esame colposcopico.
- profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili

⁴ *Vedi Modulo consenso al prelievo per espressione e acquisizione del consenso informato per effettuare l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV (All. 11)

- contraccettazione di emergenza
- altre indagini diagnostiche e strumentali ove necessarie
- programmazione eventuale visita di controllo

Il Ginecologo, in collaborazione con il Medico legale, procederà alla raccolta di campioni biologici, previa adeguata informazione circa l'iter previsto e la compilazione dei relativi moduli di consenso-dissenso, richiedendo le indagini secondo le modalità concordate con i laboratori. È importante una descrizione precisa e schematica delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per le vittime da un punto di vista giudiziario se decidono di presentare querela per la violenza subita. Assume quindi particolare rilevanza l'attività di informazione, repertazione e conservazione dei materiali raccolti, soprattutto per le finalità giudiziarie, poiché una incongrua repertazione o custodia può inficiare tali finalità (che il medico legale procederà a illustrare alla vittima). È estremamente importante garantire il rispetto della catena di custodia dei reperti.

Può rendersi necessaria l'effettuazione di esami tossicologici nel sangue e nelle urine, massimo entro 72 ore dall'evento violento.

In presenza di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi.

Se la donna è in età fertile e non è in gravidanza certa, si effettua il test di gravidanza urgente nelle urine o Beta HCG. Se il test di gravidanza è negativo è opportuno proporre alla donna la contraccettazione post - coitale.

Il medico potrà richiedere tutti gli esami specialistici ritenuti necessari utilizzando il sistema informativo:

- *Galileo* in caso di paziente ricoverato (tendina con la voce "PERCORSO ROSA")
- *DN Territorio* in caso di paziente in consulenza (tendina voce "ROSA")

PERCORSO ROSA_Galileo/DN Territorio	
Analisi	DNA T.ANA
Materiale	TAMPONE ANALE
Analisi	DNA TVAG
Materiale	T.VAGINALE
Analisi	DNA TAMPONE CERVICALE



Materiale	T.CERVICALE
Analisi	DNA TAMP.CAVO ORALE
Materiale	T. CAVO ORALE
Analisi	RICERCA GC MICETI
Materiale	T.VAGINALE
Analisi	RIC. SPERMATOZOI VETRINO (AN_PA)
Materiale	T. ANALE
Analisi	RIC. SPERMATOZOI VETRINO (AN_PA)
Materiale	T. VAGINALE
Analisi	RIC. SPERMATOZOI VETRINO (AN_PA)
Materiale	TAMPONE CERVICALE
Analisi	RIC. SPERMATOZOI VETRINO (AN_PA)
Materiale	T.CAVO ORALE
Analisi	RIC. MICROSC. TRICHOMONAS
Materiale	T.VAGINALE
Analisi	CLAMIDIA TRACHOMATIS
Materiale	TAMPONE CERVICALE
Analisi	RIC. MICOPL. UROGENITALI
Materiale	TAMPONE CERVICALE
Analisi	URINOCOLTURA
Materiale	URINE
Analisi	ESAME URINE
Materiale	URINE
Analisi	TPHA
Materiale	SIERO
Analisi	VDRL
Materiale	SIERO
Analisi	HBsAg
Materiale	SIERO
Analisi	Anti HBs
Materiale	SIERO
Analisi	HCV
Materiale	SIERO
Analisi	HIV ANTIGENE-ANTICORPO
Materiale	SIERO
Analisi	BETA-HCG
Materiale	SIERO
Analisi	HPV-TVAG
Materiale	T. VAGINALE



Analisi	ETICHETTA
Materiale	SIERO

L'Ostetrica/o

L'ostetrica esegue la raccolta degli indumenti: su lenzuolino sterile e piegati dal lato opposto a quello in cui son presenti le tracce; ogni singolo indumento va inserito in una busta di carta indicando il numero di custodia, il codice a barre, il tipo di indumento e la firma del prelevatore.

Nel caso in cui la vittima sia maggiorenne e capace di intendere e di volere, l'operatore consegna gli indumenti, fotografie ed esami direttamente alla vittima informandola che ha 12 mesi di tempo per proporre la querela. Segue un verbale di consegna con la specifica delle istruzioni per la conservazione/custodia.

Nel caso in cui la paziente decida di non procedere nell'immediato all'azione giudiziaria e non abbia la possibilità di conservare adeguatamente il materiale (indumenti, prelievi ecc.), può chiedere che lo stesso venga custodito presso l'ARNAS G. Brotzu. In tal caso il suddetto materiale verrà custodito presso la Medicina Legale per 18 mesi, previo consenso informato e scritto della paziente con garanzia della catena di custodia.

Nei restanti casi, in cui si debba procedere a denuncia di reato da parte del personale Sanitario, il materiale raccolto deve essere conservato in un armadio chiuso a chiave (catena di custodia) presso la Medicina Legale. Gli indumenti e le tracce biologiche devono essere conservate, a disposizione dell'Autorità Giudiziaria e/o della paziente, per 18 mesi. Anche in questo caso segue un verbale in cui va specificato anche il tempo massimo di conservazione/custodia.

L'ostetrica esegue con richiesta in *DN Territorio* i seguenti esami:

- Tamponi vaginali
- Ricerca DNA
- Ricerca spermatozoi fissati su vetrino

Esegue inoltre:

- Pap test in Thin Prep (DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA)

SCHEMA RIASSUNTIVO TAMPONI

SEDE ANALE (se pertinente) 2 totale

- 1 tampone a secco che verrà strisciato su n. 1 vetrino che poi verrà fissato e colorato (da contrassegnare "fix") per ricerca spermatozoi (vetrino e tampone in Urobox DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA, che si occuperà poi di inviare il tampone alla Medicina Legale per la custodia);
- 1 tampone verrà poi messo, senza nessun liquido, in Urobox e consegnato alla medicina legale per la ricerca DNA.

SEDE VAGINALE (se pertinente): totale 4 tamponi

- 1 tampone a secco che verrà strisciato su n. 1 vetrino che poi verrà fissato e colorato (da contrassegnare "fix") per ricerca spermatozoi (vetrino e tampone in Urobox DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA, che si occuperà poi di inviare il tampone alla medicina legale);
- 1 tampone verrà poi messo, senza nessun liquido, in Urobox e consegnato alla medicina legale per la ricerca DNA.
- 1 Tampone per germi comuni e miceti
- 1 Tampone per Trichomonas

Tutti i tamponi microbiologici e gli esami ematici si consiglia la ripetizione dopo 30 gg

SEDE CERVICALE (se pertinente): totale 4 tamponi da conservare in frigo + 1Thin Prep da inviare al Binaghi per ricerca HPV DNA test

- 1 tampone a secco che verrà strisciato su n. 1 vetrino che poi verrà fissato e colorato (da contrassegnare "fix") per ricerca spermatozoi (vetrino e tampone in Urobox DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA, che si occuperà poi di inviare il tampone alla medicina legale);



- 1 tampone verrà poi messo, senza nessun liquido, in Urobox e consegnato alla medicina legale per la ricerca DNA.
- 1 Tampone per Chlamydia Trachomatis
- 1 Tampone per Mycoplasma
- HPV DNA TEST in Thin-Prep (DA INVIARE AL BINAGHI). Si consiglia la ripetizione dopo 12 mesi.

SEDE ORALE totale 2 tamponi (se pertinente):

- 1 tampone a secco che verrà strisciato su n. 1 vetrino che poi verrà fissato e colorato (da contrassegnare "fix") per ricerca spermatozoi (vetrino e tampone in Urobox DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA, che si occuperà poi di inviare il tampone alla medicina legale);
- 1 tampone verrà poi messo, senza nessun liquido, in Urobox e consegnato alla medicina legale per la ricerca DNA.

È importante utilizzare sempre guanti e mascherina per la raccolta da sostituire a ogni repertazione.

La catena di custodia relativa ai vari campioni da inviare in laboratorio va firmata e timbrata dal medico ginecologo e inviate in duplice copia.

La responsabilità circa la custodia dei reperti e la garanzia della catena di custodia sono in capo alla Medicina Legale.

TRATTAMENTO

Previa comunicazione e acquisizione di consenso informato da parte della vittima di violenza sessuale, verrà somministrata:

- terapia antibiotica e antiparassitaria a scopo profilattico;
- vaccinazione facoltativa per l'Epatite B (vittima non vaccinata);
- terapia antiretrovirale a scopo profilattico dell'infezione da HIV (valutare nel caso concreto) entro 1-4 ore dall'evento ed entro le 48 ore dalla esposizione al virus (tale trattamento andrà protratto per 4 settimane, con la supervisione da parte di un



infettivologo operativo al numero breve 17267 dalle 8.00 alle 14.00 dal lunedì al venerdì, previa richiesta di consulenza. La consulenza deve essere evasa entro le 72 ore);

- somministrazione della prima dose di vaccino anti-epatite B e per Papilloma virus (se rientra nella campagna vaccinale);
- trattamento anticoncezionale (intercezione post-coitale) in caso di violenza sessuale. Tale trattamento deve essere somministrato nel più breve tempo possibile dall'evento in quanto maggiore è la sua efficacia (agisce entro 5 gg dall'episodio di violenza) e deve essere gestito da specialista in Ginecologia ed Ostetricia, che provvederà a monitorarne l'andamento mediante esami clinici e di laboratorio.

SCHEMA DI PROFILASSI INDICATA NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE

CONDIZIONE	PROFILASSI RACCOMANDATA
Gonorrea	Ceftriaxone 500 mg IM in dose singola oppure Ciprofloxacina 500 mg per os in dose singola (se allergia ai betalattamici, attenzione in caso di gravidanza)
Clamidia	Azitromicina 1 g per os in dose singola oppure Doxiciclina 100 mg per os x 2 volte al giorno per 7 giorni (evitare nei minori e nelle donne in gravidanza)
Trichomonas	Metronidazolo: 2 grammi singola dose (8 compresse da 250 mg) se vittima di sesso maschile 500mg (2 compresse da 250mg) ogni 12 ore per 7 giorni se vittima di sesso femminile
Epatite B	Verificare se già eseguita vaccinazione o se pregressa infezione tramite anamnesi e profilo di laboratorio (Markers B completi). Se non effettuata eseguire vaccino come da scheda vaccinale ministero. Inoltre se aggressore HBsAg+ Immunoglobuline: HBIG 0.06 mL/Kg IM, oltre al vaccino
Epatite C	Non disponibile al momento nessuna profilassi
HIV	Emtricitabina/tenofovir DF 1 cpr/die per 28 giorni in associazione con Raltegravir® 400 mg 1 cpr x 2 x 28gg. La terapia deve essere prescritta dallo specialista infettivologo esperto di terapia antiretrovirale. Questa deve avvenire solo dopo aver effettuato un adeguato counselling (dal quale emerge un eventuale sospetto di positività da parte dell'aggressore) ed informato la vittima sui rischi/benefici di una profilassi post-esposizione; la consulenza infettivologica deve essere effettuata nel più breve tempo possibile e comunque la terapia deve essere iniziata entro le 72 ore.
Gravidanza	Levogestrel 1,5 mg (Norlevo o Levonelle) preferib. entro 12 ore, al max entro 72 ore. Ulipristal acetato (EllaOne) entro 5 giorni Si suggerisce la contemporanea somministrazione di un antiemetico a causa della nausea/vomito indotte dai farmaci.

FOLLOW UP

- Epatite B: se titolo vaccinale >10 mIU/mL o in caso di pregressa infezione B nota (antiHBc POSITIVI) non necessari ulteriori controlli.
- Epatite B: se vaccino eseguito dopo l'esposizione verifica comunque markers fino a 180 giorni (1, 3 e 6 mesi).
- Epatite C: HCV Ab devono essere eseguiti i controlli al momento della violenza, dopo 1 mese, poi monitorare fino a 180 giorni con transaminasi.
- Sifilide (TPHA e VDRL) devono essere eseguiti i controlli al momento della violenza e dopo 1, 3 e 6 mesi.
- HIV: devono essere eseguiti il test HIV al momento della violenza, e dopo **1, 3 e 6** mesi con test di quarta generazione.

PRESA IN CARICO IN CHIRURGIA D'URGENZA E UROLOGIA

Nel caso in cui ci si trovi di fronte alla violenza perpetrata su soggetti di sesso maschile le indicazioni generali della procedura non cambiano.

Il medico di Pronto Soccorso, ultimata la valutazione del paziente e messe in atto tutte le azioni ritenute necessarie, informa lo stesso sull'opportunità di completare l'iter diagnostico nel Reparto di Chirurgia e Urologia e/o in altri reparti di competenza.

- Per i pazienti a basso rischio di reiterazione potrà essere chiesta una consulenza a completamento dell'iter diagnostico.
- Per i pazienti ritenuti ad alto/medio rischio verrà proposto al paziente il ricovero.

Entrambi i reparti sono attrezzati di kit appositi per la gestione dei casi di violenza.

Le procedure applicate nei due reparti sono simili a quella applicate per le donne con alcune differenze circa le indagini diagnostiche.

Medico di reparto

Il medico di reparto di turno, in collaborazione con il medico legale, garantirà un colloquio riservato, al fine di creare un clima di fiducia indispensabile a rassicurare ed incoraggiare il paziente nel suo racconto e nelle sue scelte.

Prima di effettuare la visita, il medico chiederà il consenso all'ispezione corporale e alla raccolta dei materiali biologici utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica ed ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici, facendo firmare l'apposito modulo.

Il medico potrà richiedere tutti gli esami specialistici ritenuti necessari utilizzando il sistema informativo:

- *DN Territorio* in caso di paziente in consulenza (tendina voce "P_UOMO")
- *Galileo* in caso di paziente ricoverato (tendina con la voce "P_UOMO")

PERCORSO UOMO_Galileo/DN Territorio	
Analisi	TPHA
Materiale	SIERO
Analisi	VDRL
Materiale	SIERO
Analisi	HBsAg
Materiale	SIERO



Analisi	Anti HBs
Materiale	SIERO
Analisi	HCV
Materiale	SIERO
Analisi	HIV ANTIGENE-ANTICORPO
Materiale	SIERO
Analisi	ESAME URINE
Materiale	URINE
Analisi	URINOCOLTURA
Materiale	URINE
Analisi	RICERCA GC MICETI
Materiale	TAMPONE URETRALE
Analisi	RICERCA GC MICETI
Materiale	TAMPONE RETTALE
Analisi	RICERCA GC MICETI
Materiale	T. CAVO ORALE
Analisi	DNA T. ANA
Materiale	TAMPONE ANALE
Analisi	DNA T. CAVO ORALE
Materiale	T. CAVO ORALE
Analisi	CLAMIDIA TRACHOMATIS
Materiale	MATERIALI BIOLOGICI
Analisi	DNA T. URETRALE
Materiale	MATERIALI BIOLOGICI
Analisi	RIC. SPERMATOZOI A VETRINO (AN_PA)
Materiale	TAMPONE ANALE
Analisi	RIC. SPERMATOZOI A VETRINO (AN_PA)
Materiale	T. CAVO ORALE
Analisi	ETICHETTA
Materiale	SIERO

Il medico è responsabile dell'esecuzione della visita che include:

- raccolta della storia di violenza - anamnesi sanitaria e socio-familiare
- previa acquisizione del consenso, effettua la visita con descrizione ed interpretazione delle lesioni.

In particolare si dovrà valutare il perineo e la regione anale (glutei, cute perianale, fissurazioni, tono e dilatazione dello sfintere, feci in ampolla rettale, esiti cicatriziali, congestione venosa, emorroidi, segni flogistici etc.).

- effettua le fotografie di ogni possibile lesione ed ogni potenziale traccia biologica
- prescrizione di eventuali esami di laboratorio, indagini diagnostiche e richieste di consulenze di altri specialisti
- esecuzione profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili

È fondamentale che:

- ogni fotografia sia chiara
- anche la negatività sia documentata
- si mantengano le dimensioni originali
- si inserisca in ogni foto un riferimento metrico
- si descrivano le lesioni dettagliatamente

Conclusa la visita e la terapia il medico valuterà in base al rischio di reiterazione della violenza il proseguo del percorso del paziente.

Infermiere di reparto

L'infermiere, presso le Strutture di Chirurgia d'Urgenza e Urologia, adeguatamente formato, provvede all'accoglienza e alla presa in carico del paziente.

L'infermiere in collaborazione con il medico valuta le condizioni di salute della persona, procede all'attuazione del protocollo e all'esecuzione degli esami previsti da esso, alla loro conservazione e custodia fino alla loro consegna alle strutture preposte per la successiva custodia. In caso di ricovero dell'assistito, l'infermiere garantisce uno spazio idoneo, adeguato e sicuro per tutta la durata della degenza.

8.1.2 RACCOLTA DELLE PROVE IN LOCO

CONTENUTO DEL KIT PER LA RACCOLTA DELLE PROVE

MODULISTICA

- Documentazione Clinico Forense (moduli di consenso alle procedure diagnostico-terapeutiche e medico legali)
- Flow Chart Gestione Violenza
- Numeri Telefonici Utili
- Tabella Accertamenti Biologici per Vittime Violenza Sessuale
- Moduli Invio Trasporto Materiale Biologico (Catena di Custodia)
- Denuncia Autorità Giudiziaria
- Indicazioni per il periodo successivo alla dimissione

MATERIALE

- Guanti sterili, mascherine, cuffie capelli
- Telo per reperti (telino sterile e telo non sterile)
- Buste gialle grandi e piccole di carta per raccolta di tutti gli indumenti (uno per ogni busta/sacco):

-n. 2 buste piccole ciascuna di 170x270 mm di cui una per gli slip o altri indumenti di piccole dimensioni (recante la scritta del contenuto, la data di repertamento generalità e firma dell'operatore);

-n. 2 buste medie (354x495 mm) in cui inserire gli indumenti di grandi dimensioni;

-n. 1 busta di grandi dimensioni che conterrà le altre (la busta per il telino e le buste per gli indumenti). Quest'ultima busta andrà sigillata in presenza del paziente e firmata sia dalla vittima che dall'operatore sempre con data di repertamento

Nel caso in cui il numero delle buste sia insufficiente si attingerà alla apposita scatola contenente le scorte.

- Etichette adesive per chiusura buste
- Camice in tela per rivestire vittima
- Speculum varie misure
- Contenitori sterili per materiali biologici (capelli, peli, materiale dalle unghie, saliva, liquido seminale)
- Pettine a denti stretti
- Vetrini, Citofix, contenitori da trasporto vetrini
- Soluzioni fisiologiche monouso
- Righello o metro di carta
- Etichette per identificazione persona/ lesione
- Kit Prima accoglienza (pigiamia, slip, calzini, asciugamano, ciabatte, spazzola, saponetta, spazzolino)
- Macchina fotografica (conservata in cassaforte presso la Medicina Legale e Ginecologia)

MODALITA' DI RACCOLTA

Gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni di repertamento dei campioni (soprattutto per quelli da avviare alle indagini di genetica forense) devono obbligatoriamente

adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto, contaminazione ambiente-reperto). Pertanto è fondamentale indossare i dispositivi di protezione individuale (guanti, camice, cuffietta e mascherina) prima di ogni procedura.

Genericamente, previa acquisizione di consenso da parte della vittima la raccolta prevede le seguenti fasi:

- Indossare i guanti e sostituirli ad ogni prelievo.
- Utilizzare normali tamponi a secco, eventualmente inumiditi con soluzione fisiologica o acqua sterile per raccolta di tracce di materiale biologico presenti sul corpo della vittima.
- Prelevare separatamente per la mano destra e la mano sinistra il materiale sotto le unghie (senza usare taglienti) o le unghie stesse tagliate conservando tutto in contenitori sterili separati uno per ogni mano ed etichettati.
- Etichettare tutto il materiale con relativa identificazione anagrafica e del reperto: nome e cognome, data di nascita della vittima, sede del prelievo, data del repertamento, firma dell'operatore.
- Chiudere ermeticamente tutti i campioni in busta (mediante colla o pinzatrice) con etichetta firmata dal Medico sulla rima di chiusura, con timbro del reparto.

INDUMENTI

Procedura per la raccolta degli indumenti della vittima

Accertarsi che siano gli stessi che indossava al momento della violenza.

Prelevare, con gli adeguati dispositivi di protezione individuale indosso, dall'apposita busta contenuta nel kit violenza, il telo sterile delle dimensioni di 150x200 mm definito "telo dei reperti".

Far posizionare la vittima al centro del telino senza scarpe e senza aver camminato sul pavimento a piedi nudi prima di raggiungere la postazione indicata; il telo sterile deve essere posizionato sopra un lenzuolo pulito non sterile onde evitare il contatto diretto con il pavimento. Dopo aver posizionato il soggetto al centro del telo, provvedere a farlo svestire.

Il telino sterile andrà attentamente ripiegato con all'interno l'eventuale materiale raccolto (terriccio, peli, capelli, altro materiale biologico) e reinserito nella busta specifica di materiale

cartaceo che verrà richiusa e su cui verrà riportato nome e cognome del paziente, la data del prelievo e quindi sigillata con firma del paziente e dell'operatore e conservarlo a temperatura ambiente.

Procedura di repertamento indumenti.

- Raccogliere gli indumenti della vittima di violenza indossando guanti da sostituire ad ogni reperto e da gettare via, onde evitare il fenomeno del touch-DNA e riporli in buste grandi di carta (una per ogni indumento). Se gli indumenti fossero umidi provvedere alla loro asciugatura posizionandoli all'aria, lontano da fonti di calore (stufe, termosifoni, phon, ecc.), poi riporli nei singoli sacchetti di carta, evitando di scuoterli prima di inserirli.
- qualora non sia possibile far asciugare gli indumenti, congelarli quanto prima a -20°C dopo averli posti singolarmente in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica (un indumento – una busta/contenitore).
- Non usare il frigorifero per la conservazione dei reperti per più di 24 ore, poiché la temperatura interna, solitamente di 4° - 8° C, non è idonea alla conservazione a lungo termine di tracce biologiche. Il frigorifero a 4° - 8°C può essere utilizzato come modalità di stoccaggio temporaneo in vista di un successivo congelamento per conservazione a lungo termine. Utilizzare buste di carta, scatole di cartone, buste di sicurezza vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del caso, del reperto e la data del prelievo (NO cognome e nome).
- Fare un elenco di tutto il materiale repertato
- I metodi per sigillare le buste, in modo particolare la busta che contiene tutto il materiale repertato, comprendono l'utilizzo della busta di sicurezza con chiusura antimanomissione, se disponibile, oppure la busta in plastica per materiale biologico che deve essere sigillata con etichetta adesiva antieffrazione o etichetta adesiva controfirmata sui lembi. Analoghi nastri adesivi o etichette antieffrazione andranno utilizzati a chiusura delle buste di carta.
- Repertare anche eventuali assorbenti, salvaslip o quanto a contatto con le parti intime (se adesi all'indumento non devono essere separati) riponendoli all'interno di



sacchetto singolo, previa asciugatura all'aria. In caso di minore repartare anche pannolino.

- Se la vittima non indossa gli indumenti che aveva al momento dell'aggressione, andranno raccolti soltanto gli slip. In tale circostanza è fondamentale attivarsi per recuperare gli indumenti indossati durante l'aggressione (accertandosi che la vittima non li abbia lavati o non se ne sia disfatta).
- Rivestire la vittima con quanto in dotazione nel kit prima accoglienza.
- Gli indumenti così repertati vanno conservati a temperatura ambiente.
- Maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli con cautela su sé stessi e verificare la presenza di tracce umide. Per trasporto e conservazione (v. anche protocolli catena di custodia)

MATERIALE BIOLOGICO

Repertamento materiale biologico ai fini di indagini di Genetica Forense.

Se la vittima ha dato il proprio consenso alla esecuzione dei prelievi da sottoporre ad indagini forensi, preliminarmente si deve procedere all'acquisizione di una goccia di sangue sull'FTA paper per la raccolta e l'archiviazione di acidi nucleici lavorando a temperatura ambiente, proteggendoli dall'azione di nucleasi, ossidazione e danni da UV. Le cartine inattivano rapidamente gli organismi, compresi gli agenti patogeni del sangue, e prevengono la crescita di batteri e di altri microrganismi. Pertanto, gli acidi nucleici raccolti sulle FTA paper restano stabili per anni a temperatura ambiente.

La Medicina legale effettua i prelievi di peli/capelli, cutanei e subungueali (All.20).

Una volta completata la raccolta del materiale da sottoporre ad esami di genetica forense, i prelievi ottenuti dovranno essere riposizionati (previa etichettatura) all'interno delle due buste previste sulle quali sarà riportato, con pennarello indelebile, nome e cognome della vittima, data di repertazione firma del paziente e dell'operatore.

Prelievi cutanei

All'interno del kit sono presenti 10 tamponi corti essicanti con punta arrotondata per eventuali prelievi cutanei. Ogni tampone va effettuato sulla cute in corrispondenza di



eventuali segni lasciati dall'aggressore: morsi, segni di afferramento, e comunque sulle zone erogene in generale. Non si esegue tampone cutaneo se la vittima si è lavata.

Per repertare il materiale biologico sopra descritto:

1. Indossare camice, cuffia, mascherina e guanti (questi ultimi da sostituire dopo ogni campionamento).
2. Utilizzare tamponi sterili in cotone o sintetici dotati di propria custodia rigida (es. del tipo da prelievo oro-faringeo in provetta) a secco, senza terreno di coltura o altre soluzioni di conservazione.
3. Inumidire i tamponi con soluzione fisiologica o acqua sterile in caso di campionamenti su superfici asciutte (regione periorale, regioni cutanee, genitali esterni, perianale, peniena). Non è necessario inumidire i tamponi per campionamenti in regioni anatomiche per loro natura umide (cavo orale, vagina, cervice, retto). Riporre i tamponi nella propria custodia.
4. Tutti i contenitori utilizzati per la conservazione del materiale biologico prelevato devono essere siglati con l'identificativo del caso, del reperto o regione anatomica di prelievo e la data del campionamento.
5. Riporre i prelievi effettuati (tamponi, formazioni pilifere, unghie/materiale subungueale) per ciascun distretto corporeo preferibilmente in singola busta (un distretto corporeo = una busta) recante l'identificativo del caso, busta che andrà sigillata e controfirmata.

Tutte le buste relative al caso specifico andranno riposte in un'unica busta di adeguate dimensioni anch'essa recante l'identificativo del caso, sigillata e controfirmata.

6. Congelare quanto prima la busta a -20°C (vedi verbale di catena di custodia anche per lo stoccaggio temporaneo).
7. Fare un elenco di tutto il materiale repertato.

Peli/capelli

Il kit contiene n. 1 provetta sterile da 50 ml per la raccolta di eventuali capelli e/o pilizio rinvenuti sulla vittima. La raccolta potrà avvenire anche tramite impiego di pettine a denti stretti in dotazione nel kit.

Per la raccolta di materiale pilifero ci si avvale di un telino di carta e di una busta specifica e di pettine a denti stretti. Previo posizionamento del telino sotto i glutei del soggetto, pettinare la regione pubica in modo tale da far cadere i peli sul telino. Conclusa la procedura, il telino verrà ripiegato facendo attenzione a non far cadere i peli e posizionando all'interno il pettine utilizzato. Infine il materiale (telino, pilizio e pettine) va reinserito nella busta di carta sulla quale va riportato per iscritto il contenuto, la data di repertamento, nome e cognome e firma dell'operatore (se donna l'operatrice sarà l'ostetrica adeguatamente formata alle procedure, se uomo sarà l'infermiere o l'urologo o il chirurgo, formati).

Unghie

Il kit contiene 10 tamponi unghie essicanti. Se non obiettivabile materiale biologico sotto le unghie utilizzare 2 tamponi unghie essicanti con punta lanceolata e 2 provette da 2 ml. I tamponi da utilizzare sono 1 per mano (in caso di scarsa evidenza di materiale da asportare) riportando sulla provetta nome, cognome, data repertamento e lato su cui è stato eseguito il prelievo. La procedura di prelievo si effettua passando il medesimo tampone sotto tutte le unghie della stessa mano.

- Procedere al prelievo di materiale presente in regione ungueale mediante taglio delle unghie anche se rotte (procedere alla disinfezione dello strumento utilizzato dopo ogni taglio): ogni unghia andrà posizionata all'interno di una provetta sterile da 2 ml.
- In caso di chiara evidenza di materiale biologico sotto le unghie devono essere eseguiti n. 1 tampone unghia essicante per ogni unghia da conservare separatamente in provetta da 2 ml.



TEMPISTICHE E MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI

Si consigliano le seguenti tempistiche e modalità di esecuzione dei prelievi sopracitati.

TEMPISTICHE

TIPOLOGIA DI PRELIEVI	TEMPISTICA	NOTE
Tamponi cutanei	Entro 24 ore	Non eseguire se la vittima si è lavata
Tamponi vaginali e rettali	Entro 20 giorni	Specificare ultimo rapporto consenziente
Tampone orale	Entro 24 ore	Non appena acquisito dato anamnestico senza far bere prima la vittima
Tamponi subungueali	Entro 20 giorni	Un tampone per ogni unghia e conservare nella relativa provetta indicando mano e dito di appartenenza

MODALITÀ DI ESECUZIONE DEI TAMPONI

TAMPONI ENDOCERVICALI	Con un primo tampone rimuovere, se necessario, il muco presente sulla cervice. Utilizzare per il prelievo un secondo tampone. Evitare la contaminazione con la flora vaginale.
TAMPONE RETTALE	Inserire nel retto per circa 5 cm. Ruotare con attenzione per 2-3 volte
TAMPONE URETRALE	Inserire nell'uretra per circa 3 cm. Ruotare con attenzione per 2-3 volte

CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI

- I sacchetti contenenti i tamponi per identificazione sperma e i prelievi per genetica forense possono essere conservati a temperatura ambiente per un tempo massimo di 48 ore, custoditi all'interno di un armadio chiuso a chiave o con lucchetto o combinazione. Devono essere consegnate al laboratorio di Genetica Forense entro questo intervallo di tempo massimo.
- Laddove non fosse possibile rispettare la tempistica indicata, le buste contenenti i tamponi dovranno essere riposte in congelatore a -80°C onde evitare la formazione di muffe o una eccessiva proliferazione batterica che comprometterebbero l'integrità del DNA umano presente.

- Ogni busta deve essere datata, etichettata con nome e data di nascita della vittima, firmata dall'operatore, pinzata o chiusa con cerotto. L'apertura del sigillo fornirà le prove di una manomissione.
- Il materiale raccolto, imbustato, chiuso ed etichettato sarà custodito, a temperatura ambiente e/o in frigorifero, in idoneo luogo ad accesso limitato (attualmente identificato presso la S.C. di Medicina Legale), dove sarà conservato per 18 mesi, salvo diverse disposizioni dell'Autorità Giudiziaria pervenute tempestivamente. Trascorsi i suddetti 18 mesi, previa comunicazione alla vittima ovvero previa autorizzazione da parte dell'Autorità Giudiziaria, se quest'ultima ha avviato un procedimento penale, il materiale sarà smaltito nel rispetto delle disposizioni aziendali.

INVIO DEL MATERIALE - CATENE DI CUSTODIA

Le Catene di Custodia (*All. 14-15-16-17*) sono fondamentali per l'ammissibilità di un'eventuale prova nel processo in Tribunale.

A tal fine è fondamentale procedere al prelievo di materiale biologico (sangue e urine) nel più breve tempo possibile giacché la concentrazione di eventuali sostanze esogene (alcool, farmaci, sostanze stupefacenti) tende a modificarsi con il tempo.

I tamponi eseguiti dalla Ginecologia o Urologia e gli altri prelievi con finalità clinica e/o i prelievi di materiale biologico (unghie, formazioni pilifere, tamponi salivari, etc.) eseguiti durante le varie fasi della procedura anche dal medico legale intervenuto, vanno inviati al Laboratorio Centrale o all'Anatomia Patologica ovvero alla Medicina Legale (ciascuno per le proprie competenze) seguendo e garantendo la catena di custodia.

La stessa prevede:

- contenitore da trasporto dotato di lucchetto/sigillo a disposizione presso la Medicina Legale;
- chiave a disposizione della Medicina Legale, i cui Sanitari riporranno nel contenitore da trasporto tutti i campioni biologici prelevati.

N.B. In Laboratorio Centrale devono pervenire solo i prelievi ematici e i tamponi per la microbiologia.

Modulo Trasporto - Consegna Materiale Biologico

- A) Utilizzare in ogni caso la Catena di Custodia per l'invio dei campioni di materiale biologico
- B) Confezionare il contenitore da trasporto con tutto il materiale biologico prelevato.
- C) Compilare il Modulo Trasporto Consegna indicando il numero dei campioni preparati per tipo di materiale, anagrafica del paziente, firma dell'operatore che invia.
- D) Attivare squadre trasporto per l'invio al Laboratorio Centrale; far firmare il Modulo Trasporto-Consegna dall'Operatore addetto al trasporto, riporlo nel contenitore da trasporto.
- E) Chiudere a chiave contenitore da trasporto.

Trasporto da parte degli operatori preposti

La tracciabilità di chi effettua il trasporto rimane con le firme previste sul Modulo trasporto e consegna e in ogni caso nel sistema informatico aziendale in base alla chiamata in urgenza. La Medicina Legale conserva i prelievi a scopo giudiziario per 18 mesi, salvo diverse disposizioni dell'Autorità Giudiziaria pervenute tempestivamente. Trascorsi i suddetti 18 mesi il materiale sarà smaltito nel rispetto delle disposizioni aziendali.

Gestione degli indumenti raccolti

Gli indumenti raccolti sono inseriti in busta chiusa, sulla quale è apposta un'etichetta identificativa. La busta deve essere firmata dal Medico che li reperta sulla rima di chiusura.

Successivamente:

- A. In caso di reato procedibile d'ufficio, se presenti le Forze dell'Ordine consegnare gli indumenti direttamente alle stesse firmando sulla Documentazione Clinico Forense l'avvenuta consegna da parte dell'ARNAS (timbro e firma di chi consegna) e l'avvenuta presa in carico (dati identificativi delle Forze dell'ordine e firma).



- B. Se non presenti le Forze dell'Ordine: inviare gli indumenti, contestualmente ai campioni biologici raccolti, con catena di custodia presso la S. C. di Medicina Legale per la loro conservazione.

Verrà utilizzata la catena di custodia con relativo MODULO CATENA DI CUSTODIA per tutti i casi di violenza per documentare con firme consegna, trasporto, ricevimento.

8.1.3 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cartella clinica forense e documentazione clinica

La cartella clinica forense cartacea è archiviata presso la S. C. Medicina Legale.

Un faldone porta documenti è dedicato alla raccolta della Documentazione Clinica “vittime violenza” ed uno è dedicato alla raccolta della documentazione clinica vittime di violenza sessuale.

Occorre conservare il faldone ordinatamente secondo cronologia degli eventi e archiviarvi, per ciascun evento, tutta la documentazione clinico forense con allegati i referti degli esami eseguiti. Aggiungervi i referti che via via si sono ottenuti, e gli aggiornamenti di eventuali visite successive alla prima.

Si ricorda che la documentazione potrà essere richiesta sia dal/dalla Paziente sia dall'Autorità Giudiziaria in qualsiasi momento e in tal caso andrà comunicato alla Direzione Sanitaria per la gestione codificata delle copie conformi all'originale.

La cartella clinica forense va allegata alla cartella clinica di degenza ordinaria se è avvenuto il ricovero.

Documentazione fotografica

Scaricare la documentazione fotografica acquisita nei vari passaggi del percorso su PC dedicato assegnato alla S. C. di Medicina Legale. Alla cartella hanno accesso solo i dirigenti medici autorizzati.

Consegna della copia conforme della documentazione clinica all'avente diritto

La copia conforme all'originale della suddetta cartella forense può essere richiesta dall'avente diritto presso la Direzione Sanitaria Aziendale/di Presidio.

Il personale che ha preso in carico la richiesta:

- verifica l'identità e l'effettiva legittimità dell'avente diritto (ponendo, trattandosi di copia di cartella clinica forense, particolare attenzione in caso di ritiro da parte di un avente diritto diverso dall'interessato);
- provvede a far firmare la copia della documentazione dal medico delegato dal Direttore Sanitario;



- consegna la copia della documentazione al/alla paziente o suo delegato.

L'invio in sicurezza della copia della cartella forense prevede:

- il confezionamento della documentazione all'interno di busta chiusa recante le iniziali del/della paziente con indicazione "copia";
- il trasporto mediante l'attivazione delle squadre interne del Servizio Trasporti.

8.2 MODALITA' OPERATIVE PER LA PRESA IN CARICO DEL MINORE (= $\leq$ 14 AA)

PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

L'abuso e/o il maltrattamento su minore rappresenta un fenomeno particolare, spesso complesso fin dal primo momento poiché può essere segnalato dal minore stesso, oppure da un familiare o da soggetti estranei al nucleo familiare (insegnanti); spesso viene rilevato in occasione di un controllo da parte del pediatra che ne evidenzia anche comportamenti insoliti per l'età e la situazione.

L'obiettivo del Protocollo aziendale in tema di approccio e gestione socio-sanitaria ai minori vittime di violenza è fornire le corrette indicazioni agli operatori Sanitari che si interfacciano con tali pazienti al fine di evitare la reiterazione della violenza, nonché di prevenire le conseguenze a distanza che questa comporta, soprattutto in una vittima in età evolutiva.

EVOLUZIONE NORMATIVA IN TEMA DI VIOLENZA SUI MINORI

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, il trattato internazionale più approvato nel mondo, è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, a New York.

Per la prima volta, un documento riconosce esplicitamente che anche i bambini, le bambine e gli adolescenti sono titolari di diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici; tali diritti devono essere promossi e tutelati da parte di tutti.

L'Italia ha ratificato la Convenzione di New York con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'11 giugno 1991.

Già nel 1923, la fondatrice di Save the Children scrisse la prima Carta dei Diritti del Bambino, o Dichiarazione di Ginevra, che fu adottata dalla Società delle Nazioni nel 1924 e che ha costituito il testo base per la successiva dichiarazione delle Nazioni Unite, precisamente la Dichiarazione Universale dei diritti del fanciullo, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1959.

Con la Convenzione di New York, il minore passa da oggetto di protezione a soggetto titolare di diritti, titolare autonomo di molteplici diritti, primo fra tutti, quello di esprimere la propria opinione (articolo 12).

Dalla Convenzione di New York si evince il diritto di non subire abusi; in termini generali, essendo il minore di persona titolare di diritti soggettivi, l'abuso consiste nella violazione arbitraria di uno qualsiasi di tali diritti. Pertanto, si può desumere la seguente definizione di minore abusato: *“il bambino abusato è quello che non riesce a realizzare il proprio diritto fondamentale a una crescita sana e armoniosa, a causa di una azione altrui, cosciente e volontaria, di compressione o di soppressione di tale diritto”*.

Nel 2002, sono entrati in vigore anche i due Protocolli Opzionali alla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il Protocollo Opzionale sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati e il Protocollo Opzionale sulla vendita di bambini, la prostituzione minorile e la pornografia rappresentante minori.

L'Italia ha ratificato i due Protocolli con Legge n. 146 dell'11 marzo 2002.

Tutt'oggi, in Italia, esiste una grande variabilità sulla concezione del maltrattamento dei minori, che spesso viene molto sottovalutato in termini di quantità, qualità (ad esempio la trascuratezza grave non viene generalmente compresa come drammatica fonte di danno) e conseguenze da esso cagionate.

Con la Consultation on Child Abuse Prevention, coordinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) congiuntamente al Global Forum for Health Research (Ginevra, marzo 1999), si è raggiunto un consenso sulla definizione del maltrattamento e sulle sue diverse forme: il maltrattamento dei minori comprende tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o altro, con conseguente danno attuale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore, nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere.

Una condizione di maltrattamento su minore può configurarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono). Tuttavia, l'assenza di evidenze traumatiche all'esame obiettivo fisico non può escludere l'ipotesi di maltrattamento ai danni del soggetto minorenne. Il maltrattamento su soggetto in età evolutiva può comportare un vasto range di conseguenze a breve, medio e lungo termine sulla salute fisica, psichica e sociale di colui che lo subisce. Le conseguenze sulla salute sono variabili e dipendono da fattori quali l'età della giovane vittima, dallo stato

di sviluppo raggiunto al momento del maltrattamento, la tipologia di maltrattamento subito, le eventuali lesioni da questo provocate, la frequenza, la durata e la gravità del maltrattamento e dal tipo di relazione tra vittima e perpetratore dell'abuso. Inoltre, è rilevante determinante la capacità di reagire agli eventi avversi da parte del minore; a tal proposito, l'Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, lo studio di ricerca statunitense sulle esperienze infantili sfavorevoli, l'associazione tra maltrattamento nell'infanzia e stato di salute e benessere nelle successive epoche della vita.

Il DSM-5 (2014) riporta la correlazione tra l'esposizione a eventi traumatici e stressanti e una serie di disturbi mentali (disturbo reattivo dell'attaccamento, il disturbo da impegno sociale disinibito, il disturbo da stress acuto, il disturbo dell'adattamento e, in particolare, il disturbo da stress posttraumatico -PTSD-).

La struttura e l'organizzazione funzionale cerebrale sono particolarmente sensibili durante la prima infanzia. Lo stress in tale fase del percorso evolutivo è associato a effetti negativi persistenti sul sistema nervoso e sui sistemi ormonali di risposta allo stress che possono danneggiare lo sviluppo dell'architettura cerebrale e condurre a disturbi permanenti dell'apprendimento, del comportamento e della salute fisica e mentale.

La violenza sul minore si può manifestare sotto varie forme:

VIOLENZA O ABUSO INFANTILE - Tale categoria ricomprende tutte le forme di maltrattamento sia fisico che psichico-emotivo, l'abuso sessuale, la negligenza o lo sfruttamento commerciale o di altra natura. Tali condotte comportano un danno reale o potenziale alla salute del minore-vittima, alla sua sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità stessa. Tali condotte possono essere perpetrate da parte di un genitore o di un altro caregiver attraverso atti commissivi (abuso fisico, sessuale, psicologico, ipercura) o omissivi (incuria).

MALTRATTAMENTO FISICO - Tale definizione indica l'uso intenzionale della forza fisica ai danni di un minore con conseguente danno alla salute, sopravvivenza, sviluppo e dignità della vittima. Tale categoria ricomprende le percosse, calci, pugni, ustioni, avvelenamento, ecc..

ABUSO SESSUALE - Tale fattispecie di violenza implica il coinvolgimento del minore in atti sessuali. Per maturità intellettuale ed età, il minore non è in grado di comprendere tali atteggiamenti e pertanto non è in grado di prestare il proprio consenso. L'abuso sessuale

sul minore include una serie di atti quali stupro, varie forme di contatto con le parti intime della giovane vittima e quindi implicano un contatto fisico tra aggressore e vittima. Sono ricomprese anche forme di abuso quali esibizionismo, coinvolgimento nella pedo-pornografia, voyerismo.

A tal proposito sono degne di nota alcune fattispecie di abuso sessuale quali:

- la cyber child pornography, che si caratterizza per la diffusione online di foto, video, immagini virtuali di bambini nudi o coinvolti in atti sessuali;
- il sexting ovvero la ricezione e/o l'invio o condivisione di video, immagini o messaggi sessualmente espliciti mediante l'uso di dispositivi multimediali (siti, chat, mail);
- il sextortion che consiste nel minacciare la pubblicazione su siti o chat di immagini sessuali del minore-vittima al fine di costringerlo a fornire ulteriori immagini, atti sessuali o altri favori a scopo economico;
- il grooming ovvero l'adescamento online attraverso chat o social network che viene perpetrato mediante impiego di tecniche di manipolazione psicologica al fine di ottenere la fiducia del minore e abusarne sessualmente;
- il live streaming of child abuse, nella quale avviene la ripresa video e la trasmissione in diretta di tali immagini di abusi sessuali sul minore che vengono osservate da spettatori collegati attraverso piattaforme di condivisione video;
- il maltrattamento psicologico che consiste in aggressioni verbali, minacce, ricatti umiliazioni, richieste eccessive rispetto all'età ed alle caratteristiche fisiche e psicologiche del minore, limitazione nelle relazioni sociali della vittima che comportano un danno alla salute sia fisica che psico-affettiva del minore che li subisce.

Alla categoria di violenza denominata "Patologia delle cure" appartengono tutte quelle condizioni che vedono coinvolti principalmente i genitori o le persone legalmente responsabili del minore che non viene adeguatamente accudito in rapporto al momento evolutivo ed all'età: l'incuria ovvero la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del minore con conseguente grave danno alla salute ed allo sviluppo psicofisico in assenza di cause organiche; la discuria ovvero la distorsione delle cure parentali che vengono somministrate in modo incongruo rispetto ai bisogni e al periodo evolutivo del minore;

l'ipercura, condizione in cui le cure vengono somministrate in modo eccessivo e sproporzionato rispetto ai bisogni e all'età evolutiva del minore. Nell'ambito dell'ipercura sono ricomprese:

- Sindrome di Munchausen per procura nella quale il genitore (più spesso la madre) attribuisce malattie inesistenti al figlio che pertanto viene sottoposto a numerose visite mediche o terapie inutili che si basano su sintomi spesso inventati dal genitore stesso.
- Chemical abuse, rappresentata dall'anomala e aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino per determinare la sintomatologia e ottenere il ricovero ospedaliero.
- Medical shopping o hospital shopping, che riguarda minori i quali hanno sofferto nei primi anni di vita di gravi patologie e che per tale antecedente, vengono sottoposti a visite mediche dai genitori soprattutto la madre che spesso è affetta da disturbi di tipo ansioso-ipocondriaco, anche solo per disturbi di lieve entità.

I minori possono essere vittima di violenza assistita intra-familiare quando assistono a qualsiasi forma di maltrattamento perpetrato ai danni di una o più figure di riferimento (minori su altri minori, altri membri della famiglia, abbandono e/o maltrattamenti ai danni di animali domestici) in sua presenza (vittime di omicidio plurimo, omicidio-suicidio, violenza assistita da omicidio). La vittima può assistere direttamente all'evento oppure venirne solo a conoscenza ma viene colpito emotivamente dagli effetti sia fisici che psicologici.

Il Bullismo e Cyberbullismo rappresentano forme di violenza tra pari e consistono in comportamenti offensivi, aggressivi verbali, fisici e/o diffusi tramite web da parte di un singolo soggetto o da gruppi di soggetti ai danni di una o di più minori al fine di esercitare su di essi un potere.

Teen dating violence, una particolare forma di violenza sia fisica che psicologica che emotiva che sessuale che si realizza tra partners adolescenti.

Nelle figure sottoriportate, si può stimare l'entità del fenomeno violenza su minore nelle varie forme.

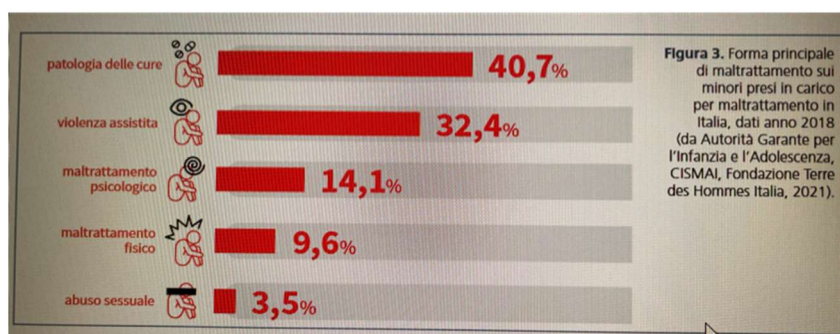


Tabella 1. Tipi di maltrattamento subito dai minori deceduti per maltrattamento, anno 2020 (adattato da U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, 2022).

Tipo di maltrattamento	Bambini deceduti per maltrattamento	Tipi di maltrattamento riscontrati sulle vittime	Tipi di maltrattamento riscontrati sulle vittime in percentuale
Neglect		1.091	73,7
Abuso fisico		630	42,6
Neglect medico		126	8,5
Abuso psicologico		21	1,4
Abuso sessuale		14	0,9
Altre forme		5	0,3
Non noto		1	0,1
Totale	1480	1.888	—

ACCOGLIENZA: TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Il riscontro di una violenza su minore in P.S. Pediatrico può avvenire in occasione di:

- visita medica eseguita per altra patologia, durante la quale emergono segni di sospetta violenza (riscontro occasionale);
- visita medica richiesta dai genitori o da chi ne esercita la potestà o tutela per sospetta violenza;
- visita medica disposta su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- visita medica richiesta su segnalazione dei Servizi Sociali, Società Sportive, Scuola.

Il minore può giungere in Pronto Soccorso Pediatrico accompagnato:

- dai genitori o caregivers;
- dalle FF.OO.;
- da personale dei Servizi Sociali;
- da personale del 118/112.

Casi particolari - Minore che giunge in P.S non accompagnato o accompagnato da soggetti diversi dai genitori, il Pediatra di P.S provvederà a contattare i genitori tranne che nel caso siano i presunti autori dei maltrattamenti.

Infermiere di Triage

L'infermiere di triage, adeguatamente formato, con un atteggiamento di ascolto empatico, raccoglierà l'anamnesi del caregiver che accompagna il minore e di seguito procederà con:

- attribuzione di un codice di alta priorità (come da scheda di triage dedicata);
- identificazione dell'accompagnatore (registrazione dei dati anagrafici);
- valutazione dei principali parametri vitali (FR, SpO2, FC, PA, TC, dolore);
- comunicazione del caso, in assoluta riservatezza, al Pediatra di turno in Pronto Soccorso;
- accompagnamento del minore in sala visita (sala dedicata).

Inoltre, l'infermiere di triage provvederà a ricercare nel database eventuali precedenti accessi in Pronto Soccorso e relativa pregressa diagnosi.

Accedendo al database, annota sulla finestra "causa dichiarata all'accettazione" le parole chiave "codice rosa", compilando la breve anamnesi infermieristica raccolta.

Seleziona la voce "violenza di genere su soggetti vulnerabili o discriminati" (cod. 99) nel menu a tendina "Problema principale", compila i campi "data trauma" "ora trauma" "numero di telefono", "modalità di arrivo" e "inviato da". Una volta chiusa, stampata e firmata la scheda di triage, l'infermiere informa il medico di Pronto Soccorso Pediatrico dell'accettazione di un Codice Rosa in modo da ridurre il più possibile l'attesa per la presa in carico.

CONSENSO/DISSENSO SU VITTIMA MINORE

Il consenso informato al trattamento Sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal legale rappresentante, tenendo conto anche della volontà della persona minore in relazione alla sua età ed al suo grado di maturità. Se chi esercita la responsabilità genitoriale o il legale rappresentante, dopo essere stati adeguatamente informati circa un possibile maltrattamento e/o violenza sessuale nei confronti del minore e della opportunità/necessità di procedere a repertamento non prestano il consenso, gli operatori Sanitari devono informarli del fatto che il caso sarà segnalato all'Autorità Giudiziaria qualora si configuri la procedibilità d'ufficio.

Il Medico di PS

Il minore viene condotto in una sala visite riservata al fine di evitare ulteriori traumatismi e renderne più agevole la collaborazione durante la raccolta anamnestica e l'esame obiettivo. Entrambe tali fasi della visita sono inizialmente finalizzate all'accertamento di lesioni post-traumatiche che possono configurare regime di urgenza-emergenza.

Pertanto, inizialmente sia l'anamnesi che l'esame obiettivo saranno praticati principalmente con finalità diagnostica al fine di attivare la richiesta di consulenze specialistiche eventualmente necessarie, praticare le terapie mediche e/o chirurgiche del caso al piccolo paziente. Laddove non dovessero emergere situazioni tali da richiedere interventi chirurgici o terapie mediche con intento salvavita, il Percorso proseguirà in direzione medico-legale-forense e il medico del Pronto Soccorso Pediatrico attiverà immediatamente il Medico Legale e il Neuropsichiatra Infantile (NPI) operante in altra Azienda.

In caso di violenza sessuale su minore di sesso femminile, previa richiesta di consulenza ginecologica, la minore verrà accolta in una stanza dedicata presso il relativo reparto. Mentre per i minori di sesso maschile presso la Chirurgia pediatrica.

Le generalità dell'accompagnatore verranno registrate nella cartella forense presente nel Kit violenza su minore.

Nell'approccio alla vittima di violenza, è fondamentale garantire un clima di accoglienza (empatia, protezione, comunicazione tranquilla e senza fretta), limitando il numero dei Sanitari in sala, ed evitando interruzioni o ingressi durante la visita al fine di entrare in sintonia con il minore e di renderlo quanto più collaborante possibile al fine di valutare attentamente segni, sintomi e loro evoluzione, ma soprattutto è essenziale la presenza di uno specialista in Neuropsichiatria Infantile che collabori fin dal principio alla raccolta anamnestica e consenta al Pediatra di poter svolgere la visita nel modo più sereno possibile, senza fretta e dedicandosi interamente al piccolo paziente dal punto di vista prettamente medico.

Laddove il minore sia in grado di comprendere, è sempre opportuno coinvolgerlo fornendo le adeguate spiegazioni sulla visita e cercando di ottenere il suo consenso senza inganno né, tanto meno, con l'uso della forza. In caso di scarsa collaborazione da parte del minore, si può riprogrammare la visita.

Anamnesi. È importante, durante la corretta ed esaustiva raccolta anamnestica, che deve essere condotta insieme allo specialista NPI, valutare anche gli indici di sospetto e dettagliare l'evento. Si può chiedere a ciascun genitore o caregiver, separatamente tra loro, ma quando possibile anche al minore stesso. Il racconto deve avvenire senza interruzioni e deve riguardare la presunta dinamica lesiva, ma anche le eventuali variazioni comportamentali del bambino prima, durante e dopo l'evento traumatico subito.

Opportuno prestare attenzione a situazioni di eventuale conflitto tra i genitori ed il minore, (possibile genitore abusante). *Si ribadisce che risulta fondamentale la figura del Neuropsichiatra Infantile in quanto dotato di competenze maggiori nella raccolta anamnestica del minore in condizioni difficili e nella valutazione psicologica nei casi di abuso sessuale in quanto non riscontrando elementi clinici visibili, il racconto, la comunicazione non verbale e i comportamenti del bambino sono dirimenti.*

Laddove possibile, è fondamentale raccogliere il racconto spontaneo del bambino, riportando fedelmente nel verbale, virgolettate, le sue parole; evitare reazioni eccessive quando il bambino rivela l'accaduto, accogliere il suo racconto senza pregiudizi; non criticare il suo comportamento; non mostrarsi arrabbiati o stupiti; non forzarlo a parlare; non interrompere il bambino durante il suo racconto. Il Pediatra ed il Neuropsichiatra Infantile dovranno porre domande con un linguaggio adatto al grado del suo sviluppo; non porre domande dirette sull'accaduto o che suggeriscano una risposta, ridurre quanto più possibile la necessità che il bambino/a ripeta il racconto e i suoi dettagli. Nel caso sia l'adulto a riportare il racconto del bambino/a è opportuno farsi ripetere la terminologia utilizzata dal minore; evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore; domandare se qualcuno ha assistito all'evento traumatico e farsi fornire una descrizione dello stesso; valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate.

Anamnesi familiare. Il Sanitario dovrà investigare su eventuali cause patologiche preesistenti del minore, su fattori di rischio familiare (una gravidanza indesiderata, una depressione post-partum, atteggiamenti familiari di disciplina eccessivamente rigidi, se il bambino è di facile o di difficile accudimento, eventuale storia di pregressi abusi familiari o di sostanze stupefacenti, di problemi psichici dei genitori o di conviventi, ulteriori problematiche di natura sociale o finanziaria familiari).

Fondamentale risulta raccogliere informazioni su aspetti relativi ad abitudini alimentari, accrescimento, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, vaccinazioni, scolarità, eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale, data dell'ultima mestruazione. Ricercare eventuali precedenti accessi in PSP o ricoveri ospedalieri, e, in caso di abuso, patologie e/o traumi e/o chirurgia della regione genito-anale e pregresse o ricorrenti infezioni delle vie urinarie.

Nel verbale di Pronto Soccorso riportare i seguenti dati:

- Data, ora e luogo dell'evento
- Se episodio isolato o se episodi ripetuti (epoca presunta di inizio dell'abuso/maltrattamento e tempo intercorso dall'ultimo episodio)
- Numero degli aggressori, se conosciuti o no
- Eventuale presenza di testimoni
- Se minacce verbali, minacce con strumenti /armi ed eventuali lesioni fisiche
- Se ingestione di alcolici o altre sostanze
- Se perdita di coscienza
- Se sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo
- Se vi è stato denudamento del minore o dell'abusante

Esame obiettivo. Preliminarmente all'esame obiettivo, coadiuvati dal Medico Legale, il medico di Pronto Soccorso Pediatrico nel caso di maltrattamento, il Ginecologo e/o il Chirurgo Pediatra, nel caso di abuso, chiederanno al genitore/tutore legale della vittima il consenso/dissenso all'ispezione corporale, all'esecuzione di fotografie e, nel caso di violenza sessuale, alla raccolta di materiale biologico a fini forensi, facendo firmare l'apposito modulo. Riportare nel verbale di P.S l'eventuale mancato consenso. Tutto il materiale repertato (indumenti, tracce biologiche, eventuali oggetti) sarà a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, che potrà disporre gli opportuni accertamenti.

Il fattore tempo è fondamentale per tale tipologia di indagine, motivo per il quale, laddove non siano disponibili dati certi in ordine al tempo intercorso dalla violenza sessuale/maltrattamento, è raccomandabile eseguire comunque i prelievi sulla vittima ed il repertamento degli indumenti e/o degli oggetti utili.

Procedere inizialmente con la valutazione di: condizioni generali: stato igienico, nutrizione, idratazione e sviluppo staturale ponderale e della valutazione delle lesioni - (All. 3).

La difficoltà maggiore nella valutazione clinica di un minore vittima di maltrattamenti/abuso è la distinzione, talvolta difficile, tra lesività d'abuso e lesività a genesi accidentale. Pertanto, l'esame obiettivo non dovrà essere limitato alla sede riferita come lesa o visibile ma sarà fondamentale estendere la visita a tutto il corpo. Di ogni lesione dovranno essere indicati la sede, i caratteri (forma, dimensioni, colore, numero), anche al fine di evidenziare e documentare segni di una pregressa violenza. Fondamentale i riferimenti metrici ed i rilievi fotografici, con la collaborazione del medico legale.

Le principali lesioni che possono essere visibili in caso di violenza su minore.

L'ecchimosi, lesione cutanea estremamente comune in età pediatrica, ma che deve destare sospetto quando presente in bambini non in grado di deambulare autonomamente, quando multipla e in diversa fase evolutiva, localizzata in parti del corpo non provviste di creste ossee come viso, occhi, orecchie, glutei, addome o in regioni particolarmente significative come il collo, le caviglie e i polsi, oppure in zona anogenitale. Le ecchimosi possono avere forma e dimensioni simili tra loro, possono essere figurate, ovvero riprodurre la forma dello strumento utilizzato per produrle (cinghie, cinture, corde o polpastrelli).

Le escoriazioni, lesioni da tagliente, lacerazioni, morsi, cicatrici. Tali lesioni possono interessare regioni corporee difficilmente compatibili con un autolesionismo (dorso, torace, addome, genitali).

Le ustioni. Sono situate per esempio nel dorso delle mani, nella regione glutea, nel dorso, nella pianta dei piedi, nel perineo. Talvolta sono figurate (sigaretta, da ferro da stiro), altre volte di forma non particolare.

Fratture. Le fratture non accidentali solitamente sono localizzate in corrispondenza di:

Cranio: hanno una forma stellata che attraversa le linee di sutura; si ramificano, sono multiple bilaterali. Quelle più comuni sia accidentali che indotte sono quelle lineari.

Arti superiori e inferiori: fratture metafisarie definite "a manico di secchio" e "ad angolo" che sono il risultato di movimenti di torsione degli arti, fratture omerali, non sopracondilare.

Coste ed altre sedi: soprattutto posteriori, prodotte per compressione della gabbia toracica, fratture multiple metacarpi, fratture insolite come a carico della scapola, dello sterno, della clavicola bilaterali o addirittura vertebrali, oppure fratture associate ad altre lesioni sospette.

Durante l'esecuzione di indagini radiografiche di routine possono essere identificate accidentalmente delle fratture sospette o esiti di pregresse fratture post traumatiche. Molto importante il riscontro di fratture multiple a varia distribuzione corporea, con caratteristiche di produzione riferibili a epoche differenti, in quanto indicano una possibile violenza reiterata. Importanti le fratture a spirale nei bambini molto piccoli, che ancora non sono in grado di muoversi.

Lesioni anogenitali. La maggior parte dei bambini abusati sessualmente non presenta segni di lesioni genitali o anali, soprattutto se esaminati in modo non accurato (si possono riscontrare nel 21,4% in caso di valutazione adeguata e solo nel 2,2% dei casi in caso di valutazione carente). Tale negatività all'esame obiettivo è riconducibile alla rapida guarigione delle lesioni che spesso interessano le mucose. Pertanto, è necessario, quando possibile, il repertamento fotografico per documentare il quadro traumatico.

Casi particolari - Shaken Baby Syndrome (SBS)

Trattasi di una grave forma di maltrattamento fisico che interessa principalmente bambini sotto i due anni di vita. Si verifica quando il bambino viene scosso violentemente dal caregiver di solito in reazione al suo pianto inconsolabile. L'incidenza maggiore si osserva tra le due settimane e i sei mesi di vita. In tale periodo dello sviluppo, il bambino non ha ancora acquisito il controllo del capo, poiché i muscoli del collo sono deboli, la testa è pesante rispetto al corpo, ed il cervello di consistenza gelatinosa, se scosso, si muove all'interno del cranio e la struttura ossea è ancora fragile. Pertanto, lo scuotimento, anche se di pochi secondi, può portare a conseguenze infauste e letali.

Minore abusato sessualmente

In caso di minore abusato sessualmente, è fondamentale ricordare:

- che in questa fase è importante, procedere, dopo la visita, alla cura dei traumi fisici, alla prevenzione e terapia delle infezioni;
- che unici segni patognomonicici di contatto sessuale sono:
 - la gravidanza;
 - la presenza di spermatozoi in campioni prelevati dal corpo di un/a bambino/a.

Sono segni diagnostici per trauma penetrante (che può essere sia di natura sessuale, sia accidentale):

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

Esame dell'area genito-anale (Ginecologo e/o Chirurgo Pediatra + Medico Legale).

Nelle bambine l'ispezione dell'area genito-anale deve essere condotta in posizione supina a "rana" ("frog leg") o genu-pettorale per l'esame della regione genitale, in posizione in decubito laterale sinistro (per convenzione) o genu-pettorale per la regione anale. La posizione supina, generalmente ben accettata, permette una buona visualizzazione dell'area vulvare, dell'introito vaginale e dell'ano. Per una chiara visualizzazione dell'anello imenale, dell'uretra e del vestibolo in toto separare delicatamente le grandi labbra (separazione labiale), tenendole tra pollice e indice, quindi tirale esternamente e leggermente in avanti (trazione labiale). E' possibile visitare le bambine più piccole in questa posizione tenute in braccio da un adulto di fiducia che mantenga le gambe della minore in posizione flessa e abdotta.

Devono essere valutati e riportati:

- tipologia delle lesioni (eritema, edema, ecchimosi, abrasioni/escoriazioni, lacerazioni, transezioni o incisure imenali, cicatrici, sanguinamento);
- numero, dimensioni e sede delle lesioni, riferendosi, come repere, al quadrante dell'orologio (le ore 12 corrispondono alla zona suburetrale e le ore 6 alla linea mediana del retto in posizione supina);

- eventuali perdite vaginali, appendici anali e/o imenali, vescicole, papillomi;
- presenza di corpi estranei in vagina o nel retto.
- il riflesso di dilatazione anale: riflesso costituito dall'apertura degli sfinteri interno ed esterno del canale anale, che compare a seguito di separazione manuale dei glutei, in decubito laterale o genu-pettorale, entro 30 secondi. La dilatazione anale immediata, fino ad un diametro anteroposteriore di 2 cm o più, in assenza di altri fattori predisponenti, va considerata quale possibile segno di abuso. Nella maggioranza dei casi le lésioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. In letteratura é riportato che più del 90% dei minori, vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o aspecifici.

Nel caso dell'ispezione anale si raccomanda di:

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

Nota bene:

- il mancato rilievo di segni anali e/o genitali non esclude la possibilità che il minore sia vittima di abuso sessuale;
- per concludere circa la sussistenza di un abuso é fondamentale il riscontro di gravidanza o di spermatozoi;
- raramente é possibile fare una diagnosi basata unicamente sui segni fisici o sui reperti laboratoristici;
- la diagnosi di abuso su minore é sempre multidisciplinare.

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

- evitare l'utilizzo di speculum per l'ispezione della vagina, a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei,

lesioni intravaginali che necessitino di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare);

- evitare l'uso indiscriminato di tamponi e cateteri di Foley per meglio visualizzare l'imene (l'imene è molto sensibile e si può facilmente provocare dolore alla giovane vittima).

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

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

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

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

In caso di malattie trasmesse sessualmente il medico turno dovrà contattare l'infettivologo operativo al numero breve 17267 dalle 8.00 alle 14.00 dal lunedì al venerdì, previa richiesta di consulenza. La consulenza deve essere evasa entro le 72 ore).

REPERTAMENTO DI TRACCE BIOLOGICHE

È auspicabile, considerata la peculiarità delle analisi genetico-forensi, avvalersi della collaborazione del Medico Legale per indicazioni sul repertamento/raccolta e conservazione.

Le tracce biologiche (tracce di sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide ...) si possono reperire:

- sul corpo della vittima;
- sugli indumenti;
- su altro materiale di interesse.

A) Sul corpo della giovane vittima

Per assicurare l'uniformità di campionamento è raccomandabile eseguire i prelievi mediante tamponi sterili da effettuare in doppio nella medesima area. I prelievi dovranno essere eseguiti sia nelle zone tipiche - orale, periorale, vaginale, anale, peniena - sia in zone dove l'aggressore ha avuto contatto fisico o abbia morso la persona assistita. I prelievi destinati alle analisi genetico-forensi precedono generalmente quelli previsti dal protocollo clinico-assistenziale fatte salve esigenze cliniche per la tutela della salute della giovane presunta vittima.

B) Sugli indumenti

Le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. Tutti gli indumenti indossati al momento del fatto, dovrebbero pertanto essere repertati, con particolare riguardo agli indumenti intimi e ad eventuali assorbenti, pannolini o quanto a contatto con le regioni intime che, se adesi all'indumento, non devono essere separati.

Nota bene: qualora la giovane assistita riferisca di essersi cambiata si consiglia di acquisire gli indumenti che indossa al momento, in particolare quelli intimi, e di suggerirle di conservare (senza lavarli) quelli che indossava al momento del fatto per l'eventuale consegna direttamente alle Forze dell'Ordine o indirettamente per il tramite dei sanitari.

C) Su altro materiale di interesse

Gli oggetti come ad esempio fazzoletti, condom (anche femminili), speculum devono essere repertati, posti in contenitori di adeguate dimensioni (ad es. falcon monouso, piastre di petri, barattoli) e conservati in congelatore a -20°C. In particolare, in caso di condom si precisa di chiuderne l'estremità (ad es. mediante nodo) al fine di evitare la fuoriuscita di eventuale liquido seminale. Attenzione: dopo questa operazione è obbligatorio cambiare i guanti.

Nelle analisi genetico-forensi non vi è necessità di allestire vetrini per la ricerca di spermatozoi a partire da tamponi (es. vaginali, rettali, ecc.), stante la possibilità di ottenere

profili genetici utili anche in loro assenza. Eventuali vetrini allestiti anche per altre finalità diagnostiche possono essere utilizzati per le analisi genetiche e devono pertanto essere posti in contenitori adeguati al fine di evitare possibili contaminazioni ed entrare in catena di custodia.

Per quanto concerne tipologia e numero dei prelievi e dei tamponi da effettuare, sui minori di età ≥ 14 anni di sesso maschile e femminile, si rinvia alla procedura utilizzata nella gestione degli adulti vittima di violenza.

D) In caso di interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, parto connessi a situazioni di violenza

In caso di interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, parto connessi a situazioni di violenza il personale sanitario (ginecologa/o, ostetrica/o) deve procedere al repertamento di materiale abortivo, placenta, funicolo fetale e sangue neonatale. Il materiale abortivo/placenta/funicolo deve essere riposto in contenitori sterili e separati, nelle condizioni più asciutte possibile, evitando sangue in eccesso, senza liquido conservante (ad es. formalina o soluzione fisiologica) e congelati a -20°C . Evitare contenitori di dimensioni eccessive così da consentirne lo stoccaggio in congelatore. In caso di parto prelevare alcune gocce di sangue neonatale da apporre su carta bibula (es. Guthrie card).

Altre tracce biologiche potrebbero essere rinvenute nel luogo ove si è verificato il fatto: trattasi di situazioni particolari che prevedono l'intervento dell'Autorità Giudiziaria e/o delle Forze di Polizia. È fondamentale che l'operatore sanitario che raccoglie il dato circostanziale segnali all'Autorità Giudiziaria e/o alle Forze di Polizia intervenute, sulla base del racconto fornito, tale possibilità.

N.B. SI RINVIA ALLE SEZIONI DESCRITTE NEI PARAGRAFI “MODALITÀ DI RACCOLTA”, “INVIO DEL MATERIALE - CATENE DI CUSTODIA” RIFERITI ALL'ADULTO VITTIMA DI VIOLENZA

RACCOMANDAZIONI PER LA FASE DEL RICOVERO O DIMISSIONI - MINORE

Il Ricovero è necessario quando la violenza ha causato lesioni gravi e quando il medico, rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, evidenzia nel corso di una visita medica situazioni di grave pericolo per l'incolumità del minore. In tal caso, può trattenerlo in ospedale, a prescindere dalle esigenze cliniche, "per approfondimenti", ai sensi dell'art. 403* c.c. (**quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato, o si trova esposto nell'ambiente familiare a grave pregiudizio per la sua incolumità psicofisica e vi è dunque un'emergenza di provvedere, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione. ...*").

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

- ricoverare il/la bambino/a nel Reparto di Pediatria che offre le necessarie garanzie di protezione e di indagine; sarà compito del Pediatra definire la diagnosi di ricovero tenendo presente che, qualora il genitore / tutore del bambino si opponga, esiste l'obbligo per il medico, nella sua qualità di incaricato di pubblico servizio a fronte di un ragionevole sospetto di abuso, di agire anche in opposizione alla volontà genitoriale per la salvaguardia dell'incolumità dello stesso minore (art. 403 C.C.);
- attivare tutte le consulenze specialistiche (Psicologo, Neuropsichiatra Infantile, Servizio Sociale Ospedaliero, ecc.) e le indagini di laboratorio e strumentali necessarie;
- inviare la denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria nel più breve tempo possibile, controfirmata da tutti gli specialisti intervenuti nella cura e nella presa in carico del minore, sospetta vittima di violenza.

Durante la permanenza presso il reparto di degenza vanno seguite le seguenti indicazioni:

- rendere edotto tutto il personale infermieristico in servizio del sospetto clinico, ribadire l'obbligo del segreto d'ufficio e invitarlo ad osservare il bambino, chi lo assiste, le sue reazioni, ecc. Di tutto questo il personale farà menzione sulla Cartella Infermieristica;
- attuare tutte le misure ritenute più idonee per evitare allontanamenti arbitrari, anche attivando l'art. 403 C.C., eventualmente in via pec;
- collocare il bambino in un ambiente adeguatamente protetto e riservato;

- annotare nel diario clinico l'eventuale attivazione dell'art. 403 C.C., dando informazione ai genitori della procedura adottata, compresi i riferimenti legislativi e le motivazioni;
- effettuare la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni con una breve relazione clinica, evidenziando gli elementi di dubbio o sospetto nel più breve tempo possibile, anche via pec;
- richiedere le consulenze specialistiche pertinenti per l'apparato interessato e per le lesioni osservate; è sempre importante confermare l'osservazione con una adeguata iconografia (n.b.: non è necessaria l'autorizzazione della famiglia);
- attivare con urgenza il Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (richiedere sempre a tutti i consulenti coinvolti un referto scritto e firmato);
- valutare l'opportunità di individuare nell'ambito dell'equipe del Reparto un unico referente che segua l'iter del ricovero del bambino, i rapporti con i consulenti e le Istituzioni e con la famiglia;
- discutere la situazione in equipe per una più adeguata analisi e per un confronto delle opinioni e delle iniziative da assumere.

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

- raccogliere tutti i dati anagrafici relativi al minore, agli adulti che lo hanno accompagnato, alle modalità riferite circa la dinamica delle lesioni;
- documentare in modo accurato le lesioni osservate, possibilmente con fotografie, descrivendo anche il comportamento dello stesso bambino, le sue reazioni ed il suo "stato d'animo, gli abiti indossati e le loro condizioni";
- indicare le persone che hanno assistito alla visita, le loro generalità, la loro professione;
- riferire il comportamento dei familiari, se presenti;
- inviare una Relazione dettagliata ai Servizi Sociali territoriali e al Tribunale per i Minorenni segnalando il sospetto di maltrattamento fisico.
- In caso di dimissioni dopo un ricovero per sospetto di abuso:
- in caso di mancata conferma del sospetto di abuso e nel caso sia stato attivato il ricovero contro il parere dei genitori (art. 403 cc.), comunicare alla Procura presso il



Tribunale per i Minorenni l'orientamento clinico raggiunto, tramite relazione clinica dettagliata che documenti i risultati degli approfondimenti effettuati in Ospedale e che hanno consentito di chiarire la situazione, concordando la dimissione del bambino;

- in caso di conferma del sospetto di abuso integrare al più presto la segnalazione alla Procura del T.M (e alla Procura del Tribunale Ordinario nei casi in cui il sospetto autore del reato sia maggiorenne), valutando con il Medico Legale se sia opportuno dare le necessarie informazioni alla famiglia in un colloquio riservato (sempre alla presenza di un testimone (Caposala / Infermiera professionale) o, ancora meglio, insieme con gli operatori ed i consulenti maggiormente coinvolti nelle indagini (Assistente Sociale, Neuropsichiatra Infantile, Psicologo), precisando che esiste l'obbligo, per il Reparto, di effettuare la comunicazione dell'accaduto alla Procura del T.M.

Prima della dimissione attendere la disposizione del T.M con l'autorizzazione alla dimissione del minore e la presa in carico da parte dei Servizi Sociali, sollecitando l'espletamento di tutte le attività burocratiche presso le strutture preposte (T.M per le prescrizioni idonee al caso, Servizi Sociali per la presa in carico e l'identificazione delle eventuali strutture di accoglienza).

PROSECUZIONE DEL PERCORSO DOPO LA DIMISSIONE

Dopo la presa in carico e la gestione del paziente dal punto di vista sanitario seguirà la fase di integrazione tra ospedale-territorio. Determinante è l'informativa a supporto delle vittime di violenza offerta presso le strutture ospedaliere circa i servizi esistenti nel territorio nonché l'intervento di sostegno psicologico e sociale per garantire la continuità dell'assistenza e per attivare la rete e quindi i servizi territoriali di competenza.



9. MONITORAGGIO

INDICATORI
N. pazienti vittime di violenza accolte identificate al triage (codice 99) / N. pazienti vittime di violenza (ICD9-CM affini)
N. pazienti vittime di violenza che si allontanano volontariamente prima della visita P.S/ N. pazienti vittime di violenza accolte in triage
N. pazienti vittime di violenza sessuale / N. pazienti vittime di violenza
N. pazienti per i quali sono stati programmati i controlli successivi alla dimissione / N. pazienti vittime di violenza
N. pazienti vittime di violenza per le quali è stata attivata la Rete territoriale antiviolenza / N. pazienti vittime di violenza
N. consulenze psicologiche richieste/N. pazienti vittime di violenza
N. di ricoveri per violenza sessuale/N pazienti vittime di violenza sessuale
N. di ammissioni in OBI per violenza (ICD9-CM affini) /N. pazienti vittime di violenza (ICD9-CM affini).



BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Raccomandazione per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale - maggio 2020
Revisione della pubblicazione del LUGLIO 2019 (Forense AGOI SIGO AGUI)
- Codice Penale (aggiornamenti).
- Codice civile e di Procedure Civile
- Legge 15.02.1996 n. 66 "Norme contro la violenza sessuale"
- Legge 05.04.2001 n. 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"
- Legge n. 38/2009 "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori"
- Legge 15.10.2013 n. 119 "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"
- Linee guida nazionali DPCM del 24 XI 2017 – GU n.24 del 30/01/2018
- Direttiva 2012/29/UE sugli standard minimi di diritti, supporto e protezione vittime di crimini d'odio
- DM 24 NOVEMBRE 2017 (G.U. 30.01.2018) Linee Guida nazionali per le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza
- Legge 38/2006 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet"
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica- Convenzione di Istanbul, 11.05.2011"
- Linee Guida GE Genetisti Forensi Italiani aggiornamento novembre 2023
- Legge 69/2019 "Tutela delle vittime di violenza e di genere" (c.d. Legge Codice Rosso)
- Riforma Cartabia D. lgs. 150/2022
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration For Children and Families, 2022
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza Cismai, Fondaz. Terre Des Hommes Italia, 2021
- We People Rete Pediatrica Toscana, n. 1, 2023, IRCSS Meyer, Pacini ed. Medicina
- P.O. Cristina Benfratelli Palermo "Gestione in Pronto Soccorso Pediatrico dei minori vittime di maltrattamento e abuso", 29.12.2022
- Rapporti ISTSAN 18/29 Violenza e abuso su minore modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso, ed 2019 e ed 2023