



REGIONE DEL VENETO

VADEMECUM

Indicazioni Operative per operatori
socio-sanitari del PS e SUEM 118

NON
SEI
SOLA

**AFFIDATI
ALLA RETE**

per riconoscere la violenza,
per prevenire, per trovare
protezione, per agire

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	3
CAPITOLO I	4
1. IL FENOMENO DELLA VIOLENZA: INQUADRAMENTO GENERALE	4
CAPITOLO II	7
2. LA VIOLENZA DI GENERE: RIFERIMENTI NORMATIVI E DATI REGIONALI	7
2.1 I DATI REGIONALI: REPORT ANNUALE SULLE STRUTTURE CENSITE E SERVIZI EROGATI	8
CAPITOLO III	11
3. LE CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA DI GENERE SULLA SALUTE PSICO-FISICA DELLA DONNA	11
CAPITOLO IV	13
4. L'IDENTIFICAZIONE DEI SEGNI E SINTOMI DELLA VIOLENZA	13
CAPITOLO V	15
5. LA COMUNICAZIONE CON LA DONNA CHE HA SUBITO VIOLENZA	15
5.1 IL DISAGIO ED IL POTERE DELL'OPERATORE	16
5.2 IL DISAGIO DEL PERSONALE DI FRONTE ALLA VIOLENZA	17
5.3 IL POTERE DELL'OPERATORE	19
5.4 CHECK LIST PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI	20
CAPITOLO VI	22
6. LE PROCEDURE DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI CASI DI VIOLENZA DI GENERE NEL SISTEMA EMERGENZA	22
CAPITOLO VII	34
7. LE PROCEDURE DI RIFERIMENTO NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE	34
CAPITOLO VIII	38
8. IL RISCHIO INFETTIVOLOGICO NELLA VIOLENZA SESSUALE E DI GENERE	38
8.1 I PROBLEMI DI SALUTE CAUSATI DA HPV	39
CAPITOLO IX	40
9. LE PROCEDURE DI RIFERIMENTO NEI CASI SOSPETTI O DICHIARATI DI VIOLENZA SUI MINORI E LA VIOLENZA ASSISTITA	40
CAPITOLO X	43
10. IL RUOLO DEL CENTRO ANTIVIOLENZA NELLA GESTIONE DELL'URGENZA E NEL PERCORSO DI USCITA	43
CAPITOLO XI	46
11. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA DELLA VIOLENZA: I CRITERI DI DIMISSIBILITÀ E IL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA	46
11.1 BRIEF RISK ASSESSMENT PRO EMERGENCY DEPARTMENT	47
CAPITOLO XII	49
12. GLI ASPETTI MEDICO-LEGALI NELLA VIOLENZA DI GENERE: INQUADRAMENTO NORMATIVO, METODOLOGIA DELL'ACCERTAMENTO, OBBLIGHI DI LEGGE	49
12.1 REFERTO E DENUNCIA	49
12.2 DELITTI PERSEGUIBILI D'UFFICIO	50
12.3 METODOLOGIA ACCERTATIVA	53
CAPITOLO XIII	54
13. IL RUOLO DELLE FORZE DELL'ORDINE: LE PROCEDURE PREVISTE	54
CAPITOLO XIV	56
14. VIOLENZA DI GENERE: LA TUTELA LEGALE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE	56
14.1 STRUMENTI A TUTELA DELLA VITTIMA DI REATO	56
14.2 LA VIOLENZA ASSISTITA	57
CAPITOLO XV	58
15. LE IMPLICAZIONI GIUDIZIARIE: IL RUOLO DELLA PROCURA	58
CAPITOLO XVI	59
16. I PUNTI CHIAVE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEL SISTEMA DELL'URGENZA IN ACCORDO CON LE LINEE GUIDA MINISTERIALI	59
MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA DELLA FORMAZIONE	60
RINGRAZIAMENTI	61
BIBLIOGRAFIA	62

ABBREVIAZIONI

A.G.	Autorità giudiziaria	HPV	Human Papilloma Virus
ALT	Alanina amino transferasi	ICD9CM	Classificazione Internazionale delle Malattie
AST	Aspartato Transaminasi	ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
Ce.A.V.	Centro anti violenza	IST	Infezioni sessualmente trasmissibili
c.p.p.	Codice di procedura penale	L.	Legge
c.p.	Codice penale	L.R.	Legge Regionale
C.R.E.U.	Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza	mg	Milligrammi
DGRV	Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto	MGF	Mutilazione Genitale Femminile
D.Lgs	Decreto Legislativo	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	PCR	Polymerase Chain Reaction
FFOO	Forze dell'Ordine	PS	Pronto Soccorso
gg	Giorni	SIMEU	Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza
GHB	Acido γ -idrossibutirrico	SSN	Sistema Sanitario Nazionale
gr	Grammi	SUEM	Servizio Sanitario Urgenza Emergenza
HBV	Hepatitis B Virus	TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
HCV	Hepatitis C Virus	UOC	Unità Operativa Complessa
HIV	Human Immunodeficiency Virus	VDG	Violenza di Genere
		VDRL	Veneral Disease Resarch Laboratory

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

G. Vettore, I. Mezzocolli

In questo vademecum verranno fornite indicazioni operative rivolte agli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso e SUEM 118 aggiornate secondo le linee guida nazionali.

Lo scopo è quello di far conoscere e sviluppare una rete di attori pubblici e privati che, agendo ognuno secondo le proprie competenze, ma con un approccio condiviso, realizzino un percorso unico integrato nel sistema dell'urgenza ad esclusivo vantaggio delle donne che subiscono violenza, garantendone l'autodeterminazione e l'empowerment.

Negli ultimi cinque anni nella maggior parte dei Pronto Soccorso del Veneto si è cercato di creare un percorso dedicato a queste donne con protocolli aziendali che prevedono, in alcuni casi, l'attivazione di una rete di intervento multidisciplinare ma, dai dati forniti dai Direttori di U.O.C di Pronto Soccorso, si evince che una formazione sistematica del personale sanitario al momento risulta appannaggio di pochi Presidi e che la gestione all'interno della stessa Unità Operativa avviene frequentemente in modo piuttosto disomogeneo.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 novembre 2016 ha stanziato dei fondi per l'attuazione di un "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere" prevedendo tra le possibili linee di intervento la formazione del personale sanitario operante nel sistema dell'urgenza al fine di sensibilizzare gli operatori alla tematica della violenza di genere e promuovere la creazione di una rete di intervento efficace a partire dai Pronto Soccorso.

La Regione Veneto e nello specifico la Direzione Unità Organizzativa Cooperazione Internazionale Ufficio Diritti umani e libertà fondamentali della Regione Veneto in accordo con il Tavolo Regionale di contrasto alla violenza di genere ha scelto dunque di investire questi fondi sulla formazione del personale dell'emergenza in tale ambito.

La Regione ha poi richiesto la collaborazione per gli aspetti tecnico-scientifici al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza per promuovere una formazione che si allinei al documento ministeriale recentemente pubblicato. Il progetto è divenuto oggetto di Delibera della Giunta Regionale (DGRVn. 759 del 7 novembre 2017) ed è stato realizzato in tre fasi principali:

FASE 1:

Creazione dei gruppi di lavoro multidisciplinari con l'obiettivo di:

- Allineare i percorsi locali alle Direttive Ministeriali;
- Condividere i punti chiave dei percorsi;
- Organizzare un percorso di formazione multidisciplinare regionale per istruttori

FASE 2:

Attivazione dei Corsi Regionali per la formazione di istruttori regionali (medici e infermieri di Pronto Soccorso).

FASE 3:

Attivazione dei corsi aziendali presso tutte le Aziende Ulss del Veneto rivolti a medici e infermieri di Pronto Soccorso e a tutte altre figure professionali della Rete multidisciplinare di intervento e prevenzione (medici-legali, pediatri, ginecologi, avvocati, Forze dell'Ordine, Servizi Sociali, Centri Antiviolenza, psicologi...).

IL FENOMENO DELLA VIOLENZA DI GENERE: INQUADRAMENTO GENERALE

Barbara Maria Trenti

L'attenzione specifica portata dal nostro ordinamento, in tempi relativamente recenti, verso il fenomeno della violenza contro le donne quale parte del più ampio ambito della violenza fondata sul genere, ossia originata in ragione dell'appartenenza del soggetto passivo a determinate categorie sociali definite in relazione a specifici ruoli, comportamenti, attività e/o attributi personali, fonda le proprie linee d'azione su di una rinnovata valorizzazione del "sistema di rete" tra le Istituzioni e le diverse Agenzie presenti sul territorio, al fine di ottimizzarne l'intervento in funzione sia preventiva che repressiva, di tutela della vittima e di recupero sociale del responsabile.

Tale linea d'azione trova ragione anche nel riconoscimento, a livello internazionale, attraverso le chiare e testuali lettere della Convenzione di Istanbul del Consiglio di Europa del 11.05.11, della violenza agita verso la donna "*perché donna*" quale fenomeno sociale "*strutturale*", ossia quale strumento storicamente adoperato per mantenere la donna in una posizione socialmente subordinata e quale principale ostacolo al raggiungimento della parità tra i sessi.

Il fenomeno della VDG verso le donne, invero, ha raggiunto dimensioni tali da essere stato definito dall'OMS "*un grave problema di salute pubblica*" e, come tale, si presenta particolarmente insidioso, perché viene spesso vissuto in quotidiano silenzio dalle vittime, in quanto non compreso culturalmente nel disvalore e nella pericolosità e rimane così percepito come un normale incidente di percorso, di cui al limite provare vergogna, tanto che poco più di una donna su dieci denuncia la violenza di cui è fatta oggetto.

Il dato numerico di fonte Istat più recente, relativo al quinquennio 2010/2014 (l'unico, peraltro, concretamente rappresentativo in ragione della scarsissima percentuale di procedimenti che giungono all'attenzione dell'Autorità Giudiziaria attraverso denuncia) è estremamente significativo, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, nell'evidenziare l'entità del fenomeno nel Paese: una donna su tre tra i 18 e i 70 anni ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita e, ogni tre giorni, viene commesso l'omicidio di una donna in ragione di una relazione

affettiva; non vi sono distinzioni numeriche significative tra donne italiane e straniere e vi è, altrimenti, una percentuale più elevata di violenza perpetrata ai danni di donne che si trovano in situazione, anche temporanea, di minorata difesa (ad Es. le più giovani – il 10,6% ha subito violenza sessuale prima dei 16 anni–, separate/divorziate o con disabilità o problemi di salute).

Il dato più allarmante è quello che giunge dall'analisi del tipo di autore, che si identifica, specialmente in relazione alle violenze più gravi, in una persona conosciuta alla vittima, ossia il partner (nel 67% degli stupri), i parenti, gli amici o i conoscenti/colleghi di lavoro; le condotte attribuibili a soggetti sconosciuti si riferiscono, invece, per lo più a molestie sessuali.

Proprio la prevalente consumazione nella dimensione privata rende estremamente difficile l'emersione della violenza verso la donna, sì da rendere indispensabile la messa in campo ad opera della società civile di tutti gli strumenti e percorsi volti ad intercettarne precocemente le manifestazioni. Tra questi emerge per importanza ed efficacia l'attento, competente e coordinato lavoro di tutti gli Operatori della Rete contro la violenza - in primis nel Sistema dell'Urgenza - nel rispetto e nella consapevolezza dei rispettivi ruoli e attribuzioni, verso il fine comune di impedirne la reiterazione e consentire l'efficace affrancamento della vittima dal proprio aggressore.

Conservazione del potere ed esercizio del controllo, sono gli obiettivi di colui che usa la violenza domestica al fine di relegare e mantenere la donna al suo status quo. Meccanismi che si susseguono e si ripetono ciclicamente facendosi sempre più gravi, caratterizzando la cosiddetta spirale della violenza in cui la donna non ha la percezione di essere vittima. Il compagno violento agisce in modo tale da creare un clima di tensione e di isolamento che si realizza attraverso minacce, divieti, colpevolizzazione e denigrazione della donna. Questo è spiegato dalla "*teoria del ciclo di violenza*" (Leonore E. Walker¹), secondo cui esiste un ciclo di violenza a più fasi che prevede una escalation di prepotenze e sottomissione che definiscono la relazione di maltrattamento.

¹ Canu. C. *La violenza domestica in Italia e nel contesto Internazionale ed Europeo*, ed. La Riflessione, 2008

Classicamente il centro della violenza si articola in quattro fasi e in modo ripetitivo:

1. FASE DI TENSIONE:

Non si manifesta in modo diretto, ma trapela dalle mimiche (silenzi ostili), dagli atteggiamenti (occhiate aggressive), o dal timbro della voce. Tutto quello che fa la compagna diventa fastidioso. Lei avverte la tensione e si sforza di diminuire la pressione, di conseguenza inizia a rinunciare ai suoi desideri per accontentare il compagno.

Durante questa fase di accumulo della tensione l'uomo tende a rendere la donna responsabile delle proprie frustrazioni, cercando ogni pretesto per litigare. Gli episodi di violenza sono scatenati solitamente da piccoli fatti della vita quotidiana che lo infastidiscono per qualche motivo, e lo scopo di questi è quello di mantenere il controllo della situazione. Il violento, in questa fase, è irascibile e aggressivo, ma ancora relativamente controllato.

La comunicazione nella coppia è caratterizzata da meccanismi di intimidazione che si manifestano con l'imposizione di obblighi, violenza economica e minacce di altre forme di violenza. Spesso gli spazi di "azione" della donna vengono limitati all'essenziale: casa e lavoro (quando presente); questo avviene per evitare alla donna la possibilità di comunicare cosa sta accadendo nella coppia ed eliminare la sua rete relazionale sul piano affettivo e materiale.

Questo isolamento aumenta inesorabilmente la dipendenza della partner dalla relazione violenta facendole perdere tutti i punti di riferimento.

"In questo caso l'obiettivo è segnatamente quello di azzerare nella donna l'intima consapevolezza del proprio valore e la fiducia nella propria capacità di svolgere un determinato compito per renderla insicura e maggiormente controllabile. La svalorizzazione di lei completerà con l'annullamento di tutto ciò che le è caro [...] attraverso la realizzazione di atti intimidatori non solo rivolti a lei direttamente ma, ad esempio, verso animali o persone a lei care. Ciò determina nella vittima un senso di solitudine e impotenza che la rende incapace di poter modificare la propria situazione."²

² Degani P., Dalla Rocca R., *Verso la fine del silenzio. Recenti sviluppi in tema di violenza maschile contro le donne, diritti umani e prassi operative*, Ed. CLEUO, 2014, p.276

Qualora la donna manifesti il desiderio di uscire dalla relazione violenta o un qualsiasi altro comportamento emancipatorio o, semplicemente, si progredisce con l'accumulo di tensione all'interno della coppia, si arriva alla seconda fase.

2. FASE DI ATTACCO:

L'uomo perde il controllo di sé. La violenza fisica solitamente inizia per gradi: i primi episodi possono essere solo spinte o strattonamenti, fino a arrivare anche all'uso di armi. Gli uomini parlano di uno scoppio di violenza contro la propria donna che è visto come un sollievo, una scarica data dall'accumulo di energia negativa.

Il fine ultimo è sempre quello di mantenere una forma di controllo sulla compagna. La donna spesso non reagisce per paura di un attacco più violento o di morire, o per proteggere l'incolumità dei figli se presenti.

3. FASE DELLE SCUSE:

L'uomo cerca di minimizzare il suo comportamento, chiede perdono ed offre false promesse, come quella di farsi aiutare da un professionista. Spesso utilizza gesti eclatanti per scusarsi e corteggia la compagna come nei primi giorni della relazione.

4. FASE DI RICONCILIAZIONE O DELLA LUNA DI MIELE:

L'uomo è estremamente premuroso, molto attento e si mostra innamorato. È una manipolazione in cui la donna crede di avere potere nella relazione e spera che l'uomo stia cambiando. Questa fase solitamente funziona come un rinforzo positivo per la donna, che continua a credere che il suo amore potrà cambiare il partner violento, inducendola a non chiudere la relazione.

Come motivazione alla violenza, il maltrattante utilizza cause esterne a lui: lavoro, situazione economica, figli ecc... Ad ogni nuovo ciclo la fase di costruzione della violenza è sempre più breve e la fase di attacco diventa sempre più brutale, diminuendo le fasi di riconciliazione.

Spesso le tappe di questa violenza sono impercettibili e non permettono alla donna di sottrarsi al maltrattamento. Uscire dalla spirale della violenza è un processo lento e faticoso, e il danno provocato resta in ogni caso duraturo.

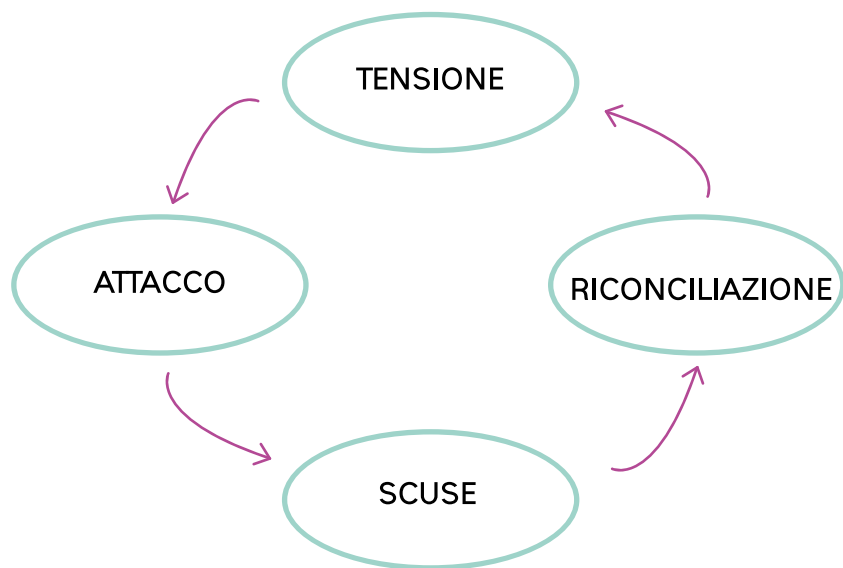


FIGURA 1

Subire violenze, essere insultata, umiliata, controllata, terrorizzata e minacciata, stuprata, presa a schiaffi, a pugni, a calci, sbattuta contro un muro o contro un vetro, strangolata non può infatti che lasciare effetti, anche a lungo termine.

Eppure, ancora oggi, a livello di politiche sociali di prevenzione, cura e sostegno, il percorso intrapreso è ancora frammentato e tutto ciò contribuisce a mantenere alti i danni economici e sociali della violenza. Basti pensare al fatto che la violenza in Italia costa ogni anno circa 26 miliardi di euro fra costi sanitari, costi psicologici, costi per farmaci, costi per l'ordine pubblico e costi giudiziari.³

³ www.intervita.it

LA VIOLENZA DI GENERE: RIFERIMENTI NORMATIVI E DATI REGIONALI

M.E. Munari

Le Nazioni Unite hanno definito la violenza maschile contro le donne come: “qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporta, o è probabile che comporti una sofferenza fisica, sessuale o psicologica o una qualsiasi forma di sofferenza alla donna, comprese le minacce di tali violenze, forme di coercizione o forme arbitrarie di privazione della libertà personale, sia che si verifichino nel contesto della vita privata che di quella pubblica.”⁴

In Italia, a livello normativo, la tutela delle donne è stata frutto di un lungo processo. Accanto alle riforme del diritto di famiglia che sono state realizzate negli ultimi quarant'anni, il legislatore ha provveduto anche a dare risposta al fenomeno della violenza contro le donne, rivedendo o ampliando alcune norme già esistenti a seconda della consapevolezza e della sensibilità a tale problematica e ai suoi effetti (es. femminicidio).

La violenza domestica trova pieno riconoscimento nell'art.3 del d.l. n. 93 del 2013, confermato poi dalla Legge di conversione n.119 del 15 ottobre 2013, con la seguente definizione: “uno o più atti, gravi ovvero non episodici, di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra persone legate, attualmente o in passato, da un vincolo di matrimonio o da una relazione affettiva, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima”.

La norma sopra citata si ispira alla definizione contenuta nella Convenzione di Istanbul⁵, con due sole differenze: deve trattarsi di fatti gravi ovvero non episodici e il

riferimento al “partner” (termine originario presente nella Convenzione) viene sostituito con quello a “persone legate da relazioni affettive”.

IL QUADRO NORMATIVO ATTUALMENTE VIGENTE, QUINDI, PUÒ ESSERE COSÌ RIASSUNTO:

- *Convenzione di Istanbul: Convenzione del Consiglio di Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (internazionale)*⁶.
- *Legge Regionale 23 aprile 2013, n. 5 “Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne.”*⁷
- *L. 15 ottobre 2013 n. 119 “Conversione in Legge con modificazioni, del D.L. 14 agosto 2013 n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della VDG nonché in tema di protezione civile e commissariamento delle Province” (nazionale)*⁸.

⁴ Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite, Vienna, 1993

⁵ È una convenzione del Consiglio d'Europa contro la violenza sulle donne e la violenza domestica, approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed aperta alla firma l'11 maggio 2011 a Istanbul (Turchia). Il trattato si propone di prevenire la violenza, favorire la protezione delle vittime ed

impedire l'impunità dei colpevoli. È stato firmato da 32 paesi.

⁶ <http://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>

⁷ <http://www.regione.veneto.it/web/relazioni-internazionali/normativa6>

⁸ <http://www.pariopportunita.gov.it/contro-la-violenza-sessuale-e-di-genero/normativa/>

I DATI A LIVELLO REGIONALE: REPORT ANNUALE SU STRUTTURE CENSITE E SERVIZI EROGATI

I dati e grafici a seguire si riferiscono all'ultima rilevazione disponibile terminata a febbraio 2018 sull'andamento dell'anno 2017 (DGR n. 1503 del 16/10/2018) – *Report anno 2018*. Le strutture di sostegno alle donne vittime di violenza sono quaranta in tutta la regione Veneto:

- 21 centri antiviolenza;
- 19 case rifugio (10 di tipo A e 9 di tipo B)⁹

L'elenco delle strutture approvate dalla Giunta regionale è pubblicato sul sito web istituzionale della Regione del Veneto¹⁰.

Per ogni struttura vengono riportati i riferimenti dell'ente promotore e gestore, i contatti telefonici e email. Per i centri antiviolenza sono fornite anche le informazioni sull'apertura dei centri e degli sportelli periferici ad essi collegati.

Inoltre, con i finanziamenti statali (DPCM del 25 novembre 2016), è stato possibile attivare 3 nuove strutture: il "Centro Antiviolenza Legnago Donna" in provincia di Verona, la "Casa Rifugio - Area Est" in provincia di Verona e la "Casa Rifugio Treviso" in provincia di Treviso. Queste strutture verranno inserite negli elenchi regionali, completata la rilevazione anno 2018 che si conclude a febbraio 2019.

Le donne prese in carico nell'anno 2017 sono state in Veneto 3.107 (2.711 nel 2016). Nel grafico seguente è specificata la suddivisione per ambito provinciale.

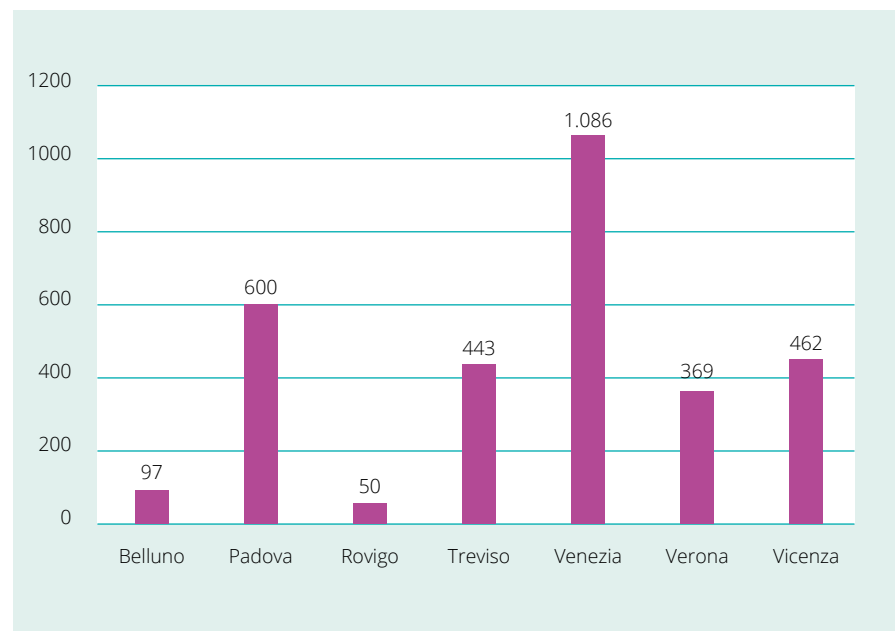


GRAFICO I

Una donna ogni circa 800 residenti in Veneto risulta presa in carico dalle strutture per l'avvio di un percorso di uscita dalla violenza. Caratteristiche socio-demografiche delle donne prese in carico nel 2017: Fasce di età: 41-50 la più numerosa (vedi figura II)

⁹ La tipologia di Casa Rifugio A e B è di recente introduzione con l'approvazione della LR 21 giugno 2018, n. 22 "Modifiche alla Legge Regionale 23 aprile 2013, n. 5 - Interventi per prevenire e contrastare la violenza contro le donne"

¹⁰ <http://www.regione.veneto.it/web/relazioni-internazionali/rilevazione-delle-strutture-regionali>.

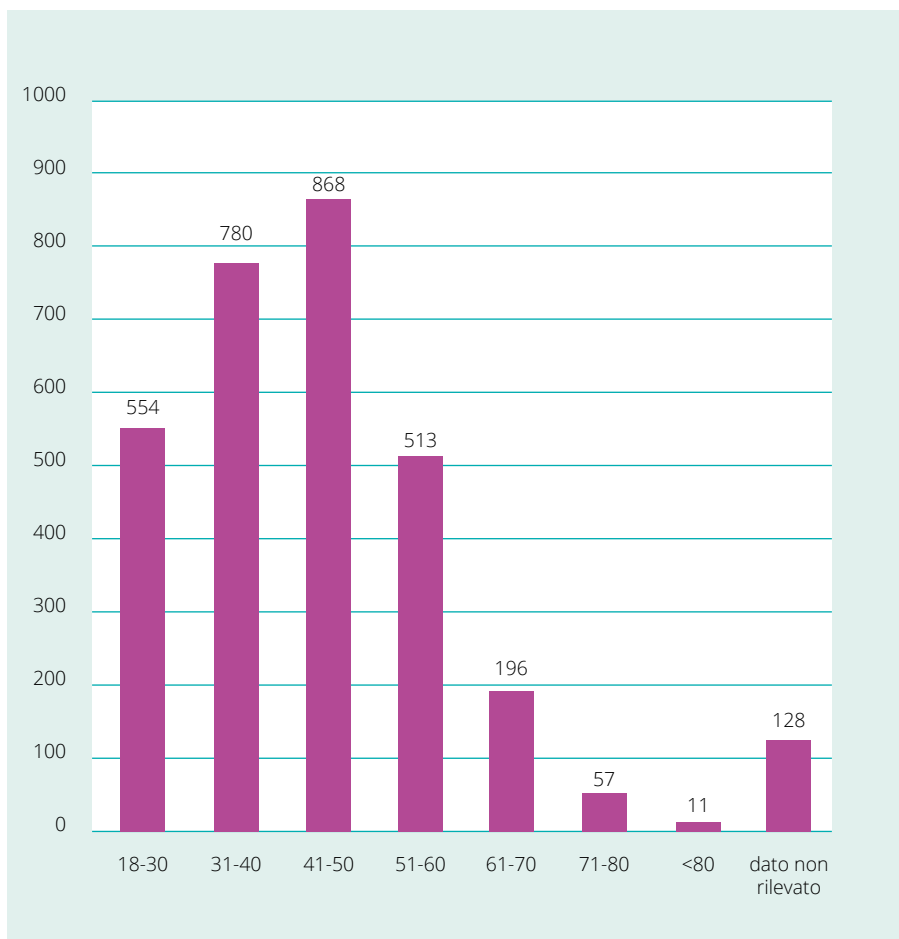


GRAFICO II

Nazionalità: sono in prevalenza le donne italiane (69%) che si rivolgono ai centri anti violenza;
Stato civile: la maggioranza (56% dei casi) è di donne unite/coniugate;
Grado di istruzione: il 58% possiede un grado di istruzione medio-alta (istruzione superiore e universitaria, vedi figura III)

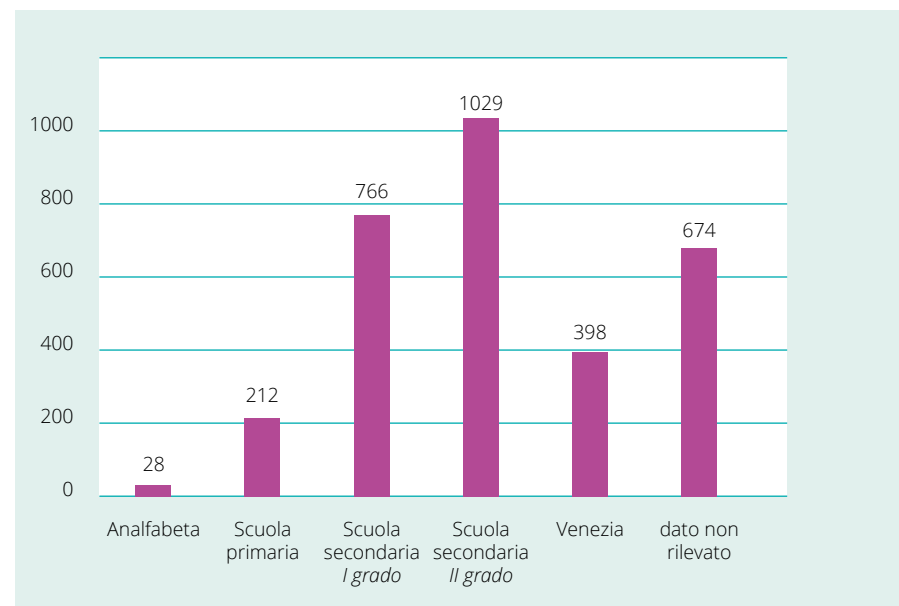


GRAFICO III

- sono prevalenti le donne occupate (51%);
 - la maggior parte delle donne prese in carico ha figli (67%) e complessivamente sono 1.110 i minori che hanno assistito alla violenza.

ANALISI SUGLI EPISODI DI VIOLENZA:

- La violenza “non fisica” (psicologica, stalking, economica) risulta sempre presente con 3.545 casi dichiarati rispetto alla violenza “fisica” (fisica, sessuale) con 2.014 casi (selezione multipla);
- Confrontando il dato sulla violenza fisica con il dato degli accessi ai PS, emerge che solo una volta su tre le donne si sono rivolte al servizio di emergenza sanitaria (701 accessi su 2.014 violenze subite);
- Tra le 3.107 donne prese in carico dai centri anti violenza solo 797 hanno denunciato l'episodio.

AUTORI DELLA VIOLENZA:

- Il numero maggiore di episodi di violenza (54% dei casi) vede come autori coniugi, partner o conviventi;
- Il 23% circa sono episodi di violenza all'interno di relazioni concluse;
- Sommando le due casistiche, l'80% dei casi di violenza riguarda l'ambito delle “relazioni affettive”.

RAPPORTO TRA VITTIMA E L'AUTORE DALLA VIOLENZA	N.
Coniuge/partner convivente	1.637
Ex coniuge/ex partner convivente	711
Persona non parente ma conosciuta	220
Parente convivente	252
Parente non convivente	76
Persona sconosciuta	142

TABELLA I

RETE DEI SERVIZI:

- Gli invii dai servizi territoriali (Servizio Sociale, Medico di base, Forze dell'Ordine, PS) sono 786, pari al 25% dei casi. Si può affermare che una donna su quattro è giunta al Ce.A.V. grazie alla rete tra i servizi;
- La collaborazione che i Centri anti violenza hanno con i servizi territoriali per la gestione delle donne prese in carico è in crescita rispetto al 2016: infatti su 3.107 casi seguiti, 1.932 donne sono state inviate ai servizi del territorio (circa il 62% dei casi, nel 2016 era il 50%).

La L.R. 23 aprile 2013, n. 5 “Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne” promuove interventi a favore delle donne vittime di violenza in collaborazione con Enti pubblici e privati che abbiano tra i loro scopi prioritari la lotta e la prevenzione alla violenza contro le donne e i minori.

All'articolo 7 la Legge prevede che, in un'ottica di governance regionale, le strutture di accoglienza per le donne vittime di violenza – distinte a seguito della modifica introdotta con L.R. n. 22 del 21 giugno 2018 in “Centri anti violenza” e “Case rifugio di tipo A e B” - comunichino annualmente alla Giunta regionale la loro articolazione organizzativa. Con provvedimento della Giunta Regionale n. 1254 del luglio 2013 è stata approvata la procedura per la rilevazione delle strutture esistenti nel territorio, le schede di rilevazione e la tempistica per gli aggiornamenti annuali.

Ogni anno viene effettuata la rilevazione attraverso la compilazione da parte delle strutture di una scheda, annualmente aggiornata, riguardante le caratteristiche organizzative delle stesse e i dati rispetto alle donne prese in carico dalle strutture e i servizi a loro erogati.

Si segnala, inoltre, che nel 2018 ha preso avvio una rilevazione su base nazionale coordinata dall'ISTAT sulle strutture regionali di accoglienza. L'indagine ISTAT, in fase sperimentale per l'anno 2018, riguarderà anche i dati della singola “donna presa in carico” e una volta a regime sarà un utile strumento per conoscere in maniera più puntuale la rete regionale delle strutture, sul loro lavoro e sulle donne seguite dalle strutture.

LE CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA DI GENERE SULLA SALUTE PSICO-FISICA DELLA DONNA

F. Menon, M. Tono, L. Zanovello

A livello mondiale, si stima che la VDG sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di *cattiva salute* più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme (OMS, 2013).

Le conseguenze dirette immediate: lesioni spesso rivolte a parti del corpo deputate alla comunicazione (volto e collo nel 40% dei casi) e alla difesa (mani e polsi), fratture, ferite, ustioni, gravi traumi, stato di shock, morte.

Le conseguenze indirette: malattie cardiovascolari, ipertensione; disordini gastrointestinali, cefalea, dolori cronici. Un'altra componente importante degli effetti della violenza sono i comportamenti a rischio: rifiuto per il cibo, il consumo inappropriato di farmaci, abuso di alcool, abuso di droghe.

Dalla ricerca Istat del 2006 è emerso infatti che:

- Il 37,4% delle donne soffre rispettivamente di disturbi del sonno o alimentazione, ansie, fobie e attacchi di panico;
- Il 34,9% dichiara di soffrire di depressione;
- Il 24,3% ha problemi di concentrazione;
- Il 12,3% confida di avere idee di suicidio o autolesionismo.

Nel concreto gli effetti della violenza si suddividono su 3 piani:

1. PIANO PSICOLOGICO:

- Perdita di autostima;
- Ansia e paura per la propria situazione e per quella dei propri figli;
- Autocolpevolizzazione e profondo senso di impotenza;
- Dissociazione;
- Disturbo post-traumatico da stress.

2. PIANO FISICO:

- Traumi dagli esiti reversibili;
- Ulcere gastriche;
- Eemicranie;
- Disturbi del sonno;
- Danni permanenti alle articolazioni;
- Cicatrici;
- Perdita parziale dell'udito e/o della vista;
- Dolori addominali;
- Ipertensione.

Rientrano in questo contesto anche quelli che sono spesso classificati come **"disturbi funzionali"**: una serie di indisposizioni che spesso non presentano cause mediche individuabili (sindrome dell'intestino irritabile, disturbi dispeptici, fibromialgie, sindrome del dolore cronico, cardiopalmo, ecc.)

Tutte queste condizioni si traducono in numerosi accessi alle strutture sanitarie per motivi apparentemente diversi dalla "violenza", secondo la comune accezione del termine.

Anche la vita riproduttiva e sessuale della donna può risentirne con:

- Difficoltà a gestire contraccezione e scelte riproduttive;
- Maggiore incidenza di gravidanze non volute o aborti;
- Maggiori rischi di patologie in gravidanza e neonati sottopeso (Coker, 2007);
- Incremento di malattie sessualmente trasmissibili;
- Complicanze urogenitali;
- Sanguinamenti e infezioni vaginali;
- Dispareunia;
- Malattia infiammatoria cronica della pelvi.

3. PIANO MATERIALE E RELAZIONALE:

- Ridotta autonomia soggettiva;
- Limitazioni della capacità decisionale sulla propria vita sessuale e riproduttiva, sull'accesso al SSN e quindi alle cure mediche;
- Varie forme di isolamento sociale e familiare;
- Esclusione dal mondo del lavoro

La violenza contro le donne ha conseguenze rilevanti anche sui figli delle vittime: le donne che subiscono violenza hanno il 16% in più di probabilità di partorire figli prematuri o sottopeso e due volte in più possibilità di incorrere in aborti (OMS, 2013).

I bambini che *assistono alla violenza* presentano rischio più elevato per una moltitudine di problemi affettivi e comportamentali fra cui: ansia, depressione, scarsi risultati scolastici, basso livello di autostima, disturbi del sonno e disturbi fisici. Inoltre sono spesso vittime collaterali dei femminicidi (OMS, 2002).

Per tutti questi motivi sono necessari studi più approfonditi sulla trasmissione intergenerazionale della violenza e quindi sull'esposizione di bambini ad un padre violento, sia come potenziali vittime che come potenziali abusanti.

Tutto ciò implica costi sociali ed economici elevati.

I costi diretti sono per: cure mediche, assistenza psicologica, servizi di polizia, sistema giudiziario, accoglienza e ospitalità da parte dei servizi sociali, etc.

I costi indiretti sono quelli che hanno una ricaduta sul sistema sanitario come: aumento degli stati patologici, aumento delle dipendenze, aumento della mortalità.

Inoltre vanno considerati gli effetti di *moltiplicazione economica*, quali la riduzione della partecipazione delle donne al mondo del lavoro, della loro produttività e del loro reddito, insieme agli effetti di *moltiplicazione sociale* come l'impatto intergenerazionale della violenza nei bambini, il peggioramento della qualità della vita e la riduzione della partecipazione delle donne alla vita democratica.

Nella tabella che segue (**TABELLA II**) si possono leggere in modo sintetico gli effetti e le conseguenze della violenza sulla persona che la subisce.

Fonti: ISTAT, 2006; OMS 2002; SVSeD, 2013

PSICOLOGICHE E COMPORTAMENTALI	MORTALI
Abuso di alcol e droghe	Mortalità legata all'AIDS
Depressione e ansia	Mortalità materna
Disturbi dell'alimentazione e del sonno	Omicidio
Sensi di vergogna e di colpa	Suicidio
Fobie e attacchi di panico	
Inattività fisica	
Scarsa autostima	
DSPT	
Disturbi psicosomatici	
Comportamento suicida o autolesionista	
Comportamenti sessuali a rischio	
FISICHE	SESSUALI E RIPRODUTTIVE
Lesioni Addominali	Disturbi ginecologici
Lividi e frustate	Sterilità
Sdr. da dolore cronico	Malattia infiammatoria pelvica
Disabilità	Complicazioni della gravidanza
Fibromialgie	Aborto spontaneo
Fratture	Disfunzioni sessuali
Disturbi gastrointestinali	Malattie a trasmissione sessuale
Sdr. Colon irritabile	Gravidanze indesiderate
Lacerazioni e abrasioni	
Danni oculari	
Funzione fisica ridotta	

TABELLA II

CAPITOLO IV

L'IDENTIFICAZIONE DEI SEGNI E SINTOMI DELLA VIOLENZA

L. Cerantola, L. Longo, C. Morellato, E. Pistollato

Il PS rappresenta una delle istituzioni alle quali afferiscono più frequentemente le donne che subiscono violenza per richiesta esplicita di aiuto per gli atti subiti, ma soprattutto riferendo problematiche di vario tipo che, solo dopo una adeguata valutazione da parte del personale sanitario, possono essere ricondotte ad un vissuto di violenza.

Secondo i dati ISTAT le donne maltrattate costituiscono il 22-35% degli accessi in PS.

Tuttavia:

- Il 69% dei medici di PS ha dichiarato di non aver mai incontrato casi di VDG durante la propria attività professionale (dati SIMEU 2014).

L'OMS raccomanda agli operatori sanitari di:

- Indagare l'eventuale esposizione alla violenza domestica;
- Valutare quelle condizioni che possono essere causate o complicate da tale violenza;
- Migliorare la diagnosi/identificazione e la successiva assistenza alle vittime di fronte a segni e sintomi sospetti" (2013).

È necessario quindi che medici e operatori sanitari, dopo una adeguata e capillare formazione, siano in grado di:

- Individuare i segnali della violenza, in particolare quelli non esplicitamente dichiarati;
- Far emergere anche la violenza sommersa;

Il mancato riconoscimento della violenza può portare alla cronicizzazione del problema con conseguente aumento delle complicanze correlate sia di tipo fisico che psicologico.

I principali indicatori di violenza sono (Tabella III):

- Comportamentali e psicologici;
- Anamnestici;
- Fisici.

INDICATORI COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI	INDICATORI ANAMNESTICI	INDICATORI FISICI
Atteggiamento contraddittorio o evasivo	Ripetuti accessi per infortuni, o infortuni senza una razionale spiegazione	Disturbi legati alla gravidanza: aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/bambino nato morto
Riluttanza a parlare in presenza del partner	Lesioni, fratture, ferite incoerenti con il danno	Disturbi ricorrenti/psicosomatici: cefalea, insonnia, senso di affaticamento, palpitazioni, vertigini, disturbi gastrointestinali
Partner dispotico o iperprotettivo o con atteggiamenti di controllo	Ritardo nel richiedere soccorso	Dolore cronico: lombalgia, artralgia
Atteggiamenti difensivi incongrui	Sentimenti di ansia, depressione, stress, o atteggiamenti estremi (agitazione, pianto) non "coerenti" con quanto dichiarato	Sintomatologia vaga e diffusa con richiesta di visite mediche frequenti
Agitazione, stato d'ansia, paura	Problematiche ostetrico-ginecologiche: ricorrenti infezioni sessualmente trasmesse, gravidanze indesiderate, lesioni/problemi durante la gravidanza, aborti ripetuti	Malnutrizione
Atteggiamento depresso	Tentato suicidio, azioni di autolesionismo	Avvelenamento/intossicazione
Sguardo fisso, apatia, mutismo	Disturbi del comportamento alimentare	Uso abituale di tranquillanti minori o farmaci antidolorifici
Senso di vergogna, di colpa, di imbarazzo	Disturbi del sonno	Ecchimosi, in particolare multistage (diversa fase cromatica)

Comportamento autolesivo/ abuso di alcol-droghe/cutting		Lesioni traumatiche in aree della comunicazione: testa e viso; seno, zone genitali
Intenzioni suicide		Ecchimosi da presa: lato ulnare dell'avambraccio; ecchimosi o escoriazioni da graffio, morsicature
Disforia, umore negativo e altalenante		Zone volutamente nascoste dagli abiti
Cambi di umore repentini che rendono difficile la relazione e entrare in empatia		Fratture ossee, ustioni, bruciature, ferite da arma da taglio
Rabbia, atteggiamento ostile		Lesioni degli organi di senso (es. rottura timpanica da trauma)

TABELLA III

Il tipo di accoglienza riservata alla donna gioca un ruolo fondamentale nel riconoscimento della violenza.

È infatti necessario:

- creare un contesto opposto a quello della violenza, restituendo alla donna la possibilità di acconsentire o meno a ogni fase dell'iter;
- dare informazioni adeguate al contesto e al livello socioculturale della donna, verificandone l'effettiva comprensione;
- invitare la paziente ad esplicitare eventuali domande e dubbi che possono sorgere nelle varie fasi del percorso.

CAPITOLO V

LA COMUNICAZIONE CON LA DONNA CHE HA SUBITO VIOLENZA

L.Baccaro, R.Toffoli, E.Laugelli, M.Stocchiero

Dobbiamo ricordare che ogni processo comunicativo possiede due dimensioni:

- Il contenuto ossia ciò che le parole dicono, le informazioni;
- La relazione ossia quello che i parlanti lasciano intendere, sia a livello verbale che non, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro.

In altre parole la comunicazione avviene:

- Verbalmente attraverso l'uso del linguaggio, sia scritto che orale, seguendo precise regole sintattiche e grammaticali;
- Non verbalmente, senza l'uso delle parole, ma attraverso canali diversificati, quali mimiche facciali, sguardi, gesti, posture e più in generale il proprio corpo.

Una comunicazione facilitante e accogliente prevede un linguaggio:

- Semplice;
- Comprensibile;
- Accessibile, anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale.

Un atteggiamento:

- Empatico;
- Non giudicante;
- Che lascia spazio all'ascolto.

Quando la donna vittima di violenza arriva in PS può:

- Non dichiarare la violenza;
- Non dichiarare la violenza, ma il personale riconosce i segni di un sospetto abuso;
- Dichiarare la violenza.

È importante allora capire:

- Come parlare con la donna;
- Come chiedere rispetto alla violenza che ha subito;
- Come mettere in atto un atteggiamento che tenga conto di questi fattori.

I quattro punti chiave che l'operatore deve sempre tenere in considerazione nella comunicazione con una donna vittima di violenza sono:

- 1. Avere pazienza;**
- 2. Rispettare i tempi, i silenzi, le reticenze, la vergogna, le preoccupazioni e la paura della donna;**
- 3. Non forzare il disvelamento;**
- 4. Riconoscere la fatica che la donna sta facendo.**

ESEMPI DI DOMANDE DIRETTE DA UTILIZZARE CON DONNE CHE NON DICHIARANO LA VIOLENZA

- *“Ho ragione di credere che i sintomi da lei mostrati possano essere stati causati da violenza. Qualcuno le ha mai fatto del male?”*
- *“So per esperienza che le pazienti che presentano questo tipo di lesioni sono state vittime di violenza fisica. È successo anche a lei?”*
- *“È stata umiliata o minacciata dal suo partner/ex-partner o da un familiare adulto?”*
- *“Ha paura del suo partner, ex-partner o di un familiare adulto?”*
- *“È stata forzata ad avere rapporti sessuali?”*
- *“Il suo partner ha mai cercato di limitare la sua libertà o impedirle di fare le cose che per lei sono importanti?”*

Con tutte le donne, che dichiarino o no la violenza, è importante curare la relazione attraverso le **tecniche del colloquio** tipiche della Relazione d' Aiuto che ci possono aiutare ad instaurare un rapporto basato sulla fiducia e a favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva della presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa.

Queste tecniche sono:

RIFORMULAZIONE	Mi sta dicendo che... In altre parole è accaduto che... Lei vuole dire che... Perciò è successo di...
DELUCIDAZIONE	Dal tono della sua voce mi sembra di cogliere... Dal suo sguardo mi sembra di capire che... Il suo silenzio è forse un modo per... Lei vuole dire che...
DOMANDE APERTE	Potrebbe spiegarmi meglio cosa intende per... Potrebbe approfondire... Potrebbe aiutarmi a capire cosa ne pensa...
MESSAGGI IN PRIMA PERSONA	Come esperta ritengo che... Io penso che... Secondo me...

5.2 IL DISAGIO ED IL POTERE DELL'OPERATORE

Esistono una serie di barriere professionali che possono andare ad inficiare un'adeguata assistenza alle vittime di VDG:

Conoscenza insufficiente di cause, conseguenze e dinamiche della VDG; quando gli operatori sanitari non fanno domande o non riconoscono i sintomi della VDG, è possibile che effettuino una diagnosi errata e forniscano ai pazienti cure inappropriate;

Convinzioni individuali e pregiudizi sulla VDG che identificano la violenza di coppia come un affare privato o vedono nella vittima la causa della violenza;

Esperienza personale passata di VDG;

Mancanza di competenze cliniche per trattare la VDG a cui, come conseguenza, si aggiunge il fatto che per non aprire un "vaso di Pandora", gli operatori sanitari possono evitare di fare domande in merito alla VDG. Questo può mettere a rischio la sicurezza, il benessere o la vita della paziente.

Alcuni esempi:

- L'operatore sanitario che assume un atteggiamento negativo nei confronti di una donna che è stata stuprata;
- L'operatore sanitario che discute apertamente delle lesioni, rischiando di essere sentito dal partner violento che attende fuori dall'ambulatorio.

Mancanza d'informazioni relative ai servizi esistenti;

Carenza di adeguati contatti professionali utili per rinviare a consulto le pazienti;

Mancanza di tempo per l'assistenza medica;

Risorse insufficienti per il supporto psicologico.

Una delle preoccupazioni principali degli operatori sanitari è il tempo che possono/devono dedicare alle vittime di violenza. Il tempo che viene dedicato a questa problematica viene spesso percepito come:

- Una "mancanza" nei confronti di altri pazienti;
- Un disagio rispetto alle altre mansioni da svolgere nel proprio turno di lavoro.

Queste sensazioni negative possono essere spiegate da alcuni elementi:

Mancanza di supporti intra-istituzionali, come protocolli standardizzati, moduli o training per il personale che si occupa delle vittime della VDG;

Incertezza in merito agli obblighi di legge, per esempio le norme sulla riservatezza o gli obblighi informativi;

Mancanza di procedure standard, regolamenti e protocolli per assicurarsi che tutti gli operatori rispettino uno standard di assistenza clinico elevato nell'assistenza alle vittime di VDG.

5.3 IL DISAGIO DEL PERSONALE DI FRONTE ALLA VIOLENZA

Il personale sanitario che non pone e non si pone alcuna domanda diretta, contribuisce alla mancata identificazione della genesi dei sintomi o delle lesioni.

Ogni sanitario deve perciò interrogarsi, e trovare soluzione, su alcune motivazioni o "alibi" che talora, o spesso, adduce a sé stesso per non espletare questa parte del proprio lavoro.

Le motivazioni possono essere:

- Paura di aprire un "vaso di Pandora";
- Incapacità nel rapportarsi direttamente con la paziente;
- Timore di essere coinvolto, anche sotto il profilo emotivo, mettendo in gioco i propri sentimenti e perdendo l'obiettività che la situazione richiede;
- Mancanza di tempo (vera o presunta);
- Ignoranza su quale risposta o suggerimento dare, se la/il paziente risponde positivamente;
- Convinzione dell'inutilità di questa parte del proprio lavoro;
- Paura di "offendere" la/il paziente, qualora i propri sospetti non abbiano fondamento;
- Essere accusabile di violazione della "privacy".

Si presenta la Ruota del potere e del controllo¹¹ che ben illustra come i comportamenti agiti dal partner all'interno della famiglia fanno sì che la violenza psicologica ed economica sostenga quella fisica e/o sessuale con l'obiettivo di stabilire e a mantenere il controllo sulla donna e a volte sulle/i figlie/i.

La ruota esplora tutte le tipologie di comportamenti che esercitano potere e controllo che instaurano e mantengono la violenza in famiglia e altresì intrappolando le vittime. La Ruota della parità mostra come siano necessarie alternative nelle relazioni nell'ambito culturale e istituzionale che come operatori si andranno ad instaurare con le donne vittime di violenza.

La ruota della parità rimette la donna al centro della relazione di cura, uscendo dal ruolo passivo di vittima. Necessario che gli operatori conoscano a fondo queste Ruote utili strumenti per non rivittimizzare la donna a loro volta con pratiche comunicative e istituzionali che colludono con i comportamenti della Ruota del potere e del controllo, ovvero del maltrattante.

Le ruote dimostrano quanto siano importanti le parole che si usano nel rispondere alle pazienti dato che possono aiutare la persona ad aprirsi o indicare involontariamente collusione con l'autore delle violenze; quindi, diciamo, ciascuno può essere parte del problema o della soluzione.

¹¹ Ruota del potere e del controllo, elaborata negli USA da un gruppo di donne maltrattate e di operatrici e ricercatrici del progetto "Duluth", Minnesota

RUOTE DEL POTERE E DEL CONTROLLO

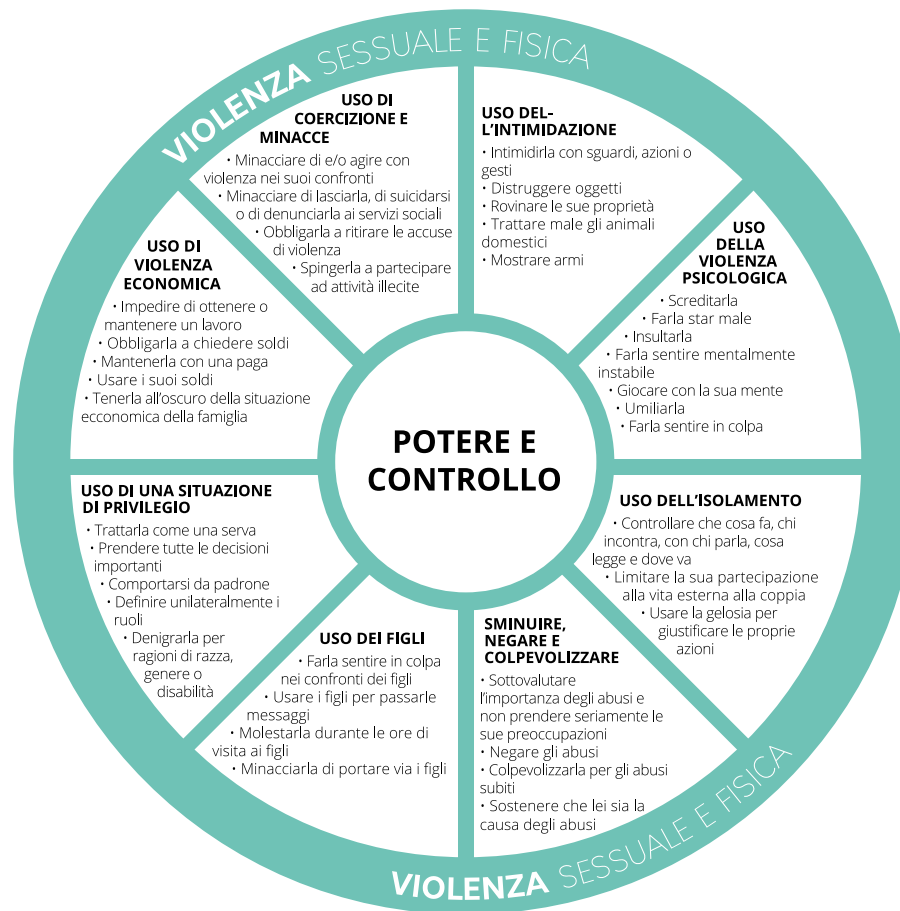


FIGURA II

Fonte: Domestic Abuse Intervention Programs, 202 East Superior Street
Duluth, MN 55802 - www.theduluthmodel.org

5.4 IL POTERE DELL'OPERATORE

Come deve comportarsi l'operatore che ha di fronte una donna vittima di violenza? Nella relazione professionale si dovrà porre attenzione a restituire alla donna la possibilità di scegliere in modo autonomo, diversamente da ciò che accade.

Questo è un aspetto fondamentale in quanto nella relazione violenta la donna non ha alcun potere decisionale. Le donne maltrattate non sono semplicemente delle vittime verso cui adoperarsi per assisterle.

Sono delle donne:

- *Infragilite* dalla relazione violenta;
- Sono delle *sopravvissute*.

Essere bonari e/o intransigenti non aiuta la promozione dell'autonomia e l'autodeterminazione della donna.

Non si deve praticare un'accoglienza basata sul pensiero "è buono per la vittima quello che è buono per me, operatore."

Fondamentale è che l'operatore non si sostituisca alla donna e non decida per lei.

Per fare questo l'operatore deve essere:

- Professionale;
- Consapevole delle proprie modalità di aiuto;
- Consapevole delle proprie istanze interne che vengono mobilitate nella relazione con la donna: IMPOTENZA/ONNIPOTENZA.

L'empatia non deve tramutarsi in un eccessivo coinvolgimento emotivo, quindi, è importante:

- Mantenere una corretta distanza relazionale;
- Interagire in modo efficace.

RUOTA DEL POTERE E DEL CONTROLLO DELLA NON-VIOLENZA



FIGURA III

Fonte: *Domestic Abuse Intervention Programs, 202 East Superior Street Duluth, MN 55802 - www.theduluthmodel.org*

5.5 CHECK LIST PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

La check list che segue ha lo scopo di fornire dei punti chiave da tenere presenti durante il colloquio con la donna che ha subito violenza. Può essere utile seguire una check list al fine di raccogliere informazioni utili che potranno essere inserite nella refertazione.

Stato emotivo:

- È in grado di comprendere cosa le è successo?
- È in grado di comprendere il senso e le conseguenze della visita?

LA PERSONA LAMENTA	COME SI PRESENTA
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> paura <input type="checkbox"/> impotenza <input type="checkbox"/> assenza di reattività emozionale <input type="checkbox"/> sensazione di stordimento <input type="checkbox"/> incapacità a ricordare aspetti impor- <input type="checkbox"/> tanti del trauma <input type="checkbox"/> stato d'ansia <input type="checkbox"/> pianto <input type="checkbox"/> stato di allerta <input type="checkbox"/> senso di colpa <input type="checkbox"/> paure di conseguenze future <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> piange <input type="checkbox"/> agitata <input type="checkbox"/> impaurita <input type="checkbox"/> arrabbiata <input type="checkbox"/> diffidente <input type="checkbox"/> depressa <input type="checkbox"/> non reagisce <input type="checkbox"/> non si ricorda <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

Tipologia di violenza riferita:

- Fisica;
- Sessuale;
- Psicologica;
- Economica;
- Atti persecutori
- Altro (specificare) _____

Chi l'ha agita:

- Coniuge/partner/convivente;
- Ex coniuge/ex partner;
- Parente convivente/parente non convivente;
- Figli;
- Persona non parente ma conosciuta;
- Persona sconosciuta.

È stata inviata/accompagnata da:

- Medico di base;
- Forze dell'ordine;
- Legale;
- Servizio sociale territoriale;
- Centro antiviolenza;
- Familiari;
- In modo autonomo.

Riferisce che è seguita da:

- Consultorio;
- Servizio sociale del comune;
- Psichiatria;
- SERD;
- Altro ...

Presenza di figli

- Minori;
- Non minori

se sono conviventi:

dove sono ora _____

con chi sono ora _____

INDICAZIONI UTILI:

Qualora la persona neghi l'evidente violenza, raccogliere e trascrivere di come la stessa narra l'evento, riportando le parole della persona. (non sarà oggetto quanto sopra di valutazione della veridicità del narrato).

DAL COLLOQUIO RILEVARE INOLTRE I SEGUENTI INDICATORI DI RISCHIO PER L'INCOLUMITÀ:

a. Stato ed escalation della violenza:

- Da quando sono iniziati gli episodi;
- La violenza è in aumento;
- C'è stata minaccia di omicidio verso la donna o altro membro della famiglia;

b. Condizioni situazionali:

- Il/la maltrattante abusa di alcol e/o droghe;
- La donna ha in atto una separazione/divorzio;
- Il maltrattante è a conoscenza che la donna chiede aiuto.

c. Condizioni di fragilità della persona:

- La donna è in stato di gravidanza;
- Ha paura di tornare a casa;
- Presenza di patologie clinicamente accertate;
- Presenza di handicap psico-fisici;
- Persona anziana;

d. Dove andare:

- La donna riferisce di avere un posto sicuro dove andare in caso di emergenza;

Lascia il PS:

- Da sola;
- Accompagnata da _____

Dichiara di:

- Rientrare a casa;
- Di farsi ospitare da _____

e. Orientamento verso altre Istituzioni della Rete Antiviolenza locale:

Specificare il nome del referente contattato

- Polizia (dalle 8 alle 20) – Tel _____
(notturni e festivi Tel. 113)
- Carabinieri (Tel. 112)
- Centro antiviolenza (dalle – alle) Tel _____

CAPITOLO VI

PROCEDURE DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI CASI DI VIOLENZA DI GENERE

L.Cerantola, I.Mezzocolli, E.Ruzzon, E.Pistollato

La predisposizione di una procedura di riferimento per la gestione dei casi di violenza permette di:

- Garantire un'uniformità di approccio;
- Rilevare il fenomeno;
- Dare risposte, immediate o in divenire, significative, concrete e mirate alle richieste di aiuto.

Inoltre l'adozione di procedure validate:

- Tutela la professionalità del sanitario per quanto concerne il proprio ruolo;
- Favorisce un atteggiamento obiettivo, lontano da pregiudizi, disordini emotivi o di non accettazione, che si possono innescare in maniera inconscia.

Il primo passaggio per la costruzione del percorso è di tipo culturale; è necessario rimuovere gli ostacoli culturali ("il non sapere") i meccanismi di difesa (il "non voler vedere") che possono indurre a minimizzare il fenomeno e talvolta a misconoscerlo al di là dei possibili ostacoli organizzativi derivanti dalla limitatezza delle risorse di tempi, spazi e persone.

Il cambiamento culturale apre invece a nuove prospettive e impegna nella ricerca di percorsi sostenibili che migliorino il servizio garantito e tengano allo stesso tempo conto delle risorse disponibili.

Gli operatori sanitari, sono chiamati a intervenire nel problema violenza nelle più svariate fasi del percorso dalla presa di coscienza della situazione di fragilità in cui vive agli aspetti più drammatici di manifestazione della violenza.

Procedure di intervento IN CASO DI CHIAMATA DEL SUEM 118

In aggiunta all'adesione alle procedure generali previste per il riconoscimento e la gestione delle donne che accedono ai Servizi di PS, che svilupperemo di seguito, l'operatore di centrale operativa 118 dovrebbe attenersi alle indicazioni seguenti nelle chiamate connesse ad un abuso domestico o potenzialmente tale:

Comunicare efficacemente, rispettosamente e in modo sicuro con il chiamante; questo potrebbe parlare lentamente o in maniera semplificata a seguito di paura, lesioni, traumi, disabilità, intossicazione o per difficoltà a parlare a causa di uno strangolamento. Per l'eventualità sarebbe desiderabile dotarsi di un interprete linguistico e di strumenti di telecomunicazione per sordomuti.

Ricavare le informazioni in sicurezza, verificando che il chiamante possa parlare liberamente.

- Non tenere il chiamante in linea se chi chiama dice di non sentirsi al sicuro;
- Istruire il chiamante a poggiare giù il telefono tenendo la linea aperta.

Determinare la natura dell'emergenza, stabilendo l'immediato pericolo per le persone sulla scena;

Determinare la natura di ogni lesione e la necessità di immediate cure mediche;

Stabilire se i bambini sono al sicuro o coinvolti nell'evento in qualche modo;

Assegnare un adeguato codice colore;

Indirizzare le forze di polizia e sanitarie al corretto indirizzo, località e parti in scena, valutando il tipo di pericolo per il chiamante, le forze in campo e terze parti coinvolte.

Le chiamate per violenza domestica sono considerate tra le più potenzialmente pericolose. Il principio base resta sempre la sicurezza dell'operatore.

Se la scena non è sicura è necessario:

Allertare prontamente le forze dell'ordine;

Prestare attenzione ai segni di pericolo e allarme;

Guardarsi bene intorno per capire quanto più possibile la dinamica della scena, sia prima di intervenire, sia una volta entrati nel luogo di violenza.

Il personale di soccorso inviato sul territorio dalla centrale operativa ha in primis un fine sanitario, ma è chiamato a lavorare in un'ottica integrata e collaborativa con le altre figure della rete. Per questo è auspicabile un intervento che, per quanto possibile, sia accorto a *preservare e non contaminare* le prove, come in una qualunque scena del crimine.

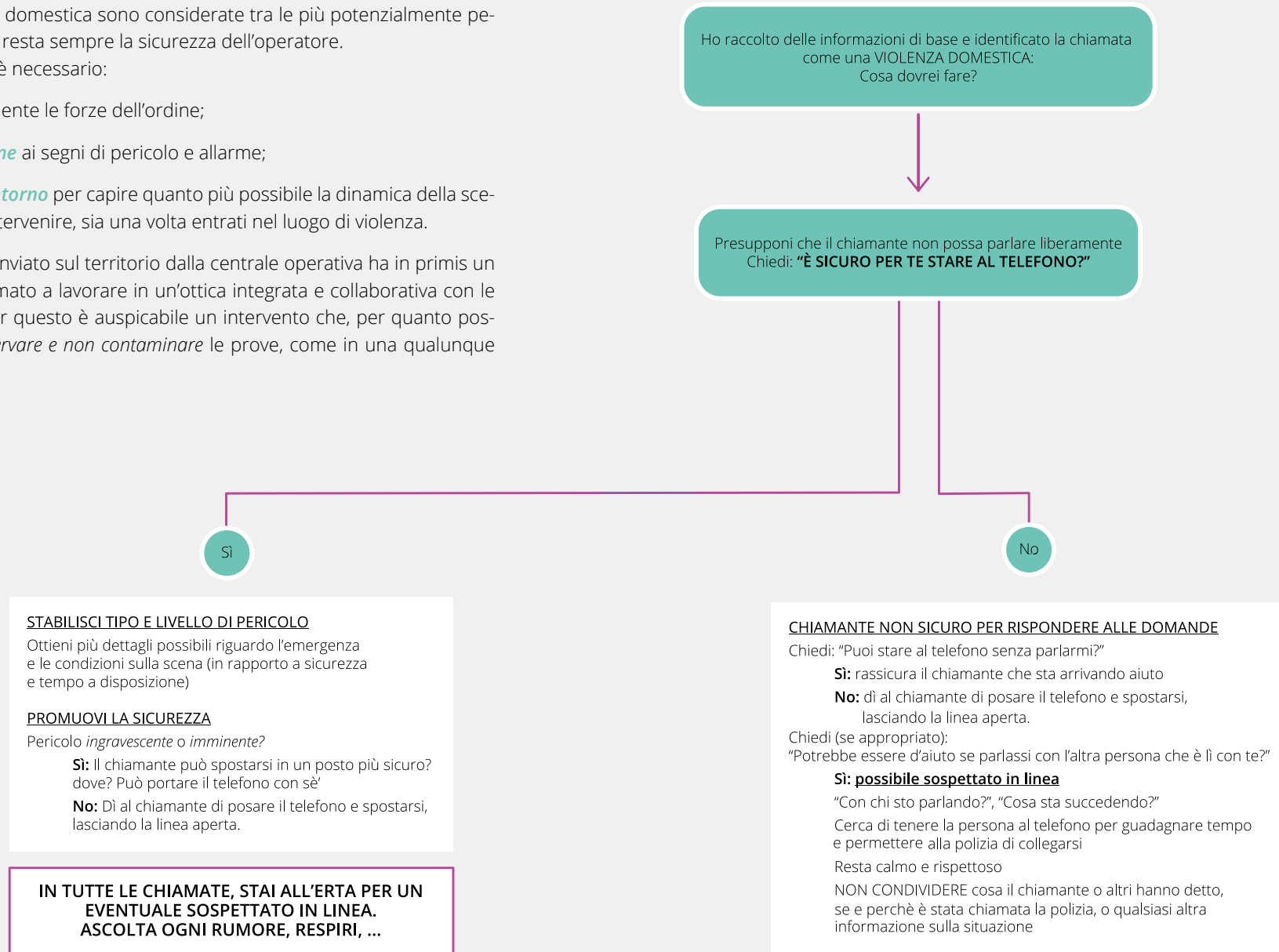


FIGURA IV

PRESTA ATTENZIONE AI SEGNI - CONOSCI I PERICOLI

- Appena ti approcci, guardati intorno
- Osserva quali luci sono accese in casa
- Fermati e ascolta: che rumori senti? Senti urlare?
- Se non sono state allertate le FFOO, CHIAMALE ORA

NON ENTRARE FINCHÈ LA SCENA NON È SICURA

- La sicurezza del personale SUEM prevale sulla necessità di intervenire

UNA VOLTA DENTRO, CONTINUA A FARE ATTENZIONE

- Sii consapevole che il vostro intervento può modificare le dinamiche della scena
- Presta attenzione ai segnali di allarme di un potenziale attacco

PRESERVA TUTTE LE PROVE CHE PUOI

- Comportati come su una qualsiasi scena del crimine

FIGURA V

Procedure di riferimento DI ACCOGLIENZA E AL TRIAGE

In ospedale la donna che accede al Sistema di Emergenza può presentarsi:

- Per scelta autonoma;
- Su invito di altra struttura ospedaliera;
- Su invito del medico di medicina generale o dal medico di continuità assistenziale;
- Accompagnata da 118, SUEM o forze dell'ordine;
- Su invito di servizi territoriali, quali ad esempio i Ce.A.V.);
- Accompagnata da un amico o un parente;
- Accompagnata dall'aggressore stesso.

Qualunque sia la modalità di accesso, la persona che ha subito violenza si avvicina al PS relazionandosi nel primo momento con l'infermiere di Triage, il quale ha il compito di agganciare prontamente il paziente al Sistema di Urgenza/Emergenza, stabilendone il livello di criticità per la vita.

Si possono individuare tre fasi di pertinenza del triagista:

- a) Colloquio di accoglienza;**
- b) Assegnazione del codice colore;**
- c) Gestione dell'attesa.**

a) Il colloquio di Accoglienza

QUESTA FASE È DI FONDAMENTALE IMPORTANZA PER:

- Inquadramento clinico del paziente;
- Riconoscere la violenza sospettata.

Solo un occhio attento e preparato può riuscire in queste attività per cui sono necessari formazione e training per riconoscere la violenza.

SI RACCOMANDA DI:

- Condurre il colloquio in una zona e con atteggiamento riservato, nella migliore delle condizioni consentite dalle risorse e dagli spazi a disposizione;
- Parlare vis-a'-vis con la persona, senza intermediari;

È OPPORTUNO:

- Non giudicare mai la paziente e i motivi delle sue scelte;
- Mantenere un atteggiamento quanto più possibile empatico e di apertura, ma capace di contenere l'emotività.

In questa fase molto rapida ma delicata, si possono creare i presupposti per una relazione di fiducia "sanitario-paziente", essenziali per l'aggancio concreto della persona alla rete di prospettive e di aiuto che sta in qualche modo cercando.

Ciò che i sanitari hanno il compito di trasmettere è che la persona che ha subito violenza si senta davvero nel posto giusto per essere aiutata e protetta.

È AUSPICABILE ORGANIZZARSI CON:

- Locandine appese in maniera pensata in sala d'attesa o nei bagni delle signore;
- Opuscoli informativi "take-home" a disposizione o da consegnare, cosicché la conoscenza dei servizi e dei numeri di riferimento possano favorire l'emergere della violenza anche sommersa o aprire delle possibilità di rifugio in casi di estrema urgenza.

b) Assegnazione del codice di priorità

NELL'OTTICA REGIONALE DI UNIFORMARE LA METODOLOGIA DELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI, IL TRIAGE VA EFFETTUATO SECONDO PRIORITÀ DI RISCHIO PER LA VITA.

- Debbono essere riconosciute primariamente le alterazioni in atto delle funzioni vitali;
- Se escluse le prime, va ben identificato il motivo principale di accesso con i fattori di rischio correlati;
- Se esclusi anche questi ultimi, bisogna valutare lo stato di sofferenza che presenta il paziente.

A PARITÀ DI CODICE, COLORE O NUMERICO CHE SIA, ATTRIBUITO SECONDO LA METODOLOGIA DEL TRIAGE:

- Per casi di violenza riconosciuti è raccomandato un prioritario accesso alla visita medica; (priorità relativa)
- Si consiglia di adottare modifiche informatiche visibili solo agli operatori;
- Selezionare i casi suddetti con un acronimo identificativo specifico, che non alteri il codice di priorità sanitario attribuito, ma che definisca un percorso logistico e di attivazione di risorse specifiche.

Es.1) trauma chiuso al volto in regione zigomatica sx (trauma sportivo accidentale) - codice colore verde —> assegnato all'ambulatorio dell'Area Verde (sofferente ma non emergente).

Es.2) trauma chiuso al volto in regione zigomatica sx (da lesioni) - codice colore verde —> assegnato all'ambulatorio dell'Area Verde (sofferente ma non emergente) + acronimo informatico "VIO" per identificare che si tratta di una violenza.

LA PAZIENTE VA REGISTRATA CON ANAGRAFICA CORRETTA, IN MODO DA:

- Poter risalire allo storico delle cartelle cliniche;
- Poter verificare se vi sono stati accessi in PS reiterati o traumatismi pregressi, suggestivi di un passato di violenza o maltrattamenti.

c) Gestione dell'attesa

IN AGGIUNTA ALLE NORME GENERALI DI TRIAGE, IN MERITO ALLE PERSONE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA, SI RACCOMANDA PARTICOLARE ATTENZIONE:

- Agli accompagnatori;
- Alle richieste di informazioni cliniche, cercate o pretese, rivolte ai sanitari da familiari, amici o presunti tali;
- Al garantire un ambiente sicuro, avvalendosi dell'intervento delle Forze dell'Ordine, qualora necessario;
- A tutelare l'incolumità del personale e/o della vittima stessa.

PER FAVORIRE LA SICUREZZA DELLA PAZIENTE, ATTENERSI ALLE SEGUENTI ISTRUZIONI OPERATIVE:

Accompagnare la paziente in un ambiente protetto dedicato, con la supervisione di un operatore, per evitare interazioni con l'aggressore e essere a disposizione per qualunque dubbio o ripensamento;

Garantire la *privacy* della paziente e rassicurarla in merito all'obbligo di segreto d'ufficio;

Non fornire alcuna informazione clinica a terzi, senza esplicita richiesta della paziente;

Garantire un ambiente sicuro per i pazienti e gli operatori, avvalendosi dell'intervento delle Forze dell'Ordine, qualora necessario;

Rivalutare eventuali evoluzioni cliniche;

Esplicitare in maniera chiara e competente l'iter intrapreso, favorendo una partecipazione attiva per incentivare l'empowerment della paziente e agevolare la solidità del rapporto di fiducia, indispensabile per lo sviluppo della rete di aiuto.

Accompagnare la paziente in ambulatorio al momento della visita medica, in maniera riservata.

È RAGGUARDEVOLE CHE LA TRASMISSIONE DEI DATI CLINICI AVVENGA:

- Tra operatore e operatore;
- Tra operatore e paziente;

nel massimo rispetto della *privacy* e nella tutela del segreto d'ufficio.

AL MOMENTO DELLA VISITA MEDICA:

- L'infermiere è tenuto ad accompagnare personalmente la paziente in ambulatorio;
- La permanenza della donna in un'unica stanza, nella quale effettuare visite e colloqui;
- Che siano i consulenti della rete a recarsi dalla donna e non viceversa, favorendo un unico racconto dei fatti o quantomeno un numero minimo di volte.

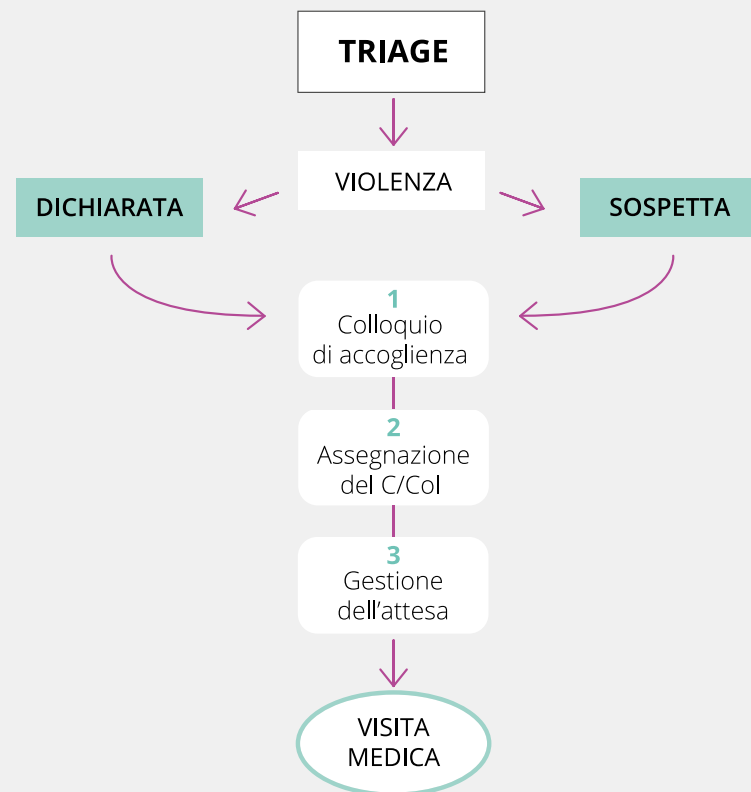


FIGURA VI

FASE DELLA VISITA MEDICA

Il medico, facilitato dal setting ambulatoriale, è la figura professionale che ha la massima possibilità di venire a conoscenza della violenza.

Sono compiti del medico:

Documentare l'evento con una accurata anamnesi che descriva le modalità della violenza, la dinamica ed il rapporto con l'aggressore;

Descrivere accuratamente, diagnosticare e trattare le lesioni fisiche;

Disporre le consulenze specialistiche previste, prediligendo un unico setting per le visite, affinché il racconto dei fatti sia possibilmente unico (evitare la vittimizzazione secondaria o plurime versioni);

Chiedere sempre preventivamente l'autorizzazione (consenso) alla paziente per l'avvio di ogni tipo di intervento, in particolare per l'eventuale raccolta delle prove;

Allertare le forze dell'ordine se vi è un pericolo immediato per l'incolumità della paziente o degli operatori sanitari, e nei casi previsti attivare il medico legale o la polizia scientifica;

Fornire informazioni chiare, corrette e competenti, anche riguardo gli obblighi di legge;

Assolvere agli obblighi di legge (referto/denuncia); (vedi tabella n.7)

Valutare alla dimissione il rischio immediato o potenziale di letalità, individuando la rete familiare, amicale, istituzionale (*utilizzo del brief risk score allegato*);

Sviluppare con la paziente un piano di follow-up e/o affido ai Servizi Sociali;

Riportare appropriati codici di diagnosi ICD-9; (vedi pag. 33)

Chiudere la cartella con adeguato codice colore, ricordando che alcune le prestazioni per violenza sono esenti dal ticket (*secondo Delibera Regione Veneto 1513/2014*).

Nella raccolta anamnesticca, è necessario riportare:

- Le circostanze dell'aggressione con data, ora, luogo e modalità;
- Il numero di aggressori e il grado di parentela con l'autore del fatto;

- Se vi erano testimoni, in particolare minori;
- Se sono state usate droghe o armi proprie o improprie;
- Se il racconto è riportato dalla paziente o da un accompagnatore.

Per quanto riguarda le lesioni fisiche, è importante descrivere:

- Tipologia di lesioni (ustioni, lacerazioni, ferite lacero-contuse, ecchimosi...);
- Sede (arti superiori, arti inferiori, volto...);
- Prognosi (inferiore o uguale a 20 giorni, tra i 21 e i 40 giorni, superiore ai 40 giorni, riservata).

L'accoglienza, la gestione e il trattamento della persona vittima di violenza presuppongono che l'operatore sanitario di PS attui una collaborazione integrata tra colleghi (lavoro di Rete), e attraverso una comunicazione efficace permetta alle pazienti di esplicitare il proprio vissuto.

Il lavoro di Rete rappresenta:

- Un approccio multi-agency che offre al professionista un chiaro senso di responsabilità del proprio ruolo;
- La miglior strategia per aiutare la donna, con l'ascolto e il rispetto, ad essere parte attiva di sé stessa e a maturare il processo di consapevolezza della situazione, ma anche delle sue risorse e della sua indipendenza.

Lavorare in rete risulta essere la strategia più efficace anche per evitare "vittimizzazione secondaria" della paziente, in quanto, ponendo in essere dei piccoli accorgimenti possiamo evitare alla donna ulteriori disagi fra cui il dover ripetere la sua storia dolorosa in più occasioni e doversi spostare in diversi ambienti anche al di fuori del PS riducendo la possibilità di essere adeguatamente protetta.

Questi accorgimenti riguardano principalmente due aspetti:

- La permanenza della donna in un'unica stanza, nella quale saranno i consulenti a recarsi per visitarla o per i colloqui;
- Garantire che la donna debba raccontare la sua storia il numero minimo di volte promuovendo la raccolta delle informazioni possibilmente in una cartella informatica condivisa auspicando così che il racconto possa essere unico e rispettoso della sua privacy.

FIGURA PROFESSIONALE	QUANDO INTERPELLARLE
<i>Ginecologo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di violenza sessuale • Per Mutilazioni genitali femminili • Per IVG o presidi anticoncezionali di emergenza
<i>Infettivologo</i>	Per profilassi delle malattie a trasmissione sessuale
<i>Medico legale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di dubbi sugli obblighi di legge • Consulenze legali
<i>Forze dell'Ordine</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pericolo immediato per l'operatore e/o per la paziente • Per sporgere denuncia
<i>Operatori dei Centri Antiviolenza</i>	<p>PSICOLOGHE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimissioni protette • Presenza di figli minori che hanno assistito/subito violenza • Presa in carico post-ospedaliera <p>AVVOCATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulenza/ tutela legale per la paziente
<i>Servizi Sociali</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dimissioni protette • In presenza di un contesto socio-economico fragile • In presenza di figli minori che hanno assistito/subito violenza • Presenza di dipendenza/e da sostanze
<i>Psicologo Ospedaliero</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo Post-Traumatico da stress • Tono dell'umore instabile • Reazione emotiva/comportamentale incongruente con i fatti accaduti
<i>Pediatra</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di violenza su minori • In caso di violenza assistita

TABELLA IV

ISTRUZIONI OPERATIVE PER OPERATORI SANITARI DA TENERE IN CONSIDERAZIONE DURANTE LA PERMANENZA DELLA DONNA IN PRONTO SOCCORSO

- Allertare le forze dell'ordine se vi è un pericolo immediato per l'incolumità della paziente o degli operatori sanitari, e nei casi previsti il medico lega-le/polizia scientifica per avere informazioni sull'aggressore ed acquisire i maggiori elementi possibili nonché per favorire la dimissione protetta della paziente;
- Fornire informazioni chiare, corrette e competenti, anche riguardo gli obblighi di legge che gli operatori sanitari devono rispettare nel caso in cui venga rilevato un caso di VDG;
- Assolvere agli obblighi di legge (referto/denuncia);
- Valutare il rischio immediato o potenziale di letalità, individuando la rete familiare, amicale, istituzionale;
- Sviluppare con la paziente un piano di follow-up e/o affido ai Servizi Sociali;
- Alla dimissione, riportare appropriati codici di diagnosi ICD-9;
- Alla dimissione, chiudere la cartella con adeguato codice colore, ricordando che le prestazioni per violenza sono esenti dal ticket sanitario in caso di primo accesso avvenuto in tempi recenti (secondo delibera Regione Veneto 1513/2014).

N.B. Secondo la DGR 1513/2014 si può **applicare l'esenzione ticket** a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del codice penale (c.p.): 571 (abuso dei mezzi di correzione e disciplina), **572 (maltrattamenti contro familiari e conviventi)**, 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali), 609-bis (Violenza sessuale), 612-bis (Atti persecutori), **limitatamente al primo accesso avvenuto nell'imminenza dei fatti.**

VADEMECUM/PRO-MEMORIA PER IL MEDICO DI PS (L. ZANOVELLO)

ANAMNESI

- Accoglienza e indicatori di **sospetto** (anamnestici, psicologici, fisici)
- Acquisizione del **consenso informato** e delle prove
- Riportare circostanze con **scena, data, ora, luogo e modalità** riferite o accertate di **aggressione** (quali e quante persone)
- Specificare il **numero di aggressori** e esplicitamente il **grado di parentela** con l'autore del fatto (evitare "persone nota")
- Specificare se vi erano **testimoni**, specialmente **minori**
- Segnalare se sono state usate **droghe** o **armi** (anche improprie)
- Scrivere se il racconto è riferito dalla pz. o da accompagnatore
- Verbalizzare i **sintomi**:
- Fisici: sede del dolore es. collo, torace, pelvi, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo,...
- Psicici, comportamentali es. agitazione, stordimento, dissociazione, paura, ansia, allerta, pianto,...
- Specificare lo **stato in cui si presenta** la pz., senza fare prematuramente diagnosi psichiatriche

ESAME OBIETTIVO

- **Descrivere le lesioni**, in modo completo e accurato (tipo, localizzazione, dimensioni, ampiezza, forma, colore, profondità).
- Se possibile, avvalersi di **documentazione iconografica** (con anagrafica corrispondente e annotazioni su figure anatomiche)
- Informare la pz. **sull'obbligo di denuncia all'A.G.**, secondo casi previsti dalla normativa
- **CATENA DI CUSTODIA DELLE PROVE**, Raccogliere e conservare le prove: far spogliare e raccogliere gli indumenti su un lenzuolo pulito e conservarli asciutti in sacchetti di carta, previo consenso della pz.
- Attivare il supporto del medico legale o della polizia scientifica, qualora necessario.

PROGNOSI

GRAVITÀ	MALATTIA	PROCEDIBILITÀ
Lievissima	< 20 giorni	Querela persona offesa
Lieve	21 < malattia < 40 giorni	Ufficio**
Grave	> 40 gg o aggravanti*	Ufficio**
Gravissima	Certamente o probabilmente insanabile o aggravanti	Ufficio**

CODICI DI DIAGNOSI (PRINCIPALE O SECONDARIA) ICD9-CM:

995.50 abuso/maltrattamento minore
 995.53 abuso sessuale minore
 995.80 abuso/maltrattamento adulto
 995.83 abuso sessuale adulto
 995.51 violenza psicologica su minore.

DIMISSIONE - RISCHIO RECIDIVA

BRIEF RISK ASSESSMENT FOR THE EMERGENCY DEPARTMENT - DA5 (Snider et al. 2009)

1. La frequenza e la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi? SI/NO
2. L'aggressore ha mai utilizzato o l'ha mai minacciata con un'arma o ha mai tentato di strangolarla? SI/NO
3. Pensa che l'aggressore la possa uccidere? SI/NO
4. L'ha mai picchiata durante la gravidanza? SI/NO
5. L'aggressore è violentemente o costantemente geloso di lei? SI/NO

N.B. la risposta affermativa a 3 domande pone la donna ad alto rischio di dimissibilità (sensibilità 83%).

LE PROCEDURE IN CASO DI VIOLENZA SOSPETTA

In caso di sospetta violenza l'operatore deve prestare attenzione a una serie di segni e sintomi che lo possono orientare nell'espletamento delle sue funzioni.

Le motivazioni che possono indurre la donna che ha subito violenza a non dichiarare l'accaduto possono essere:

- Senso di colpa e di vergogna;
- Meccanismi psicologici di negazione dell'accaduto;
- Paura delle conseguenze;
- Timore dei pregiudizi o dei giudizi da parte di chi ascolta;
- Dipendenze (anche economica);
- Sfiducia nelle istituzioni.

Gli indicatori sociali a cui prestare attenzione sono:

- Grave disagio socio-economico;
- Aborto recente o recente nascita di un figlio;
- Separazione;
- Conflittualità (sia fra partner che con i figli);
- Psicopatologie (personali o di un familiare);

Gli indicatori anamnestici e/o comportamentali sono:

- Storia familiare di violenza;
- Precedenti episodi di violenza/ incidenti domestici;
- Reticenza nel rispondere a domande personali;
- Sintomi da stress;
- Atteggiamento inconsueto e/o contraddittorio;
- Euforia fuori luogo;
- Ansia, paura o panico per se stessa e/o per altri componenti della famiglia.

Gli indicatori obiettivi sono:

- Lesioni non coerenti con quanto raccontato;
- Lesioni su molteplici regioni corporee;
- Ecchimosi in diverso stato evolutivo;
- Disturbi recenti dell'udito;
- Segni di morsi o "afferramento";
- Ferite da "caduta", da "urto" o da "taglio";
- Segni di ustione particolari (sigaretta, strumenti domestici, ecc.).

Oltre a porre attenzione agli indicatori sopra elencati è importante che l'operatore crei le condizioni favorevoli per permettere alla donna di aprirsi, fidarsi e raccontare la propria storia.

In questa fase è molto utile porre domande aperte come:

- *Ho notato che ha diversi lividi, potrebbe spiegarmi come si sono prodotti? Glieli ha causati qualcuno?*
- *Mi sembra spaventata, qualcuno le ha fatto del male?*
- *Da professionista questi lividi/ferite mi sembrano procurati da qualcun altro, per caso è stata picchiata?*
- *Il suo partner mi sembra molto ansioso e preoccupato, potrebbe essere che si senta in colpa o responsabile per il suo infortunio?*
- *Mi accennava che il suo compagno è irascibile con i bambini, ha mai perso le staffe anche con lei?*

Domande di questo tipo permettono di creare una connessione con la paziente senza risultare troppo invadenti, dedicando del tempo alla sua storia e prestando ascolto con interesse a quello che sta dicendo.

FLOW CHART RIASSUNTIVE: **VISITA MEDICA**

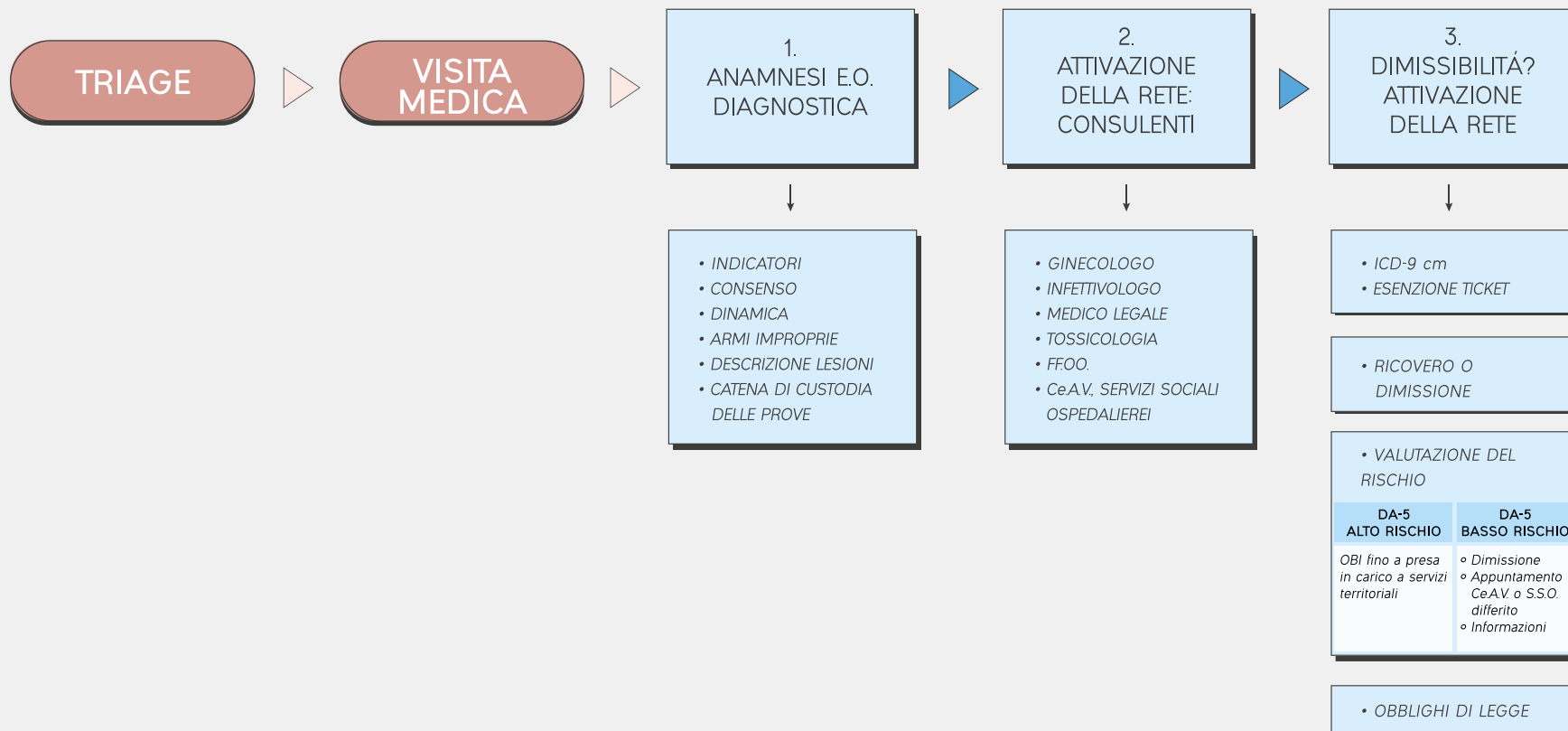


FIGURA VII

FLOW CHART RIASSUNTIVE: **DIMISSIBILITÀ**

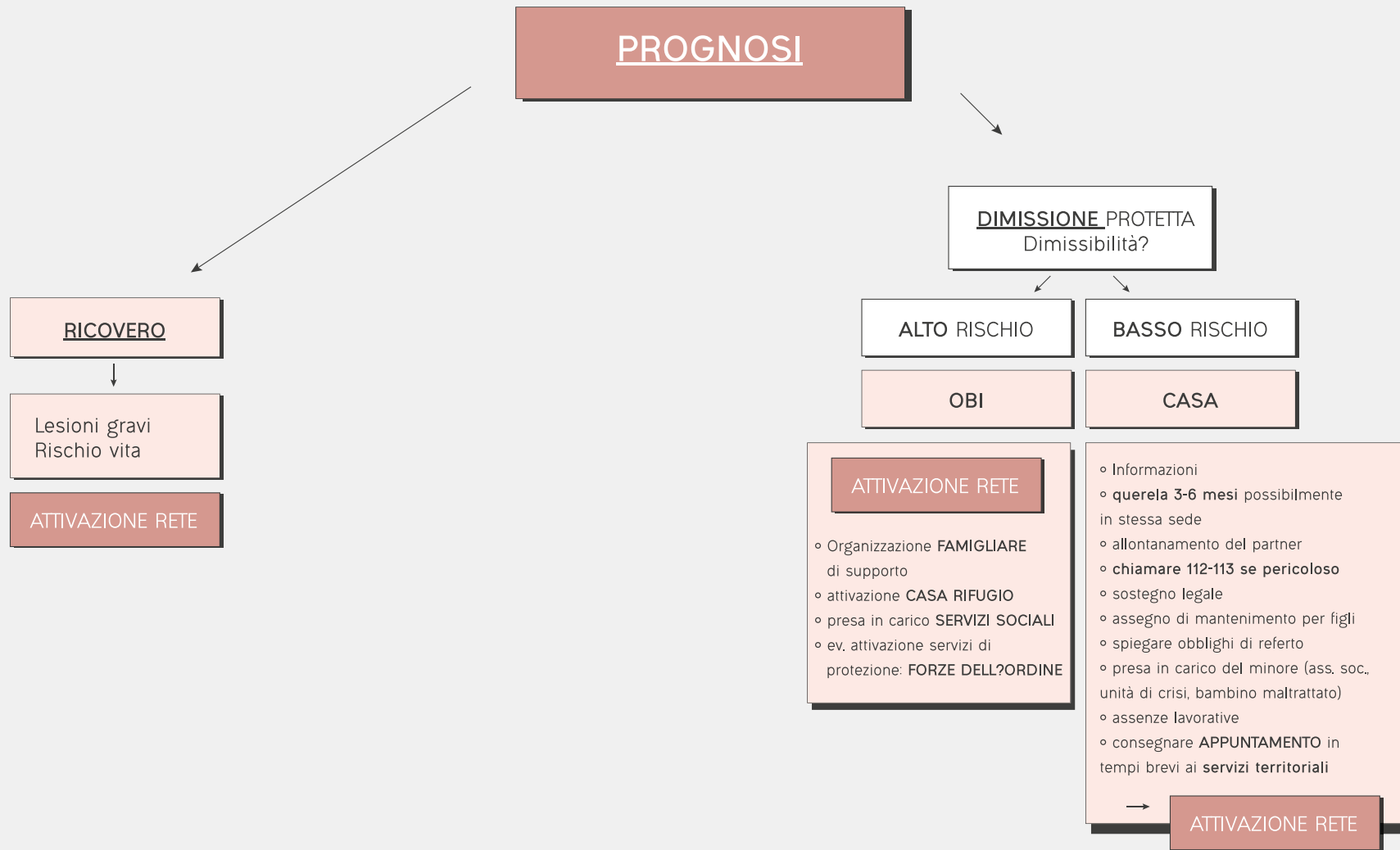


FIGURA VIII

FLOW CHART RIASSUNTIVE: **RUOLO DEL MEDICO**

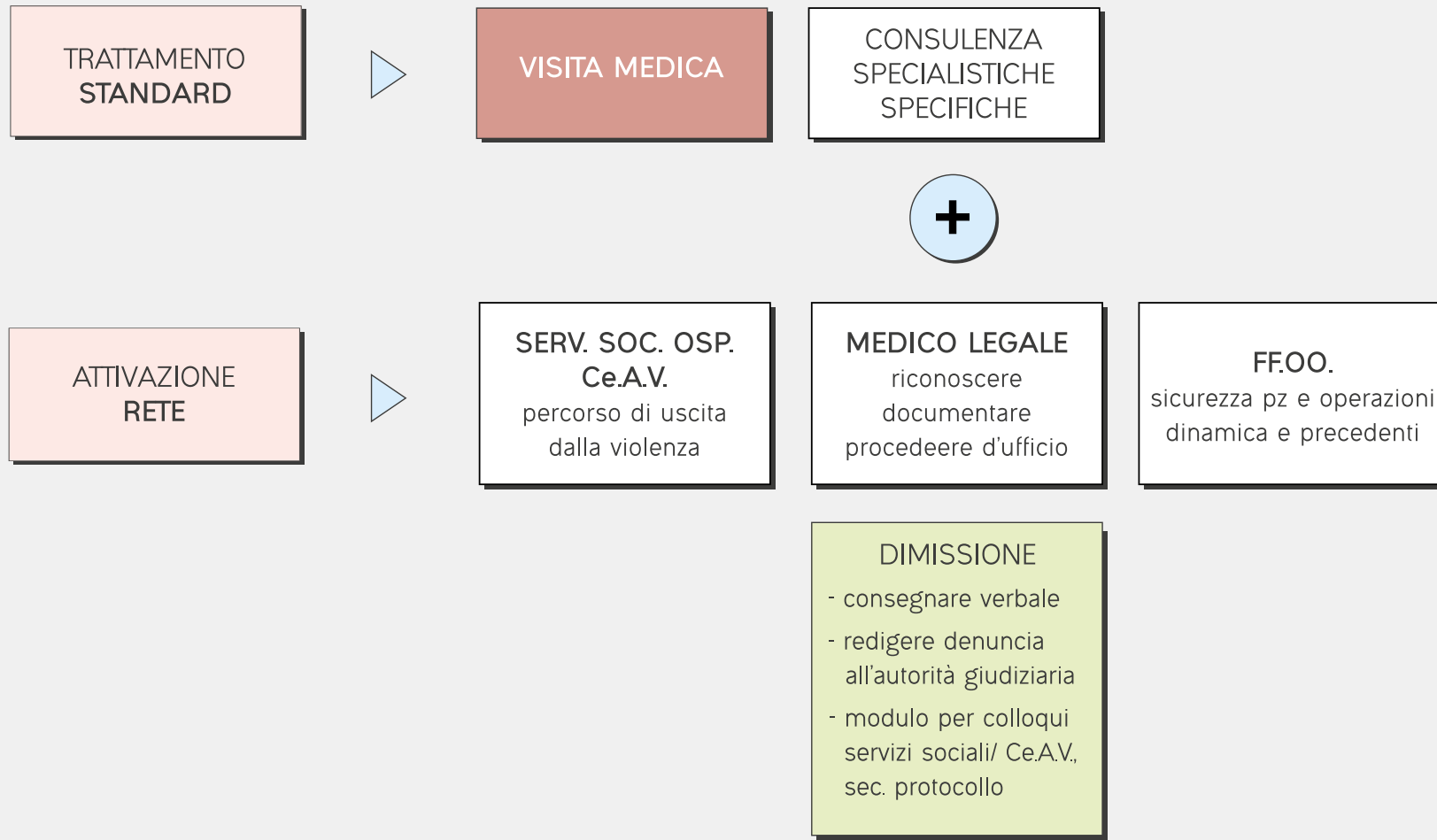


FIGURA IX

CAPITOLO VII

LE PROCEDURE DI RIFERIMENTO NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE

L. Bertazzo, D. Perin, M. Semenzato

Nei casi di violenza sessuale contro le donne è importante definire il corretto percorso diagnostico-terapeutico, sia per fini medico legali, sia per poter fornire alla donna gli strumenti e le informazioni per chiedere sostegno nella rete assistenziale territoriale.

La valutazione specialistica nei casi di violenza sessuale è da intendersi come occasione unica e irripetibile di assistenza sanitaria, raccolta dati e supporto alle necessità psicologiche dell'evento.

Sono compiti dei Sanitari:

Riconoscere i segni di allarme manifesti, dichiarati o non dichiarati, sospetti o dissimulati della violenza sessuale;

Relazionarsi con la donna, instaurando un clima di fiducia e creando un ambiente che la faciliti a riferire le circostanze in cui sono avvenuti i fatti; utilizzare domande aperte e riportare fedelmente "virgolettate" le dichiarazioni della donna;

Essere in grado di valutare la capacità di comprensione della donna;

Attivare il servizio di mediazione culturale in caso di paziente straniera con barriera linguistica;

Evitare di utilizzare come intermediari familiari o conoscenti della donna;

Rassicurare la donna sul rispetto della riservatezza;

Informare e raccogliere il consenso agli atti sanitari e medico-legali;

Raccogliere un'anamnesi dettagliata circa la **modalità** (manipolazioni, penetrazione vaginale/ anale singola o ripetuta, avvenuta eiaculazione, uso di profilattico,...), le **circostanze** (furto, sequestro, presenza di armi, assunzione di sostanze,...), i **tempi** dell'aggressione (quanto tempo è intercorso tra l'aggressione e la visita) e le **azioni**

post-violenza (assunzione di cibo, bevande, vomito, igiene del cavo orale, effettuazione di docce, minzione, defecazione, cambio abiti, etc);

L'anamnesi dovrà essere comprensiva di indicazioni sul grado di parentela e/o caratteristiche fisiche dell'autore (o degli autori) e sull'eventuale presenza di testimoni (specialmente minori); eventualmente considerare la partner notification per tipizzazione del DNA;

Rilevare e descrivere accuratamente lo stato fisico (algie, disturbi funzionali,...) e psichico (reazioni emotive alla visita, paura, sentimenti espressi, sintomi di ansia, pianto,...) della donna;

Indossare i guanti, far spogliare la vittima su un lenzuolo al fine di effettuare una corretta raccolta delle prove. Gli indumenti devono essere posti in sacchetti di carta a loro volta chiusi e contrassegnati secondo le modalità descritte in una specifica istruzione operativa (catena di custodia). Essi saranno consegnati all'A.G. qualora ne faccia richiesta;

Effettuare esame obiettivo generale e visita ginecologica (se possibile integrare con strumentazione, quale speculum, lente di ingrandimento o colposcopio); accertare data di ultima mestruazione, stato gravidico noto, utilizzo di contraccettivi (pillola, IUD), condizione di verginità; ricordare che, in una relazione di violenza, proprio in gravidanza si aggravano ed intensificano gli episodi di violenza iniziati in precedenza, e hanno esordio il 30% dei maltrattamenti da parte del partner;

Riprodurre documentazione iconografica (ove possibile);

Refertare accuratamente le eventuali lesioni (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni, soluzioni di continuo, fratture, sanguinamenti,...) e specificarne la sede (specificatamente per l'apparato genitale: monte di Venere, labbra-clitoride, perineo e ano, ostio vaginale, meato uretrale); **verbalizzare** se ha ricevuto minacce;

Eseguire prelievi per esami batteriologici (tamponi mucosali - cervico - vaginale, rettale, uretrale - per Neisseria Gonorrea, Trichomonas Vaginalis, Chlamydia Trachomatis, Batteriosi Vaginali) o micosi (candidosi);

Eseguire esami ematochimici per infezioni batteriche o virali (VDRL, TPHA, Human Immunodeficiency Virus (HIV), HBsAg, Hepatitis C Virus (HCV), Herpes Simplex, Mononucleosi);

Eseguire esami tossicologici (alcool, droghe, farmaci, GHB,... su richiesta dell'A.G.)

Non sempre si verifica eiaculazione, ma in base alla descrizione degli eventi e se richiesto dall'A.G., eseguire tamponi per tipizzazioni genetiche, nelle seguenti zone:

- vulva
- fornice vaginale posteriore
- canale cervicale (sperma reperibile per 7-10 gg)
- retto (1-3 gg)
- cavo orale (6 ore)
- altre sedi del corpo (su eventuali macchie di sangue, sperma, saliva);

Repertare eventuali capelli, peli e frammenti di pelle tramite scraping sub ungueale. Tutti i tamponi e gli eventuali reperti devono essere correttamente contrassegnati secondo le modalità descritte in una specifica istruzione operativa (catena di custodia).

Nella conservazione dei reperti, **garantire la catena del freddo**: conservare i campioni in freezer ad una temperatura di -20° C. L'accesso al suddetto freezer è garantito solo a personale identificato. Le modalità della eventuale messa a disposizione dei campioni biologici sono stabilite di volta in volta dall'A.G.; **Assicurare** la corretta attribuzione dell'identità al campione;

Eseguire, previa informazione e consenso della vittima, *profilassi antibiotica, antitetanica, antiprotozoaria, anti-HIV* (entro 72ore), vaccinazione anti- Hepatitis B Virus (HBV) e anti- Human Papilloma Virus (HPV);

Somministrare eventuale contraccezione d'emergenza (efficacia maggiore a somministrazione vicina all'atto di violenza, somministrabile entro 5gg);

Fornire alla donna tutte le informazioni relative ai centri antiviolenza presenti sul territorio;

Effettuare una preliminare valutazione della sicurezza della donna in caso di un suo rientro a casa, avvalendosi degli altri consulenti della rete;

Denunciare all'A.G. i casi con caratteri di reato perseguibile d'ufficio;

Le lesioni genitali nella maggior parte dei casi sono lievi, superficiali e extragenitali, meno frequentemente si tratta di lesioni gravi e che interessano l'imene.

Purtroppo non tutte le donne che subiscono violenza sessuale sono in grado di reagire, ma subiscono l'abuso in stato catatonico, rendendo i segni di avvenuta violenza non dimostrabili o molto sfumati.

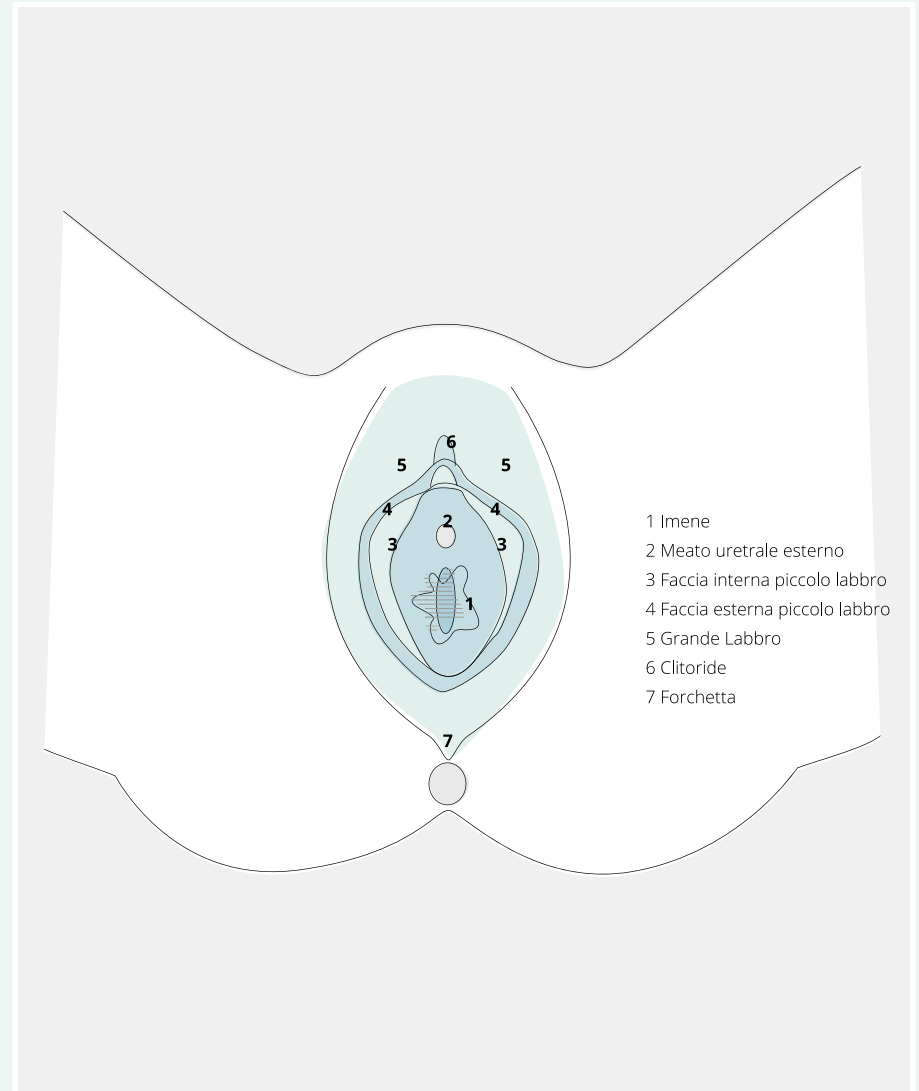
Da parte dell'operatore, una valutazione attenta e accurata globale di tutti gli aspetti con cui la donna si presenta, può fare la differenza anche nella raccolta delle prove e nel conseguente percorso.

ESAME GENITALE

Eseguito mediante occhio nudo colposcopico
 Fotografie: si no
 allegate: si no; motivo _____
 Esame non eseguito; motivo _____

SEGNARE SU DISEGNO	Grandi labbra	Piccole labbra	Clitoride	Meato uretrale	Forchetta
Arrossamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoriazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soluzione di continuo superficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soluzione di continuo profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area ecchimotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descrizione _____



Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) sono pratiche tradizionali non sanitarie, eseguite in vari Paesi soprattutto del mondo africano (98% Egitto, Somalia e Sudan; 90% Sierra Leone, Gibuti, Etiopia; 5% Uganda e Zaire) e medio-orientale (Oman, Sud Yemen, Emirati Arabi Uniti, Indonesia, Malaysia, India, Giava, Sumatra, Belucistan), ma -specialmente in passato - anche in gruppi etnici sud-americani (Messico orientale, Perù, Brasile occidentale) e australiani.

Le MGF violano le principali convenzioni internazionali relative ai diritti umani, ai diritti delle donne e ai diritti del fanciullo (diritto alla salute, diritto a non essere soggetto a pratiche crudeli o degradanti, diritto all'integrità fisica e sessuale, diritto alla riproduzione). In Italia, la L. n.7 promulgata il 9/01/2006 ha lo scopo di tutelare le donne da questa depravazione, lesiva dell'integrità fisica e della dignità della persona.

L'OMS HA CLASSIFICATO LE MGF IN QUATTRO TIPI DIFFERENTI:

- **Tipo I)** rimozione parziale del clitoride (circoncisione)
- **Tipo II)** rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra (escissione)
- **Tipo III)** rimozione del clitoride, delle piccole labbra e restringimento dell'orifizio vaginale mediante accostamento dei lembi e cucitura delle grandi labbra (infibulazione)
- **Tipo IV)** tutte le altre pratiche di danno ai genitali (tagli, incisioni, scorticatura, bruciature, sostanze corrosive,...).

Le origini culturali di queste pratiche sono da ricercarsi più nell'appartenenza etnica (identità di ruolo e di genere) che a una motivazione legata alla religione, in un contesto di ritualità che si trasmette di generazione in generazione.

Le ragioni di queste pratiche sono giustificate come:

- convinzioni socio-culturali (unica via per raggiungere la maturità, quindi il matrimonio e l'economia familiare)
- raramente motivazioni spirituali-religiose (purezza)
- controllo psicologico e sessuale (riduzione del desiderio attraverso l'asportazione del clitoride, per preservare la verginità prematrimoniale e tutelare la comunità da una vita sessuale dissoluta, promuovere la fedeltà coniugale dell'uomo, il quale trae maggior piacere dalla restrizione vaginale anatomica della moglie)

Gli organismi internazionali e gli Stati sono invece concordi nel contrastare le MGF. Oltre alla violazione intrinseca dei diritti, sono pratiche portatrici di gravose complicanze dirette e indirette.

Le complicanze derivanti da queste pratiche, parziali o complete, sono individuate in:

- immediate (urologiche, ginecologiche, infettive, emorragiche,...)
- a medio termine (infezioni uro-vaginali, cisti e ascessi, depressioni reattive e disturbi dell'alimentazione correlati)
- a lungo termine (dolore e problematiche urologiche e ginecologiche, cheloidi, fistolizzazioni, ipersensibilità genitale, infertilità)
- ostetriche (problematiche del parto, soprattutto in fase espulsiva, correlate all'anelasticità dei tessuti, rottura di utero, emorragie e sepsi puerperale)
- psicologiche e sessuali (disfunzioni sessuali per distruzione delle terminazioni nervose vulvari, prolapsi, fistole, infezioni, lacerazioni, senso di umiliazione, problematiche di relazione col partner e coi figli, emarginazione, suicidi,...)

I flussi migratori mettono il mondo occidentale, compresa l'Italia, di fronte a queste problematiche. La formazione del personale sanitario è una delle azioni prioritarie per la tutela della salute delle donne e delle bambine immigrate, allo scopo di prevenzione, assistenza e riabilitazione. La conoscenza di queste pratiche e delle disfunzioni correlate, possono garantire, nelle varie condizioni cliniche un approccio sanitario appropriato

CAPITOLO VIII

IL RISCHIO INFETTIVOLOGICO NELLA VIOLENZA SESSUALE E DI GENERE

A.M. Cattelan, L. Diserò

Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno si calcolano circa 357.4 milioni di nuovi casi delle 4 più comuni sono IST:

- Chlamydia (130.9 milioni);
- Gonorrea (78.3 milioni);
- Sifilide (5.6 milioni);
- Trichomoniasis (142.6 milioni).

L'effetto sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi paesi, soprattutto nell'area africana, è definita da anni ormai una reale emergenza.

I fattori che influenzano maggiormente le IST sono riconducibili a:

- Cambiamento delle abitudini sessuali;
- Inizio precoce dei rapporti sessuali;
- Maggiore promiscuità sessuale;
- Largo uso dei metodi contraccettivi orali;
- Maggiore mobilità della popolazione mondiale:
 - Turismo;
 - Lavoro;
 - Flussi migratori.

Le IST rientrano tra le prime dieci cause di morbidità nei giovani adulti maschi e fra le prime due nelle giovani donne.

La conoscenza di queste malattie e l'informazione/screening della popolazione è di fondamentale importanza perché:

- Spesso le IST mancano di segni e sintomi;
- Le persone ignare di avere una IST non si curano;
- Possono procurare gravi danni a lungo termine;
- Possono essere facilmente trasmesse ad altri.

I sintomi principali nella donna sono:

- Perdite vaginali;
- Disuria;
- Ulcere genitali;
- Dolori addominali.

I sintomi principali nell'uomo sono:

- Disuria;
- Bruciore;
- Perdite uretrali;
- Ulcere genitali.

Non tutte le IST sono guaribili. Fra quelle di origine batterica, trattabili con cura antibiotica troviamo:

- Chlamydia;
- Gonorrea;
- Sifilide;
- Trichomoniasis.

Fra quelle non guaribili ma trattabili con terapie che migliorano la qualità di vita dei pazienti troviamo:

- HIV;
- HPV;
- HSV;
- HBV.

Il mancato riconoscimento della IST può comportare l'insorgenza di sequele e complicanze fra cui troviamo:

- Malattia infiammatoria pelvica;
- Gravidanze extrauterine;
- Infertilità maschile e femminile;
- Infezioni connatali e perinatali;
- Neoplasie ano-genitali;
- AIDS;
- Morte.

8.1 PROBLEMI DI SALUTE CAUSATI DA HPV

La maggior parte delle persone affette da HPV non è consapevole di essere portatore di questo virus. Questo accade in conseguenza del fatto che è un virus che spesso resta silente a lungo tempo non causando alcun sintomo nel portatore.

Non esiste ancora alcuna cura per questo virus, ma vi sono alcuni trattamenti specifici per tutte le possibili problematiche correlate come:

- Verruche genitali;
- Cancro alla cervice;
- Cancro anale;
- Altro cancro HPV correlato.

La trasmissione del virus avviene attraverso:

- Sesso vaginale;
- Sesso anale;
- Sesso orale.

Le prime due restano comunque le più comuni. Le stime in merito all'incidenza dell'HPV sono allarmanti, infatti la maggior parte delle donne e degli uomini sessualmente attivi hanno contratto almeno una volta nella vita una tipologia del virus HPV.

La diagnosi verrà fatta utilizzando diversi esami specifici:

- Esame microscopico del tampone vaginale, uretrale e rettale;
- Indagine molecolare in PCR;
- Esami del sangue e/o sierologia;
- HPV DNA test.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE PRESSO L'AMBULATORIO MALATTIE INFETTIVE

Indicativamente gli step da seguire sono:

1. Accoglienza in ambulatorio dedicato della persona che ha subito violenza;
2. Garanzia della massima privacy;
3. Anamnesi infettivologica;
4. Colloquio mirato all'anamnesi infettivologica (verificare se già vaccinata per HBV e HPV) e possibilità della "partner notification";
5. Proposta terapia antibiotica, vaccinale e antiretrovirale;
6. Consenso ad eseguire esami sierologici, ematologici, vaccinazione HBV, HPV, antitetanica e terapia antiretrovirale post-esposizione.

Gli esami bioumorali vanno effettuati a cadenza di 15-30 giorni per valutare la tossicità della terapia antiretrovirale e comprendono:

- AST;
- ALT;
- Emocromo;
- Creatinina.

Gli esami sierologici:

- HIV (basale, a 30gg, a 3-6 mesi);
- HBV, HCV, Sifilide (basale e controlli a 3-6 mesi).

La profilassi antibiotica consigliata:

- Azitromicina compressa da 1gr in dose unica;
- Ceftriaxone 1g intramuscolo in dose unica;
- Metronidazolo 1 compressa da 2gr dose unica.

La profilassi antiretrovirale consigliata:

- Isentress (Raltegravir) 1 compressa da 600mg.
2 compresse ogni 24 ore
- Emtricitabina + Tenofovir + Disoproxil 200mg/245mg.
1 compressa ogni 24 ore per 30 giorni.

N.B.

È importante ricordare che in Regione Veneto viene utilizzato il codice di esenzione 5E1/5M1 per i test che riguardano le IST.

Il codice esenzione comprende:

- Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV (Ex art. 1 comma 5/4 lett. B del Decreto Legislativo 124/98-prima parte)
- Malattie sessualmente trasmesse.

LE PROCEDURE DI RIFERIMENTO NEI CASI SOSPETTI O DICHIARATI DI VIOLENZA SUI MINORI E LA VIOLENZA ASSISTITA

S.Masiero, M.Rosa-Rizzotto, G.Crema Falceri, F.Martinolli

La violenza subita da un minore, sia essa il risultato di un'azione diretta, sia essa assistita dal minore in veste di spettatore, costituisce una forma di maltrattamento che può provocare un grave danno alla salute fino alla compromissione dell'integrità dello sviluppo psico-fisico.

Le conseguenze possono essere:

Compromissione nello sviluppo dei meccanismi di regolazione emotiva;

Ripercussioni nelle relazioni coi gruppi dei pari, negli inserimenti scolastici, nel funzionamento familiare, nell'inserimento nel mondo lavorativo;

Ritardi nello sviluppo del linguaggio, costruzione narrativa caotica;

Ripercussioni negative su: competenze di lettura, scrittura e comunicazione;

Disturbi da deficit dell'attenzione/iperattività;

Disturbi dell'alimentazione;

Ritardi nello sviluppo psicomotorio Sintomi psicosomatici;

Enuresi – Encopresi;

Autolesionismo;

Depressione;

Abuso di alcool/droghe in adolescenza.

La vittima di violenza assistita nella sua futura relazione di coppia presenta una maggior probabilità di essere a sua volta autore di violenze fisiche e sessuali.

Nel 1999 l'OMS delinea i confini del maltrattamento nei confronti di minori con una definizione illuminata:

«Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere».

Questa definizione poneva l'accento sul danno subito dal minore, indipendentemente dall'intenzionalità dell'azione di chi agiva il maltrattamento.

Da alcuni anni è infatti maturata sempre più la consapevolezza della necessità della valutazione della violenza sui minori:

In termini di "danno alla salute", ponendo l'accento sull'aspetto diagnostico di questa patologia (ascrivibile come diagnosi specifica tra le codificate dall'ICD9-CM);

Al fine di poter quantificare il danno subito, per poi provvedere all'individuazione del percorso terapeutico più appropriato.

Solo negli anni recenti le acquisizioni in materia di neurosviluppo e crescita del bambino hanno messo in luce come il maltrattamento, soprattutto se subito nei primi mesi e anni di vita, alteri in modo profondissimo e, almeno in parte, irreversibile:

I normali meccanismi di sviluppo;

La formazione di un organismo con struttura e funzione "normali".

Le evidenze di queste alterazioni strutturali sono drammatiche al pari di altre gravi patologie dell'età pediatrica. Queste alterazioni sono presenti in tutte le forme di maltrattamento:

Violenza fisica (maltrattamento fisico, Shaken Baby Syndrome);

Emotiva (violenza assistita, abuso psico-emozionale),

Abuso sessuale;

Nella somministrazione od esposizione a droghe o sostanze (Chemical Abuse);

Nella mancanza di stimolazioni ambientali necessarie (Neglect).

Per modificare in positivo la vita futura di questi bambini e del loro essere futuri giovani adulti sono indispensabili:

- *Una diagnosi precoce di maltrattamento;*
- *La valutazione del danno;*
- *L'inizio tempestivo di trattamenti terapeutici specifici.*

L'identificazione del maltrattamento può essere complicata da un setting frenetico come quello del PS ma alcuni elementi ci possono guidare:

TENENDO CONTO DELLE CARATTERISTICHE FISICHE PECULIARI DEL BAMBINO...

Ossa in via di sviluppo

- Fratture rare (segno di dinamica ad alta energia)
- Organi interni meno protetti

Rapida capacità di guarigione

- Scomparsa delle lesioni in breve tempo

Ossa craniche non saldate (<2 anni)

- Sintomi classici di ipertensione intracranica (cronica) tardivi
- Segni di ipertensione intracranica (cronica) sfumati (macrocrania, fontanella anteriore pulsante)

Attenzione alle circonferenze craniche dei lattanti (CC disarmonica con PC e H →Shaken Baby Syndrome in diagnosi differenziale!)

Capacità di deambulazione scarsa nel lattante

Traumatismi accidentali autoindotti di entità rilevante improbabili (<10 mesi)

... L'ANAMNESI «STONA»

- **Racconto** dell'accaduto **vago** e che **cambia** nel tempo
- **Spiegazioni** nettamente **diverse** fornite da differenti testimoni
- **Incoerenza tra la** dinamica riferita e la/le lesioni riscontrate (tipologia/sede/estensione/gravità)
- **Incoerenza tra la** dinamica riferita e il grado di sviluppo psicomotorio del bambino
- **Comportamento del caregiver non coerente** con la preoccupazione clinica del personale sanitario (es: minimizza la gravità del quadro)
- **Ritardo** nel cercare l'aiuto medico

QUINDI, OGNI QUALVOLTA CI SI TROVI DI FRONTE AL SOSPETTO CHE UN MINORE POSSA ESSERE VITTIMA DI MALTRATTAMENTO È NECESSARIO:

- Mantenere un atteggiamento calmo e fermo dando in primis al bambino il messaggio che l'ospedale è un luogo sicuro dove ci si occupa della salute dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie;
- Trasmettere al caregiver il senso di preoccupazione clinica per il bambino;
- Mantenere il regime di ricovero: altissimo è il rischio nel rinviare un minore a domicilio con un sospetto diagnostico di questo tipo;
- Dare sempre informazioni veritiere ai caregiver mantenendosi sul piano della clinica:
 - *“siamo preoccupati”*
 - *“questo quadro clinico va capito bene”*
 - *“non possiamo rimandarvi a casa se non siamo certi di quale sia la diagnosi corretta”*
 - *“ci sono varie diagnosi differenziali che vanno esplorate”*
 - *“se siamo preoccupati noi medici voi genitori lo sarete ancora più di noi”*
- Il minore va quindi trattenuto in osservazione, trasferito presso il Reparto di Pediatria e mantenuto in regime di ricovero fino alla conclusione diagnostica;
- Definita la diagnosi di maltrattamento o in presenza di un grave sospetto clinico in tal senso, è dovere d'ufficio avvertire le AG competenti possibilmente tramite segnalazione scritta:
 - Alla Procura Ordinaria presso il Tribunale Ordinario della Provincia ove sarebbe avvenuto il reato qualora vi sia l'ipotesi di un reato;
 - Alla Procura Minori presso il Tribunale per i Minorenni di Venezia qualora si configuri una problematica di tutela;
 - Ad entrambe nel caso in cui si configurino ambedue le circostanze.

TABELLA V

Per un confronto tecnico, per la condivisione del caso, delle opportunità diagnostiche e terapeutiche, per una richiesta di consulenza a distanza o in loco nonché per eventuali indicazioni in merito ai contenuti da trasmettere alle AG competenti è possibile contattare:

- Il Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato (Unità di Crisi per Bambini e Famiglie), Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera di Padova
Contatti: tel. 049 821 1632 – Cell. 347 4681999;

- Quando: da lunedì a venerdì dalle 9 alle 17.
Il P.S. Pediatrico, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera di Padova:
Contatti: telefono 049 821 3599 – 3515
Quando: H 24

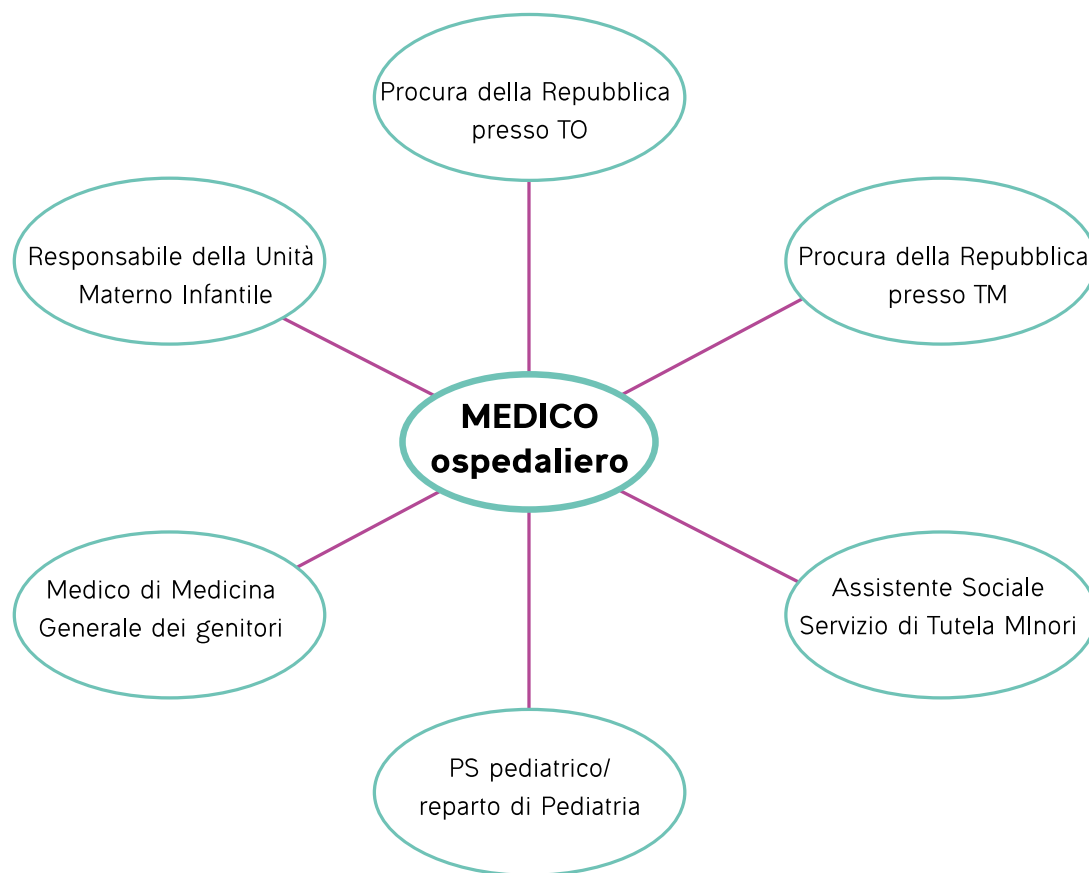


FIGURA X

CAPITOLO X

IL RUOLO DEL CENTRO ANTIVIOLENZA NELLA GESTIONE DELL'URGENZA E NEL PERCORSO DI USCITA

C.Ceccarello, E.Loizzi, P.Marcuzzo, L.Miotto,
C.Stefani, P.Zantedeschi, M.C.Moretti

Il lavoro dei Centri Antiviolenza e della rete dei servizi che operano a prevenzione e contrasto della violenza contro le donne, fa riferimento ai dettami della "Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e della violenza domestica" (Istanbul 2011).

La Convenzione di Istanbul è stata ratificata:

- Dall'Italia con L. n.119, 2013 ("Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere");
- Dalla Regione del Veneto attraverso la L.R. n.5 del 2013 ("Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne") e successive modifiche contenute nella LR 22 del 2018.

Secondo la L.R. del Veneto i Ce.A.V. sono "strutture, pubbliche o private, predisposte per accogliere donne e loro figlie e figli minori che hanno subito o si trovano esposte alla minaccia di ogni forma di violenza di genere, indipendentemente dalla loro nazionalità, etnia, religione, orientamento sessuale, stato civile, credo politico e condizione economica".

La gestione dei Centri è affidata ad *organizzazioni competenti ed esperte nel lavoro con persone* (donne e minori) che subiscano violenza nei loro contesti di vita (intra o extra-familiare).

I Centri garantiscono alle donne:

- servizi di ascolto ed accoglienza;
- anonimato e segretezza;
- spazi dedicati e protetti, al fine di garantire la massima sicurezza delle persone (donne e operatrici) che li frequentano.

La Regione Veneto riconosce tre tipologie di servizi per la messa in sicurezza e la costruzione di percorsi di protezione delle donne che subiscono VDG:

- 1) **Centri antiviolenza:** servizi che forniscono ascolto, accoglienza, valutazione del rischio, supporto psicologico e legale, sviluppo di empowerment.
- 2) **Case Rifugio A:** strutture, pubbliche o private, in grado di offrire accoglienza e protezione alle donne vittime di violenza e loro figlie e figli minori nell'ambito di un programma personalizzato di recupero e di inclusione sociale, che assicura, inoltre, un sostegno per consentire loro di ripristinare la propria autonomia individualità, nel pieno rispetto della riservatezza e dell'anonimato.
- 3) **Case Rifugio B:** struttura di ospitalità temporanea per le donne vittime di violenza e loro figlie e figli minori, che non si trovino in situazione di pericolo immediato a causa della violenza e che necessitino di un periodo limitato di tempo per compiere il percorso di uscita dalla violenza e raggiungere l'autonomia.

Tutti questi servizi sono inclusi nella mappatura del 1522, numero verde di pubblica utilità promosso dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'elenco dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio e gli orari di apertura sono consultabili sul sito della regione veneto.¹²

L'équipe del Ce.A.V. è composta da professioniste donne con formazione specifica sulla gestione di percorsi di uscita dalla VDG, come previsto dalle norme nazionali (Piano Nazionale contro la violenza sulle donne del 2010, 2015 e 2017 e Conferenza Stato-Regioni del 2014) e dalle norme regionali sunnominate.

I profili professionali generalmente presenti all'interno dell'équipe sono i seguenti:

- Assistente sociale;
- Avvocata;
- Educatrice;
- Psicologa;
- Psicoterapeuta;
- Mediatrice linguistica.

¹² http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=290e7b90-ca71-4aff-8c86-ad2e936e-27dc&groupId=51015

I percorsi di uscita dalla violenza con le donne che si rivolgono ai Ce.A.V. non seguono uno schema prestabilito: ogni percorso è personalizzato ovvero costruito CON la donna in base alle sue risorse, bisogni, obiettivi:

- Si offre un ascolto non giudicante;
- Si condanna ogni forma di violenza;
- Si rispettano i tempi e la privacy delle donne.

Nel corso degli incontri:

- Si effettua una valutazione del rischio utilizzando lo strumento S.A.R.A. Pl.US (Spousal Assault Risk Assessment Plury Users);
- Si offrono informazioni, orientamento e sostegno affinché la donna possa consapevolmente scegliere il progetto di protezione e contenimento/uscita dalla violenza più adatto a lei;
- Si propone un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere in un'ottica di empowerment.

I principi alla base della metodologia di lavoro con le donne vittime di violenza sono i seguenti:

- Implementazione di percorsi di accoglienza basati sulla relazione tra donne (équipe composte solo da personale di genere femminile);
- Accoglienza delle donne indipendentemente dalle loro caratteristiche socio anagrafiche, credo ed abitudini, status e condizione giuridico-amministrativa;
- Divieto a seguire tradizioni etniche dannose (es. MGF);
- Utilizzo di spazi dedicati, sicuri e protetti;
- Rispetto della privacy (segretezza e anonimato);
- Lavoro in rete con le Istituzioni territoriali (pubbliche e private);
- Gratuità delle prestazioni erogate;
- Consenso della donna ad intraprendere i percorsi;
- Divieto dell'utilizzo di tecniche afferenti alla mediazione/terapia familiare (inutili e potenzialmente pericolose).

I principali servizi offerti alle donne da tutti i Centri sono:

- L'ascolto telefonico (su numero dedicato);
- I percorsi di accoglienza individualizzata finalizzati all'elaborazione di un piano personale di uscita dalla violenza, alla rilevazione del rischio e alla predisposizione di un piano di sicurezza;
- Il supporto psicologico;
- La consulenza legale.

Alcuni Centri hanno inoltre implementato:

- Gruppi di auto-mutuo aiuto;
- Servizi di accompagnamento al lavoro;
- Interventi di mediazione linguistico-culturale (a favore delle cittadine di origine straniera);
- Attività di supporto ai familiari, ivi compresi i minori vittime di violenza assistita.

La violenza sulle donne è il risultato di una storica asimmetria di potere esercitata nelle relazioni uomo-donna. La Tabella III sintetizza le dinamiche che differenziano le relazioni conflittuali dalle relazioni violente.

CONFLITTO	VIOLENZA
Possibilità e consenso ad affrontare lo scontro da parte di entrambe le persone	Non c'è consenso e una parte è costretta in modo coercitivo ad affrontare la situazione
Accettazione di punti di vista differenti dal proprio	Copioni prestabiliti in cui una parte ha sempre ragione e l'altra torto
Forze simili in campo (simmetriche)	Forze dispari (relazione asimmetrica)
Esiti alterni (ora prevale l'una, ora può prevalere l'altra parte)	Prevale sempre una parte: esito sempre prevedibile
Non c'è sottomissione, umiliazione o annientamento della parte perdente	Chi soccombe riceve un danno all'incolumità fisica/psicologica/ sessuale/economica
Permette la mediazione	Una delle due parti è controllata costantemente dall'altra e la teme

TABELLA VI

È importante sottolineare come sia assolutamente vietato proporre percorsi di mediazione familiare alle donne che hanno subito VDG (come da L77/2013 ratifica della Convenzione di Istanbul, art.48).

Nell'ambito della rete territoriale di protezione delle donne che hanno subito violenza e dei loro figli/e, fondamentale si rivela lo snodo sinergico fra il PS e l'intervento del Ce.A.V. (Figura XI)

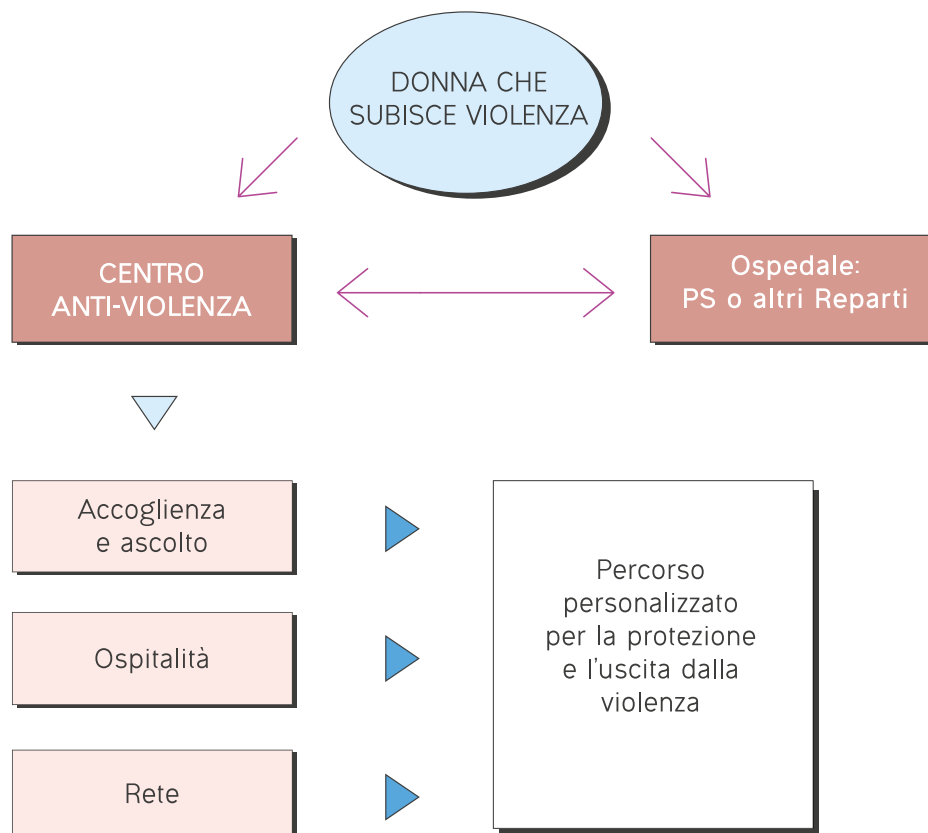


FIGURA XI

La rete territoriale, oltre che dal PS e dai Centri Antiviolenza territoriali, è costituita da vari soggetti pubblici e privati (vedi figura XII)

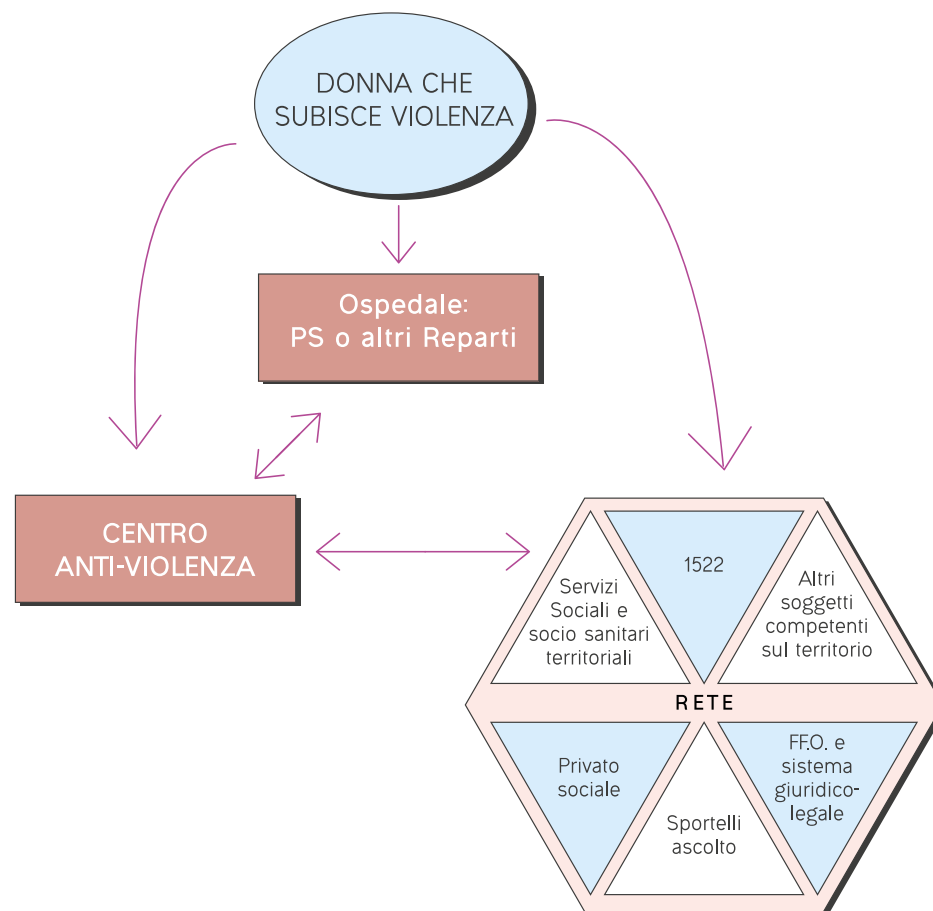


FIGURA XII

Le donne spesso scelgono di chiedere aiuto a soggetti diversi e spesso lo fanno più volte nel corso della loro storia di violenza. È importante che, indipendentemente dal soggetto che raccoglie la richiesta, le risposte siano sempre efficaci e coordinate. In questa prospettiva, il ruolo centrale del Ce.A.V. è fondamentale in quanto garantisce alle donne percorsi personalizzati di protezione, accoglienza e sostegno in rete con tutte le altre agenzie territoriali.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RECIDIVA DELLA VIOLENZA: I CRITERI DI DIMISSIBILITÀ E IL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

L. De Paoli, R.M. Sordi

Il servizio sociale ospedaliero permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell'Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

Gli strumenti utilizzati dall'assistente sociale per inserirsi nello spazio di cura a forte caratterizzazione sanitaria, come quello ospedaliero sono:

- Il rapporto professionale, attraverso il quale riesce a garantire l'unitarietà dell'accesso e un'azione concreta sul problema;
- La conoscenza e la capacità di utilizzare i servizi, prestazioni e risorse che garantiscono trasparenza e fiducia nei rapporti fra cittadino e istituzioni attraverso l'orientamento alla modifica degli aspetti disfunzionali dell'ambiente di vita del paziente.

Per le sue competenze di coordinamento e connessione l'assistente sociale risulta essere un professionista privilegiato nel trattamento delle situazioni di VDG, dove nel progetto di cura sono indispensabili interventi professionali diversi; esso costituisce il punto di congiunzione per linguaggi diversi, orientati ad un fine comune.

Con modello di rete, infatti, l'assistente sociale opera nella prospettiva della valorizzazione delle **risorse**:

- personali
- istituzionali
- comunitarie

mediante interventi svolti a livello di relazioni sociali, funzionali al sostegno dell'autonomia individuale e della solidarietà comunitaria.

All'interno dell'Azienda ospedaliera **la richiesta di attivazione del servizio può arrivare:**

- Dal reparto;
- Dal paziente stesso;
- Da un familiare o care-giver;
- Da altri servizi territoriali;
- Da altri operatori.

Per valutazione del rischio si deve intendere quel processo di identificazione e stima delle probabilità che si verifichi nuovamente un atto violento all'interno di una relazione.

A questo proposito il "Brief Risk Assessment pro Emergency Department" è uno strumento indispensabile per gli operatori sanitari che entrano in contatto con episodi di violenza, per capire il livello di rischio a cui è sottoposta la paziente e calibrare la dimissione protetta più adeguata al singolo caso. Esso va inserito in un colloquio che prevede tutte le fasi descritte nel capitolo precedente.

11.1 BRIEF RISK ASSESSMENT PRO EMERGENCY DEPARTMENT

È uno strumento operativo che si compone di cinque domande specifiche e dirette. Secondo le linee guida ministeriali **tre risposte** affermative ad una qualunque di queste domande stanno ad indicare una condizione di alto rischio:

1. *La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi sei mesi?*
2. *L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma o ha tentato di strangolarla?*
3. *Pensa che l'aggressore possa ucciderla?*
4. *L'ha mai picchiata durante la gravidanza?*
5. *L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?*

La valutazione del rischio comporta necessariamente la conseguente gestione del rischio inteso come processo atto a prevenire la violenza con un lavoro multi-agenzia. Infatti interrompere la violenza non garantisce sempre la sicurezza della donna. L'uscita da questo circuito relazionale è sempre un momento molto delicato per questo la paziente non va mai forzata ad abbandonare il tetto coniugale o a sporgere denuncia se non è garantita la sua messa in sicurezza.

Per definire il livello del rischio e della pericolosità connessa alle situazioni di violenza bisogna seguire gli indicatori che possono caratterizzare i diversi casi:

- Indicatori relativi alla tipologia, caratteristiche e dinamiche della violenza fisica, verbale, psicologica, economica, sessuale e al periodo di insorgenza del maltrattamento;
- Indicatori comportamentali, psicologici, sociali e relativi allo stato di salute psico-fisica della donna;
- Indicatori relativi alla presenza di fattori di rischio nel contesto familiare e sociale (abuso di sostanze, problemi economici, ecc.);
- Indicatori relativi a fattori protettivi individuali, familiari e sociali e alle risorse che possono essere attivate e rafforzate ai fini della protezione della donna e a sostegno del processo ripartivo dei danni prodotti dalla violenza.

È durante i primi colloqui che emerge la struttura della richiesta della donna, la sua percezione del problema e i meccanismi di difesa presenti.

IL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

Le tre azioni, generate dall'esperienza di anni di lavoro, messe in atto all'arrivo di una donna vittima di violenza in PS sono:

- 1) **Ricomporre;**
- 2) **Differenziare;**
- 3) **Restituire e coinvolgere.**

1) Nella prima azione del "ricomporre" l'assunto di base è che la VDG disorienta. Disorienta non solo la donna che arriva in Pronto Soccorso, ma anche gli operatori. Per questo la comprensione del bisogno deve avvenire attraverso un processo di riformulazione che definisca:

- I ruoli di ciascun soggetto coinvolto (donna che arriva in PS, infermiere, medico, assistente sociale, FO e tutti gli altri operatori che intervengono nell'azione di cura, protezione e sostegno);
- Le possibilità di analisi;
- Le azioni che si possono intraprendere.

Per uscire dal disorientamento è utile avvalersi di quella che metaforicamente si potrebbe chiamare "fotografia dell'esperienza". Un quadro completo, cioè, che possa contenere tutti gli elementi utili a definire ciò che è accaduto per poi ipotizzare ciò che accadrà.

2) La seconda azione "differenziare" sta ad indicare che nel ricomporre la "fotografia delle esperienze" non bisogna mai perdere di vista l'assunto che ogni donna è diversa dalle altre, così come le loro vicende di vita. Questo può aiutare l'operatore a differenziare la proposta d'aiuto modellandola quindi sulle necessità della donna. Non sempre c'è bisogno di un intervento immediato. La donna può trovarsi in condizioni di scarsa autoconsapevolezza ed azioni troppo invasive possono attivare l'impulso di fuggire dall'aiuto.

GLI INTERVENTI POSSIBILI DA PARTE DELL'OPERATORE SONO:

1. Comunicare il numero di telefono del Ce.A.V. nel caso in cui la donna non accetti l'idea di una separazione dal compagno e ritenga che l'episodio violento sia da considerarsi un evento occasionale;
2. Telefonare, in presenza della donna, al Ce.A.V. nel momento in cui il bisogno di un accompagnamento emerge dal colloquio, o si percepisce. Solitamente questo avviene in due casi:
 - Violenze reiterate per molto tempo;
 - Consapevolezza, seppur anche minima, della condizione di essere vittima di violenza.
3. Coinvolgimento dei servizi di base. Questo avviene in due casi:
 - Esposizione di figli minori a episodi di violenza;
 - Dipendenza economica importante dal proprio compagno.
4. Casa di fuga. Questa scelta dipende da:
 - Prognosi;
 - Dichiarata volontà della donna di non voler tornare a casa dal compagno;
 - Assenza di reti familiari o amicali in grado di accoglierla e proteggerla;
 - Rischio elevato della donna.

3) Nella terza fase di "restituire e coinvolgere" è importante ricordare che la donna che arriva in PS è in un momento di profonda crisi e che questo inevitabilmente porta la relazione con l'operatore ad essere asimmetrica.

Tuttavia l'operatore non deve diventare un emettitore di prestazioni ma la titolarità del processo d'aiuto deve rimanere di "proprietà" e il più possibile sotto il controllo della donna in modo che possa sentirsi responsabile e protagonista della sua vicenda.

I CRITERI DI DIMISSIBILITÀ

Nella "fotografia dell'esperienza" è necessario approfondire e poi introdurre i temi che riguardano:

- La storia della violenza;
- La storia anagrafica;
- Le reti di riferimento;
- Il racconto del momento acuto della violenza.

La raccolta di questi elementi attraverso il colloquio permette, oltre che costruire un'alleanza operativa con la donna, di individuare quali possono essere i criteri di dimissibilità che devono sempre tenere nel giusto conto:

- **L'ANALISI DEL RISCHIO:** es. Utilizzo del Brief Risk Score
- **LA NATURA DELLA VIOLENZA:** es. L'episodio è avvenuto durante un litigio? Se sì quale era il motivo della discussione?
- **L'IMMINENZA DELLA VIOLENZA:** es. Quanto tempo è passato dall'episodio che sta raccontando? Ve ne sono stati altri in passato?
- **L'INTENSITÀ:** es. Cosa le ha fatto?
- **LA GRAVITÀ:** es. Gli episodi sono aumentati di numero e/o di intensità nel tempo?

L'utilizzo di questi criteri permette di organizzare una dimissione protetta della donna nel modo più aderente possibile alle sue esigenze.

CAPITOLO XII

GLI ASPETTI MEDICO-LEGALI NELLA VIOLENZA DI GENERE: INQUADRAMENTO NORMATIVO, METODOLOGIA DELL'ACCERTAMENTO, OBBLIGHI DI LEGGE

A.Viero, S. Kusstatscher, C. Poti

Ai fini della legge penale i professionisti sanitari possono assumere diverse qualifiche giuridiche, di seguito elencate.

Pubblici Ufficiali. L'assunzione di tale qualifica, ai sensi dell'art. 357 c.p., dipende dalla natura della pubblica funzione in attività ausiliarie a quelle giudiziarie, legislative o di tipo amministrativo che il loro esercizio professionale comporta. In particolare, queste ultime sono configurabili come pubbliche se disciplinate da norme di diritto pubblico o da regolamenti determinati da vincoli gerarchici interni, nonché se espletate, anche temporaneamente, con esercizio di poteri deliberativi idonei a contribuire alla formazione e alla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione, ovvero tramite poteri autoritativi e certificativi. Pertanto, ai sensi del citato articolo, sono Pubblici Ufficiali i medici investiti da pubbliche funzioni amministrative, impiegati dello Stato o che operino nell'ambito e per conto di una struttura pubblica (i. e. medici della Polizia di Stato, della Sanità Militare, del Ministero della Salute, dell'Università, delle U.L.S.S., delle Aziende Ospedaliere).

Incaricati di Pubblico Servizio. Ai sensi dell'art. 358 c.p., coloro i quali a qualunque titolo prestano un pubblico servizio, ovvero un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma priva dei poteri tipici di quest'ultima (i.e. poteri autoritativi e certificativi).

Esercenti un servizio di pubblica necessità. Ai sensi dell'art. 359 c.p., è acquisita da privati che hanno ottenuto dallo Stato una regolare abilitazione all'esercizio professionale.

12.1 REFERTO DI DENUNCIA

Nel novero della propria attività assistenziale, i professionisti sanitari hanno il dovere di collaborare con l'A.G. mediante l'attività di informazione concernente fatti delittuosi dei quali vengono a conoscenza nell'espletamento della professione (i.e. notizia criminis).

Tale dovere è assolto mediante *referto* o *denuncia*, le cui caratteristiche sono riepilogate in *tabella I* e la cui *omissione* o *ritardo* costituisce un *reato* sanzionato rispettivamente dall'art. 365 c.p. per il referto e dagli artt. 361 e 362 c.p. per la denuncia.

Il referto è l'atto scritto con il quale un esercente un servizio di pubblica necessità riferisce all'A.G. di avere *prestato la propria opera o assistenza* nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Per opera si intende l'attività prestata su materiale biologico (e.g. esami ematochimici) mentre per assistenza si intende l'attività clinica (diagnostica e terapeutica) prevista su vivente. Il contenuto del referto, derivato quindi da una prestazione professionale effettuata di persona dal professionista sanitario, si riferisce all'intervento prestato e al soggetto destinatario dell'assistenza.

L'obbligo di referto prevede infine l'esimente speciale dell'esposizione a procedimento penale della persona assistita, in quanto il diritto alla salute del singolo ha valore prioritario rispetto alla formalizzazione della segnalazione all'A.G.

La denuncia è l'atto informativo scritto mediante il quale il Pubblico Ufficiale o l'Incaricato di pubblico servizio denuncia all'A.G. (i.e. Pubblico Ministero o Ufficiali di Polizia Giudiziaria) un reato procedibile d'ufficio di cui ha avuto notizia *nell'esercizio o a causa delle proprie funzioni o del proprio servizio*, anche quando non sia stata individuata la persona alla quale attribuire il reato, al fine di consentire all'A.G. di promuovere l'azione penale. Tale atto, come riportato negli artt. 331 e 332 del Codice di Procedura Penale (c.p.p.), deve contenere:

- *gli elementi essenziali del fatto;*
- *il giorno dell'acquisizione della notizia;*
- *le fonti di prova già note;*
- *le generalità della persona offesa;*
- *quando possibile, anche le generalità (o quanto vale all'identificazione) della persona alla quale il fatto è attribuito e di chi possa essere in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.*

Requisiti formali del referto e della denuncia sono rappresentati dal fatto che l'informazione all'A.G. deve essere effettuata in forma scritta, su carta intestata, devono essere indicati il luogo, il giorno e l'ora della compilazione e deve essere firmata.

	REFERTO	DENUNCIA
RATIO	Informare A.G.	
SOGGETTO OBBLIGATO	Esercenti professione sanitaria	Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio
CIRCOSTANZA	Prestata opera o assistenza	Notizia nell'esercizio o a causa di sue funzioni
REATO	Ipotesi di delitto perseguibile d'ufficio	Reato perseguibile d'ufficio
ESIMENTE SPECIALE	Esposizione persona assistita a procedimento penale	Nessuna
ESIMENTE COMUNE (art. 384 c.p.)	Necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da grave e inevitabile nocumento libertà o onore	
MODALITÀ	- Immediatamente o 48 h - Notizie utili ad A.G.	- Senza ritardo - Indicare ad A.G. elementi prova raccolti

TABELLA VII

12.2 DELITTI PERSEGUIBILI D'UFFICIO

Il c.p.p. distingue tra *delitti perseguibili a querela* e *delitti perseguibili d'ufficio*, ponendo quale principio generale la regola della procedibilità d'ufficio (art. 50 c.p.p., comma 2). **La querela**, prevista dall'art. 336 c.p.p., è l'atto mediante il quale la persona offesa da uno dei delitti per i quali non è disposta la procedibilità d'ufficio manifesta la propria volontà di perseguire penalmente che il fatto di reato di cui la stessa è vittima sia perseguito penalmente.

Nel novero della VDG, si evidenziano, di seguito, i principali *delitti procedibili d'ufficio* che richiedono la segnalazione all'A.G.

- **Delitti contro la famiglia**, tra cui l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina ed i maltrattamenti contro familiari o conviventi.
- **Delitti contro la vita e l'incolumità individuale**, tra cui l'omicidio, le lesioni personali dolose lievi, gravi e gravissime e le pratiche di MGF.
- **Delitti contro la libertà individuale**, tra cui la violenza sessuale, il sequestro di persona, la violenza privata, la minaccia aggravata e lo stato di incapacità procurato mediante violenza.

DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA

Nel novero dei *delitti contro la famiglia* i reati che attengono al campo di osservazione dei professionisti sanitari e che richiedono, oltre ad un'adeguata conoscenza delle possibili realtà nosografiche, anche competenza sulle modalità di segnalazione all'A.G., consistono nell'abuso di mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.) e nei maltrattamenti contro familiari o conviventi (art. 572 c.p.).

In particolare, il delitto di maltrattamenti contro familiari e conviventi, *procedibile d'ufficio*, prevede che sia punito chiunque maltratta:

- una persona della famiglia o comunque convivente;
- una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte.

Tale delitto consiste in gravi azioni od omissioni lesive della libertà e/o dell'integrità psico-fisica della vittima, reiterate nel tempo (i.e. atti numerosi e/o abitudinari), tali da determinare una sofferenza cronica o abituale della vittima.

Per quanto attiene alle manifestazioni somatiche rilevabili in tali casi dai professionisti sanitari, tra esse si evidenziano:

- le lesioni cutanee prodotte in tempi diversi, con mezzi e modalità talvolta diverse tra loro (i.e. ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, lesioni da taglio, da calore, etc.);
- le lesioni scheletriche in diversa sede e/o in diversa fase riparativa;
- le lesioni viscerali interne (i.e. ematomi subdurali, rottura milza, pneumotorace, etc.);
- i traumi oculari ed auricolari (i.e. rottura membrana timpanica, etc.).

In particolare, nel novero delle lesioni da corpo contundente, le ecchimosi, consistenti nella fuoriuscita di sangue dai vasi in corrispondenza dei tessuti a seguito di compressione, trazione o decompressione, sono soggette a viraggio cromatico in funzione del tempo di produzione, come di seguito riepilogato:

COLORE	TEMPO
Rosso scuro	1 giorno
Bluastra	2 - 4 giorni
Verdastra	5 - 6 giorni
Giallastra	10 - 12 giorni

TABELLA VIII

A tal proposito giova evidenziare come il riscontro di lesioni ecchimotiche in diverso stadio di evoluzione possa essere suggestivo del fatto che la vittima abbia subito aggressioni fisiche in tempi diversi e pertanto potrebbe configurarsi il reato di maltrattamenti in famiglia.

Una dettagliata descrizione delle lesioni rilevate sulla vittima, in corso della visita in PS, risulta di fondamentale importanza ed utilità nel successivo iter giudiziario.

DELITTI CONTRO LA VITA E L'INCOLUMITÀ INDIVIDUALE

In merito alla tutela dell'integrità psico-fisica della persona, nel vigente ordinamento giuridico essa è disciplinata dalle disposizioni di cui agli artt. 575-593 c.p., collocate sotto il Capo I rubricato *Dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale*.

In particolare, relativamente alla tutela della vita, la normativa penale è affidata alle fattispecie di omicidio mentre la tutela dell'incolumità individuale alle fattispecie di *lesione personale* e percosse.

Per quanto attiene le **lesioni personali**, il c.p. prevede due figure autonome, ovvero la lesione personale dolosa (art. 582 c.p.) e la lesione personale colposa (art. 590 c.p.). In particolare, si definisce *lesione personale dolosa* l'offesa all'integrità psico-fisica di cui si rende colpevole chiunque cagiona ad alcuno una lesione da cui deriva una malattia nel corpo o nella mente, ovvero una modificazione peggiorativa dello stato anteriore a carattere dinamico-evolutivo che determina una effettiva limitazione della vita organica e di relazione.

Sulla base di quanto disposto dagli artt. 582 e 583 c.p., le lesioni personali sono classificate in base alla durata della malattia del soggetto leso in lievissime, lievi, gravi e gravissime, come riportato in *TABELLA III*.

LESIONE DOLOSA	MALATTIA	PROCEDIBILITÀ
<i>Lievissima</i>	≤ 20 giorni, senza aggravanti artt. 583 e 585 c.p.	querela persona offesa
<i>Lieve</i>	21 giorni < malattia ≤ 40 giorni	Ufficio
<i>Grave</i>	- Malattia o incapacità attendere ordinarie occupazioni > 40 giorni - Aggravanti art. 583 c.p., comma 1 · Pericolo per la vita · Indebolimento permanente senso o organo	Ufficio
<i>Gravissima</i>	- Certamente o probabilmente insanabile - Aggravanti artt. 583, comma 2 · Perdita senso, organo, arto o mutilazione che lo renda inservibile · Incapacità di procreare · Perdita capacità procreare · Permanente e grave difficoltà favella · Deformazione o sfregio permanente viso	Ufficio

TABELLA IX

Le **percosse** (art. 581 c.p.) sono definite come un atto violento limitato alla produzione di sensazione fisica dolorosa accompagnata, al più, da un fugace effetto vasomotorio locale, senza che ne scaturisca una malattia nel corpo o nella mente.

L'elemento psicologico di questo tipo di reato consiste nella volontarietà dell'atto e, pertanto, il reato di percosse è sempre doloso.

Trattasi di un delitto perseguibile a querela della persona offesa, per il quale, pertanto, non sussiste l'obbligo di referto/denuncia.

DELITTI CONTRO LA LIBERTÀ INDIVIDUALE

La **violenza sessuale** rappresenta una delle manifestazioni della VDG ed è definita come l'imposizione di pratiche sessuali non desiderate, incluso qualunque atto o approccio a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica. La violenza sessuale è considerata nel c.p. italiano, a partire dal 1996, un delitto contro la libertà personale (art. 609 bis e seguenti c.p.).

Il delitto è punibile *a querela della persona offesa*, termine per la proposizione è di sei mesi ed è irrevocabile. Tuttavia, in accordo con quanto previsto nell'art. 609 septies c.p., tale delitto diviene *perseguibile d'ufficio nei casi di seguito elencati*:

- Violenza sessuale commessa nei confronti di minore degli anni 18;
- Reato sessuale commesso dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia;
- Violenza sessuale commessa da un Pubblico Ufficiale o da un Incaricato di Pubblico Servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- Violenza sessuale connessa ad altro delitto perseguibile d'ufficio, di cui alla *tabella IV*;
- Violenza sessuale di gruppo;
- Corruzione e adescamento di minorenni.

ALTRI DELITTI PROCEDIBILI D'UFFICIO

- ✓ **Atti osceni all'interno o nelle immediate vicinanze di luoghi abitualmente frequentati da minori se da ciò deriva il pericolo che essi vi assistano** - art. 527 c.p.
- ✓ **Maltrattamento** - art. 572 c.p.
- ✓ **Omicidio** - art. 575 c.p.
- ✓ **Lesioni personali perseguibili d'ufficio** - art. 582 e segg. c.p.
- ✓ **Pratiche MGF femminili** - art. 583 bis c.p.
- ✓ **Violenza privata** - art. 610 c.p.
- ✓ **Violenza/minaccia per costringere a commettere reato** - art. 611 c.p.
- ✓ **Abbandono persone minori o incapaci** - art. 591 c.p.
- ✓ **Sequestro di persona** - art. 605 c.p.
- ✓ **Minaccia aggravata** - art. 612 comma 2 c.p.
- ✓ **Stalking (atti persecutori)** - art. 612-bis ultimo comma c.p.
- ✓ **Stato incapacità procurato mediante violenza** - art. 613 c.p.
- ✓ **Violazione domicilio aggravata** - art. 614 c.p.
- ✓ **Rapina** - art. 629 c.p.
- ✓ **Estorsione** - art. 629 c.p.
- ✓ **Induzione, favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione** - art. 3 e 4 l. 75/58

TABELLA X

12.3 METODOLOGIA ACCERTATIVA

Relativamente alla metodologia accertativa nei casi di riferita violenza sessuale, previo consenso della vittima, debbono essere effettuati un'accurata anamnesi ed un meticoloso esame obiettivo comprensivo, ove possibile, di documentazione fotografica.

In base alla descrizione degli eventi, devono essere inoltre eseguiti prelievi per indagini batteriologiche, tossicologiche, infettivologiche, ormonali (Beta HCG) e per la ricerca di spermatozoi.

ANAMNESI

La **descrizione dell'evento** da parte della vittima dovrebbe essere riportata tra virgolette, ed in particolare dovrebbero essere specificati i seguenti dati:

- data, ora e luogo dell'aggressione;
- numero di aggressori ed eventuali informazioni utili per l'identificazione;
- presenza di testimoni;
- minacce, lesioni fisiche, furto, presenza di armi;
- ingestione di alcolici o sostanze, specificando se volontaria o forzata;
- sequestro in ambiente chiuso e durata;
- indumenti indossati e/o rimossi;
- tipologia penetrazione ed eventuale eiaculazione;
- utilizzo di preservativo.

ESAME OBIETTIVO

Prima di procedere ad **esame obiettivo extra-genitale "top to toe"**, dovrebbero essere riportati in cartella clinica i seguenti dati:

- tempo intercorso tra l'aggressione e la visita;
- precedenti accessi presso altri presidi sanitari;
- pulizia delle zone lesionate o penetrate;
- cambio degli slip o di altri indumenti;
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale;
- assunzione di farmaci;
- rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore).

Successivamente, dovrebbe essere riportata la **sintomatologia fisica e psichica lamentata** dalla vittima e dovrebbero poi essere ricercate e, ove presenti, descritte le lesioni corporee specificandone sede, forma, margini, colore, dimensioni ed eventuale limitazione funzionale. Si precisa inoltre che, ove possibile, sarebbe opportuno effettuare

una adeguata documentazione fotografica con scala metrica delle lesioni eventualmente rilevate. Per quanto attiene all'**esame genitale**, si rimanda a quanto esposto nella sezione ad esso dedicata.

PRELIEVI PER LA TIPIZZAZIONE GENETICA E LE ANALISI TOSSICOLOGICHE

I tamponi per la tipizzazione genetica e le analisi tossicologiche dovranno essere effettuati secondo le modalità descritte nelle Linee Guida Nazionali "per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento" redatte dal Gruppo di Lavoro del Ge.Fi (i.e. Genetisti Forensi Italiani), di cui si riportano i punti chiave.

- Il consenso alle procedure di repertazione di eventuali tracce biologiche deve essere formalizzato nella documentazione sanitaria.
- Le tracce di materiale biologico (i.e. tracce di sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc.) si possono reperire sugli indumenti e sul corpo della vittima e i prelievi devono essere guidati anche dal racconto della vittima.
- Devono essere effettuati almeno due tamponi sia nelle zone tipiche (i.e. zona orale, periorale, vaginale, perivaginale, vulvare, anale, peniena) che in zone dove l'aggressore ha effettuato dei toccamenti, si è potuto accostare con i genitali o con la bocca, etc.
- È utile effettuare un tampone sotto le unghie di ogni dito o il prelievo dell'estremità delle unghie della vittima (per la ricerca di eventuale materiale biologico dell'aggressore depositato durante azioni di difesa della vittima, magari non riferite o percepite dalla stessa), da considerare ciascuno come singolo reperto.
- Gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni, devono obbligatoriamente adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (i.e. contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto, contaminazione ambiente-reperto, etc.).
- È necessario compilare una scheda dedicata che contenga tutte le operazioni relative alla repertazione/custodia delle eventuali tracce biologiche, raccogliere gli elementi salienti da un punto di vista circostanziale che possono guidare la repertazione e l'esame dei reperti, indicare chiaramente le zone dove sono effettuati i tamponi e i prelievi ed allestire un verbale di catena di custodia, in cui sia indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto.

CAPITOLO XIII

IL RUOLO DELLE FORZE DELL' ORDINE: LE PROCEDURE PREVISTE

R.Bellio, A.Firriniceli

Le "Forze dell'Ordine" garantiscono, su tutto il territorio nazionale e nell'intero arco giornaliero, l'ordine e la sicurezza pubblica.

Pur se tra esse vengono per convenzione annoverate:

- la Polizia di Stato;
- l'Arma dei Carabinieri;
- la Guardia di Finanza;
- la Polizia Penitenziaria.

In realtà solo le prime due possono esservi comprese a pieno titolo:

- per "forza e competenza generale" (cioè in grado di operare in qualsiasi settore investigativo);
- per "forza operativa senza soluzione di continuità nell'arco delle 24 ore".

Le "Forze dell'Ordine" svolgono compiti di "polizia giudiziaria", cioè:

- ricevono denunce;
- eseguono indagini sui reati in genere;
- possono essere chiamate ad intervenire per episodi di VDG ed atti persecutori, emersi durante l'espletamento del servizio di prevenzione generale e soccorso pubblico nel territorio.

La chiamata può arrivare:

- dal privato cittadino;
- da altro Ente/Agenzia coinvolto (ad es. personale sanitario).

In altre parole a seguito di denuncia direttamente da parte di persona offesa o indirettamente da persona informata di un fatto-reato.

In tutti questi casi, la Polizia Giudiziaria ai sensi dell'art.347 c.p.p. informa l'A.G. competente anche a mezzo telefonico ricevendone le direttive, ed ai sensi dell'art. 348 c.p.p. continua a svolgere le sue funzioni come indicato dall'art.55 c.p.p., "impedendo che (i reati) vengano portati a conseguenze ulteriori:

- Ricercarne gli autori;
- Compiendo gli atti necessari per assicurare le fonti di prova;
- Raccogliere quant'altro possa servire per l'applicazione della legge penale".

Proprio in questa fase, estremamente delicata anche per le circostanze emergenziali in cui spesso si sviluppa, è fondamentale una *stretta e responsabile collaborazione* tra tutti gli operatori intervenuti (di polizia, sanitari e sociali) affinché le notizie raccolte da ciascuno possano essere condivise tempestivamente ed utilizzate nell'ambito delle rispettive attività di competenza.

Inoltre la Polizia Giudiziaria valuterà, nel caso si rilevino reati di cui all'art.612 bis c.p. (atti persecutori)

- l'opportunità di seguire preliminarmente le indicazioni operative fornite dal Magistrato di turno della Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e/o per i Minorenni;
- l'opportunità di seguire preliminarmente le indicazioni operative da eventuali Protocolli Operativi locali (ad es. Protocollo d'Intesa per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere);
- se provvedere ad una immediata attività di prevenzione richiedendo l'applicazione dell'ammonimento emesso dal Questore ai sensi dell'art.8 (L. n.38/09) o dell'art.3 (L. n.119/13). Tale istituto è previsto anche per i casi di violenza domestica, in cui siano presenti i cosiddetti "reati sentinella", come percosse e lesioni.

Alle vittime di violenza, la Polizia Giudiziaria:

- fornirà tutti gli elementi informativi sui servizi di assistenza (ad es. Centri antiviolenza) presenti sul territorio e sulla tutela legale, come dettato dagli artt.90 bis e 101 c.p.p.;
- potrà indirizzare la persona maltrattante, restando la decisione tuttavia condizionata dalla volontarietà del soggetto stesso, ad un centro per il trattamento degli adulti maltrattanti eventualmente presente nel territorio;

A prescindere da queste circostanze particolari e predefinite, le Forze dell'Ordine:

- tendono ad operare sempre in un quadro di tutela e garanzia per la vittima;
- ricorrono ad ogni altra figura professionale ritenuta utile;
- pongono la vittima nelle migliori condizioni spazio-temporali per essere ascoltata e/o assistita.

Occorre ribadire che nel contesto generale di questo "lavoro di rete" è altresì fondamentale che ogni operatore:

- sia perfettamente consapevole delle proprie competenze;
- conosca, almeno a grandi linee, quelle degli altri "operatori in rete" per poterne sfruttare appieno la specifica professionalità, eventualmente restituendo loro contributi proficui;
- ben comprenda che più azioni coordinate e condivise possano permettere di raggiungere il prima possibile l'obiettivo privilegiato: la messa in sicurezza della vittima.

VIOLENZA DI GENERE: LA TUTELA LEGALE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE

A.Ghisellini, F. Gislou

La così detta violenza di genere 'racchiude' al suo interno alcune fattispecie di reato di cui le donne, con maggior frequenza e, talvolta, inconsapevolmente, sono vittime. I reati in questione, di seguito elencati, sono descritti nei loro elementi essenziali al fine di 'saperli riconoscere' e individuarne la gravità e l'eventuale obbligo di denuncia in capo agli operatori sanitari.

Maltrattamenti contro familiari e conviventi art. 572 c.p.

Il reato è caratterizzato da una condotta abituale che consiste nella reiterazione nel tempo di una serie di fatti legati dall'intenzione criminosa di ledere l'integrità fisica o morale della vittima, infliggendole delle sofferenze. Il reato è procedibile d'ufficio e, pertanto, non è possibile rimettere un'eventuale querela.

Atti persecutori art. 612 bis c.p.

Il reato è contraddistinto da condotte reiterate di minaccia o molestia che devono produrre nella persona offesa un perdurante e grave stato di ansia o di paura, oppure un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o costringerla ad alterare le proprie abitudini di vita. Il reato è procedibile a querela entro il termine di 6 mesi, si procede d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di persona con disabilità. Il delitto di atti persecutori – cosiddetto stalking – è considerato un reato 'sentinella', dal momento che la condotta criminosa potrebbe avere un aumento progressivo di pericolosità e portare a conseguenze molto gravi per la vittima.

Lesione personale art. 582 c.p.

Il reato è procedibile a querela se dalla lesione personale deriva una malattia con durata inferiore ai 20 giorni e non ricorrono determinate aggravanti previste dalla legge. E' procedibile d'ufficio se la malattia che ne deriva è superiore ai 20 giorni.

Minaccia art. 612 c.p.

Semplificando, si può dire che il reato è procedibile d'ufficio se la minaccia è fatta con armi, da più persone riunite o nei confronti di un minore o di persona in stato d'infermità o deficienza psichica. Negli altri casi, considerata la minor gravità, si procede a querela della persona offesa.

14.1 STRUMENTI A TUTELA DELLA VITTIMA DI REATO

Con il D.Lgs 15.12.2015 n. 212, l'ordinamento italiano ha dato attuazione alla Direttiva UE n.2012/29 in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato. Peraltro, qualora la vittima di reato sia deceduta a seguito della condotta criminosa, l'ordinamento prevede che i medesimi diritti e facoltà possano essere esercitati dai suoi familiari o dalla persona che era con lei convivente e alla quale era legata da una relazione affettiva stabile.

Le informazioni che la vittima ha diritto di ricevere al primo contatto con l'autorità, ovvero quelle elencate dall'art. 90 bis c.p.p. al quale si rimanda, riguardano principalmente le facoltà esercitabili nel corso del procedimento penale e le misure di protezione, fra le stesse si ricordano:

- L'avviso in merito alla possibilità e alle modalità con cui presentare denuncia/querela, il ruolo che assume nel corso delle indagini e del processo, il diritto ad essere avvisata della data, del luogo del processo e dell'imputazione;
- La facoltà di ricevere comunicazioni in merito allo stato del procedimento con l'indicazione delle autorità a cui rivolgersi per ottenerle;
- La facoltà di nominare un difensore di fiducia o di avvalersi del patrocinio a spese dello stato (la vittima di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale, atti sessuali con minorenne, etc., è sempre ammessa al gratuito patrocinio e può farsi assistere gratuitamente da un legale indipendentemente dal reddito prodotto);
- La facoltà di costituirsi parte civile nel procedimento penale e di chiedere il risarcimento dei danni;

- La facoltà di essere avvisata della richiesta di archiviazione e di proporre opposizione (nei reati commessi con violenza alla persona l'avviso è sempre dovuto);
- Il diritto all'interprete e alla traduzione degli atti processuali;
- Il diritto ad ottenere l'adozione di misure di protezione a suo favore (ad es. allontanamento casa familiare, divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, possibilità di segnalare l'esigenza di mantenere segreta la propria dimora negli atti processuali, etc.);
- La possibilità di rivolgersi alle strutture sanitarie, alle case famiglia, ai centri anti violenza e alle case rifugio presenti sul territorio (dandone se possibili i riferimenti/recapiti).
- La garanzia di poter essere ascoltata dal giudice in modalità protette, evitando così il confronto diretto con l'aggressore, se sussistono particolari condizioni di vulnerabilità (desumibili dall'età, dallo stato di infermità/deficienza psichica, dal tipo di reato, dalle modalità/circostanze del fatto, etc.);
- La possibilità di chiedere di essere messa immediatamente a conoscenza dei provvedimenti di scarcerazione/cessazione della misura di sicurezza detentiva/dell'evasione dell'imputato.

14.2 LA VIOLENZA ASSISTITA

Per violenza assistita da minori in ambito familiare, citando la definizione fornita dal CISMAl (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia), si intende il fare esperienza da parte del bambino di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori.

L'ordinamento giuridico italiano non prevede un'apposita fatti-specie di reato, con il d. l. n. 93 del 14 agosto 2013, n. 93, poi convertito nella L. 15 ottobre 2013 n. 119, è stata introdotta un'aggravante comune con la previsione di cui al n. 11 quinquies dell'art. 61 c.p. "l'aver, nei delitti non colposi contro la vita e l'incolumità individuale, contro la libertà personale nonché nel delitto di cui all'art. 572 c.p., commesso il fatto in presenza o in danno di un minore di anni diciotto ovvero in danno di persona in stato di gravidanza".

LE IMPLICAZIONI GIUDIZIARIE: IL RUOLO DELLA PROCURA

Barbara Maria Trenti

Gli interventi legislativi che in quest'ultimo decennio sono stati adottati al fine di contrastare il fenomeno della violenza contro le donne hanno portato ad un significativo ampliamento della prospettiva dell'ordinamento penale identificandone gli obiettivi non più e non solo nella repressione delle condotte illecite in presenza di un fatto-reato quanto anche nella tutela della vittima, in particolar modo attraverso il riconoscimento a quest'ultima di modalità tutelanti di intervento e audizione nel procedimento e ancor prima della possibilità di adottare particolari misure cautelari limitative della libertà del maltrattante in una fase prossima agli accadimenti violenti sì da impedirne ulteriori contatti con la persona offesa.

Una volta ricevuta la notizia di un reato "di genere" che metta in pericolo l'incolumità o l'integrità fisica o psichica della donna e vi sia il pericolo di reiterazione della condotta abusante da parte del relativo Autore, il Pubblico Ministero, compiuti i dovuti approfondimenti investigativi se necessario, può chiedere al Giudice l'adozione di una misura cautelare che ne limiti la libertà scegliendo la stessa secondo criteri di adeguatezza alle esigenze di prevenzione della recidiva e di tutela della vittima come di proporzionalità al fatto commesso.

Alle tradizionali misure della custodia cautelare in carcere –art. 285 c.p.p.- e degli arresti domiciliari –art. 282 c.p.p.- applicabili alle fattispecie per cui è prevista la pena più grave, e, quindi, del divieto di espatrio –art. 281 c.p.p.- dell'obbligo di presentazione alla polizia giudiziaria –art. 282 c.p.p.- e dell'obbligo e del divieto di dimora –art. 283 c.p.p.-, il legislatore, in ragione della particolare attenzione portata al fenomeno della violenza domestica, ha introdotto nel 2001 la misura dell'allontanamento dalla casa familiare –art. 282 bis c.p.p.- e nel 2009, nella più ampia prospettiva della violenza c.d. di genere, quella del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa –art. 282 ter c.p.p.-.

La tempestività e adeguatezza nell'adozione della cautela, tuttavia, dipendono in gran parte dalla celerità, completezza e chiarezza con cui la notizia di reato è portata a conoscenza dell'A.G.; in particolar modo, per quanto d'interesse in questa sede, dalla specificità, accuratezza e comprensibilità del referto (che, si sottolinea, non è un verbale di PS e non è diretto a personale medico e, come tale, deve essere intelligibile, pur nella sua tecnicità, agli operatori del diritto), sia nella diagnosi che nella prognosi come, qualora sia possibile, nell'indicazione dei dati complementari indicati all'art. 334 c.p.p. (i.e.: generalità della persona a cui si è prestata assistenza, il luogo ove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento, le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare) e di tutto quanto i sanitari abbiano avuto modo di apprendere nel corso del proprio intervento.

La qualità del referto, come anche del verbale di PS –che pure viene acquisito al fascicolo delle indagini al fine di certificare natura e qualità di eventuali lesioni o patologie-, oltre che nella fase cautelare, riflette i suoi effetti anche su altri aspetti di primaria importanza nel procedimento penale, in particolar modo ai fini della corretta qualificazione giuridica del fatto e del riconoscimento di particolari aggravanti (ad. es. differenziando le percosse dalle lesioni e quest'ultime in lievissime, lievi, gravi, gravissime etc.), come in relazione alla procedibilità a querela piuttosto che d'ufficio (v. sempre in tema di lesioni il discrimine dei 20 giorni di durata), e poi sull'entità del trattamento sanzionatorio e sulla riconoscibilità di eventuali benefici come di obblighi risarcitori rispettivamente a favore e a carico dell'Autore della violenza e dei danni morali e materiali conseguenti

CAPITOLO XVI

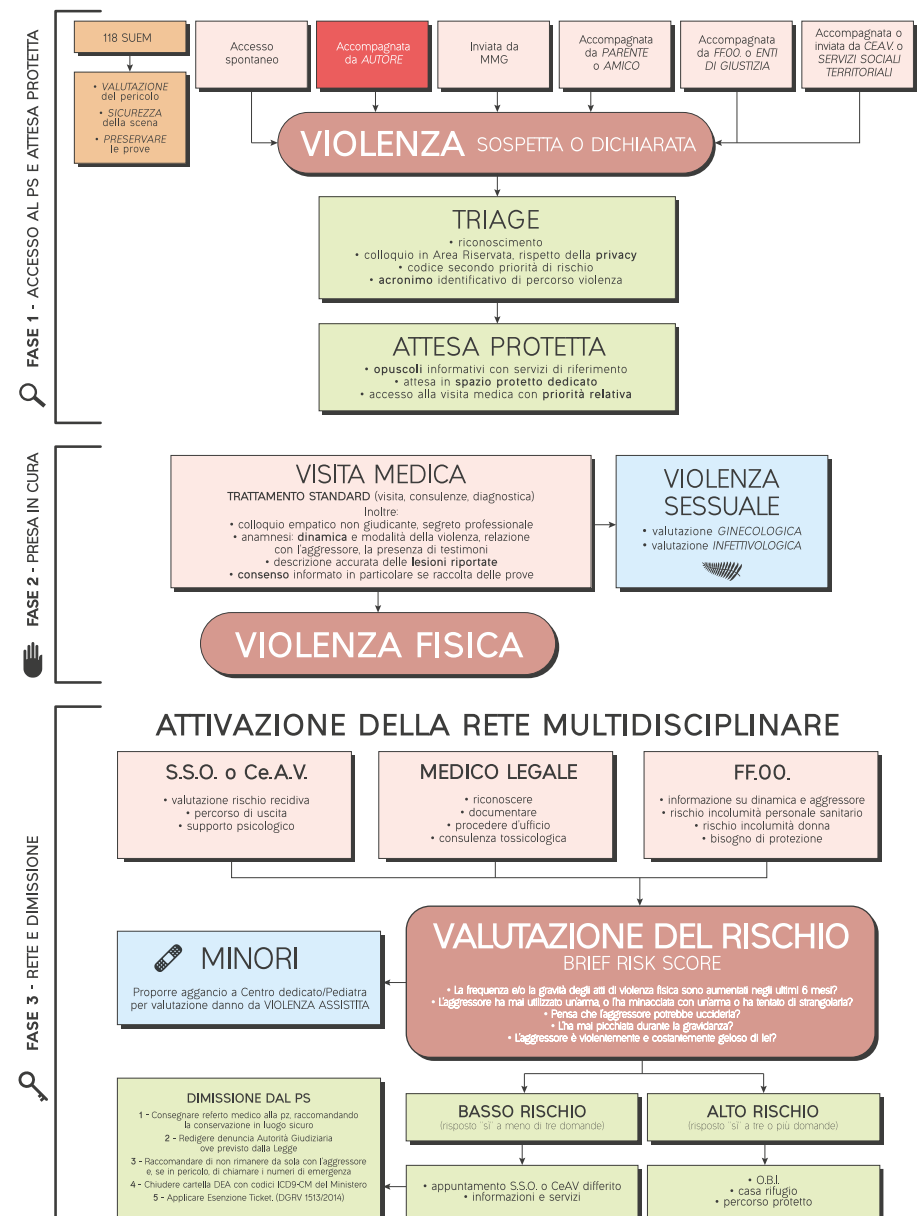
I PUNTI CHIAVE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEL SISTEMA DELL'URGENZA IN ACCORDO CON LE LINEE GUIDA MINISTERIALI

G.Vettore I. Mezzocolli

Tra gli obiettivi di questo percorso formativo vi è quello di rendere fluido e integrato il percorso della donna che ha subito violenza all'interno dei PS. Per questo dalla condivisione con tutti i professionisti coinvolti abbiamo individuato i punti chiave che ci auspichiamo di poter rendere attuabili sia all'interno che a partire dai PS della Regione Veneto.

Di seguito riportiamo flow chart esplicativa

La VIOLENZA DI GENERE | LA RISPOSTA OPERATIVA nel sistema emergenza-urgenza



MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA DELLA FORMAZIONE

G. Vettore, I. Mezzocolli

Il programma di formazione rivolto agli operatori di Pronto Soccorso ha come obiettivo principale quello di promuovere la conoscenza del fenomeno e delle procedure operative e comunicative-relazionali per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere.

Il progetto è diviso in tre fasi coordinate e supervisionate dal C.R.E.U.:

1. Creazione dei gruppi di lavoro;
2. Corsi per formatori:
 - Contenuti;
 - Metodologia;
 - Esame finale;
3. Corsi aziendali.

Per tutto il corso del progetto il Ministero richiede il monitoraggio:

- Ex ante ossia prima dell'inizio del corso di formazione;
- Ex post a sei mesi dalla fine del corso.

Inoltre il monitoraggio viene richiesto oltre che per ogni singolo partecipante al corso, anche per l'intera U.O.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei singoli partecipanti è prevista la somministrazione di tre questionari specifici per ogni momento di rilevazione richiesto dal Ministero:

1. Questionario ex ante:
 - Conoscenza delle buone prassi;
 - Conoscenza delle procedure in atto;
 - Percezione dell'adeguatezza delle procedure;
 - Reazioni al contatto con vittime di violenza recidivanti;
 - Reazioni alla dimissione.
2. Questionario ex post:
 - Conoscenza delle buone prassi;
 - Conoscenza delle procedure in atto;
 - Percezione dell'efficacia della formazione;
 - Capacità di riconoscere la violenza;
 - Conoscenza delle reti da attivare.

Il monitoraggio all'interno del reparto riguarda invece:

- Modalità di accoglienza;
- Modalità di attivazione della rete;
- Consulenze.

Questo tipo di monitoraggio permette di accedere a dati importanti come:

- Risposte al bisogno di protezione (dimissioni protette);
- Risposte al bisogno di intraprendere un percorso di uscita dalla violenza;
- Valutazione del rischio (utilizzo del Brief Risk Score)

RINGRAZIAMENTI

G. Vettore

Questo lavoro multidisciplinare ci ha permesso di riflettere sull'importanza della collaborazione e della consapevolezza. Lavorare assieme, fianco a fianco, con formazioni professionali differenti ha consentito ad ognuno di noi di interfacciarsi con una realtà dolorosa ma con un unico fine: combattere, affrontare, curare questo subdolo e spesso nascosto fenomeno.

Tutto ciò nell'ottica di permettere anche a coloro che non sono coinvolti direttamente, di conoscerne le diverse sfaccettature riuscendo a dare il proprio contributo nella lotta quotidiana ad ogni forma di violenza.

Ringrazio tutti i gruppi che ci hanno aiutato a creare una rete che consideri la donna al centro di questo percorso restituendole la possibilità di decidere per la propria vita.

Auspico, come sempre ho fatto durante la mia attività professionale che questo vademecum, frutto di una bella esperienza di gruppo, sia il punto di partenza ed una linea di indirizzo per tutto il personale che opera e collabora con il Sistema d'emergenza per la gestione delle donne che subiscono violenza.

BIBLIOGRAFIA

- Arcidiacono C., Di Napoli I., *Sono caduta dalle scale. I luoghi e gli attori della violenza di genere*, Ed. FrancoAngeli, 2012
- Arendt. H., *Sulla violenza*, ed. Guanda, 1969
- Bianchi D., Moretti E., (a cura di), *Vite in bilico: indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2006
- Bimbi F. *Speak out*, ed. Cleup, 2013
- Bimbi F. *La violenza contro le donne*, ed. Guerini 2010
- Bravo A. *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, ed. Laterza, 2001
- Canu C. *La violenza domestica in Italia e nel contesto Internazionale ed Europeo*, ed. La Riflessione, 2008
- Cretella C., Sanchez I.M., *Lessico familiare. Per un dizionario ragionato della violenza contro le donne*, Ed. Settenove, 2014
- Cocco G. Tiberio A., *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio sanitario*, ed. FrancoAngeli, 2005
- Coker A.I. (2007). *Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review*. Trauma, Violence and Abuse 8, 149-177.
- Coker a., Hopenhayn C, DE Simone C., Heather M, Crofford L. (2009). *Violence against Women raises risk of cervical cancer*. Journal of Women's Health 18, 8, 1179-1185.
- Corradi C. *I modelli sociali della violenza contro le donne*, ed. FrancoAngeli, 2006
- Dal Re A., Perini L., *Genere Politics, in Italia e in Europa*, Padova University Press, 2014
- Degani P., Dalla Rocca R., *Verso la fine del silenzio. Recenti sviluppi in tema di violenza maschile contro le donne, diritti umani e prassi operative*, Ed. CLEUO, 2014
- Duby G., Perrot M., *Storia delle donne – il Novecento*, ed. Laterza, 2011
- Gambelli L. *Cosa succede oltre i muri di casa*, Occhio clinico, giugno 2011
- Eileen F. Dunne, Halna U.Park., HPV and HPV-associated diseases. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2013, Vol. 27.
- Genevay. B., *Le emozioni degli operatori nella relazione d'aiuto*, ed. Erikson, 1994
- Hornby S.A. *Il male che si deve raccontare*, ed. Feltrinelli, 2013
- Individuare la violenza domestica*, Regione Veneto, 2010
- ISTAT (2015). *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori dalla famiglia*. Roma.
- Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B. et al. (2003) *Les violences envers les femmes en France, recherche ENVEFF*. La Documentation française, Paris.
- Luberti R. *La violenza assistita intrafamiliare*, ed. FrancoAngeli, 2009
- Magaraggia S., Cherubini D., *Uomini contro le donne? Le radici della violenza maschile*, Ed. UTET, 2013
- Radford J., Russell D. (1992) *Femicide: le politics of Woman Killing*.
- Resnick H.S., Acierno R., Kilpatrick D.G. (1997). *Health Impact of Interpersonal Violence. Section II: medical and mental health outcomes*. Behavioral medicine 23, 2, 65-78.
- Romito P., De Marchi M., Gerin D., *Medicina di genere. Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne*, 2008
- Romito P., Melato M., *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*, Carocci Faber, 2013
- Romito P., Molzan Turan J., De Marchi M. (2005), *The impact of current and past violence on women's mental health*. Social Science and Medicine 60, 1717-27.
- Salvatore Siracusano, Tommaso Silvestri, Daniela Casotto. *Sexually transmitted diseases: epidemiological and clinical aspects in adults*. Urologia. 2014.

Sami L Gottlieb, Nicola Low, Lori M Newman, Gail Bolan, Mary Kamb, Nathalie Broutet. *Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines*. *Vaccine*. 2014, 32.

Segantini A., Cigalotti C., *Violenza domestica su donne e minori: emergenza violenza domestica*, Ed. Athena, 2013

WeWorld (2013) *Quanto costa il silenzio?* Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne.

WHO (2002). *World report on violence and health*.

WHO (2013) Geneva. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*.

WHO 2013. *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e Linee guida cliniche dell'OMS*. Giovanni Fioriti Ed . s.r.l.

SITOGRAFIA

www.epicentro.iss.it/. [Online] 2009.

<http://www.epicentro.iss.it/temi/ist/archivio2009-2010.asp>.

www.who.int/en/. [Online]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.

www.intervita.it

AUTORI

Baccaro Laura

Psicologa, consulente di psicologia forense e criminologica, mediatrice familiare, perito in ambito civile e penale

Bellio Roberto

Ispettore Superiore S.U.P.S. della Polizia di Stato e docente di tecniche di Polizia Giudiziaria nell'acquisizione della testimonianza

Bertazzo Laura

Dirigente Medico, U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia, presidio Ospedaliero di Dolo (VE) AUSL 3 Serenissima

Cattelan Annamaria

Direttore U.O.C. di Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera di Padova

Ceccarello Claudia

Psicologa, coordinatrice e formatrice per la Cooperativa La Esse s.c.s. presso il Centro Antiviolenza Comune di Venezia-Mestre

Cerantola Laura

Infermiere, U.O.C. di Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Padova

Crema Falcieri Giulia

Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Azienda Ospedaliera di Padova

De Paoli Luisa

Assistente Sociale servizio sociale Ospedaliero Azienda Ospedaliera di Padova

Diserò Lorella

Coordinatrice Infermieristica, Ambulatorio e Day Hospital Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera di Padova

Firriencieli Andrea

Ufficiale dei Carabinieri, Arma dei Carabinieri, Ferrara

Ghisellini Annalisa

Avvocato del Foro di Rovigo, civilista e penalista, iscritta nelle liste dei Difensori d'Ufficio

Gislon Francesca

Avvocato del Foro di Padova, abilitato avanti Magistrature superiori. Si occupa in particolare di diritto delle persone e della famiglia. Collabora con il Centro Veneto Progetti Donna

Kusstatscher Stefano

Direttore U.O.C. di Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero di Rovigo, AULSS 5 Polesana; medico legale

Laugelli Emilia

Psicologa, Responsabile U.O.S. dipartimentale di Psicologia Clinica Ospedaliera, Presidio Ospedaliero di Santorso (VI), AULSS 7 Pedemontana

Longo Luigina

Coordinatrice Infermieristica, U.O.C. di Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero di Borgo Trento, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Lozzi Eleonora

Psicologa clinica, Presidente del Centro Veneto Progetti Donna

Marcuzzo Patriazia

Assistente sociale responsabile del Centro Antiviolenza comune di Venezia

Maria Trenti Barbara

Magistrato, Giudice penale, Tribunale di Vicenza

Martinolli Francesco

Dirigente medico, Specialista in Pediatria, Dipartimento per la salute della donna e del bambino, Policlinico Universitario di Padova

Masiero Susanna

Dirigente Medico, U.O.C. Accettazione e Pronto Soccorso Pediatrico - Pediatria d'Urgenza, Azienda Ospedaliera di Padova

Menon Francesca

Dirigente Medico, U.O.C. di Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero di Venezia, AULSS 3 Serenissima

Mezzocolli Ilenia

Dirigente Medico Coordinamento Regionale Emergenza - Urgenza Azienda Zero

Miotto Laura

Coordinatrice e operatrice d'accoglienza, Centro Antiviolenza Stella Antares di Montebelluna (TV)

Morellato Catia

Dirigente Medico, U.O.C. di Accettazione e Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero di Montebelluna (TV), AULSS 2 Marca Trevigiana

Moretti Chiara

Psicologa, Centro Antiviolenza Stella Antares di Montebelluna (TV)

Munari Marilisa

Direttore Unità Organizzativa Cooperazione Internazionale - Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SSTAR, Regione del Veneto

Perin Daniela

Dirigente Medico, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa, AULSS 7 Pedemontana

Pistollato Elisa

Dirigente Medico, U.O.C. di Pronto Soccorso e SUEM 118, Presidi Ospedalieri di San Donà di Piave e Jesolo, AULSS 4 Veneto Orientale

Potì Cristina

Medico Legale, Responsabile Aziendale Sicurezza del Paziente e Direttore U.O.S.D. Scuola di Formazione e Ricerca in Sanità, AULSS 3 Serenissima

Ricci Palma

Direzione Unità Organizzativa Cooperazione Internazionale - Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SSTAR, Regione del Veneto

Rosa Rizzotto Melissa

Dirigente Medico, Coordinamento Malattie Rare, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Azienda Ospedaliera di Padova

Ruzzon Elisabetta

Dirigente Medico, U.O.C. di Pronto Soccorso - SUEM 118, Presidio Ospedaliero di Santorso (VI), AULSS 7 Pedemontana

Semenzato Marina

“Coordinatrice Ostetrica, U.O.C. di Ostetricia, Ginecologia, Sala Parto e Nido, Presidio ospedaliero di Piove di Sacco AULSS 6 euganea”

Sordi Roberta Maria

Assistente sociale

Stefani Claudia

Psicologa ed operatrice del Centro anti violenza Comune di Venezia - Mestre

Stocchiero Maria

Psicologa - Psicoterapeuta, esperta di formazione

Toffoli Roberta

Psicologa clinica, psicoterapeuta, psicologa forense, mediatrice familiare e penale. Collabora con il centro anti violenza ed antistalking "La Magnolia" (San Donà di Piave VE)

Tono Monica

Infermiera, Centrale Operativa 118, Azienda Ospedaliera di Padova

Vettore Gianna

Responsabile Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza - Azienda Zero

Viero Alessia

Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale, dottoranda in Nanoscienze e Tecnologie avanzate, Università degli Studi di Verona

Zanovello Lisa

Dirigente Medico, U.O.C. di Pronto Soccorso e SUEM 118, Presidio Ospedaliero di Dolo (VE), AULSS 3 Serenissima

Zantedeschi Patrizia

Psicologa clinica, Presidente del Centro Veneto Progetti Donna