FIMMG Federazione Italiana Medici di Famiglia

FIMMG Continuità Assistenziale

Telefono Rosa Piemonte di Torino

CITTA' DI TORINO

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità

Progetto finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Pari Opportunità, in collaborazione con la Regione Piemonte

REGIONE PIEMONTE

Realizzato da Telefono Rosa Piemonte di Torino nell'ambito dell'Azione 2 degli interventi regionali attuativi di cui al Piano Strategico nazionale contro la violenza alle donne

RAGAZZE MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA E MINORI VITTIME DI VIOLENZA ASSISTITA: IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI MEDICI PEDIATRI

PRONTUARIO OPERATIVO

Indice

Presentazione e ringraziamenti 2

Introduzione 3

Numeri utili 5

Per i Medici di Medicina Generale e per i Medici Pediatri 7

Per i medici di medicina generale 8

Per i medici pediatri 14

Il personale sanitario e il diritto penale 19

Rapporto medico – paziente in ambito civilistico 25

Presentazione e Ringraziamenti

La Regione Piemonte ha assegnato alla nostra Associazione finanziamenti specifici per il sostegno di interventi attuativi del Piano Operativo di cui al Piano nazionale strategico contro la violenza maschile, che, sull'azione 2) prevedeva interventi specifici rivolti a donne minorenni vittime di violenza e a minori vittime di violenza assistita.
Grazie all'indispensabile sostegno della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, della sezione di Continuità Assistenziale della stessa Federazione, della Federazione Italiana Medici Pediatri nonché della Città di Torino, il Telefono Rosa Piemonte ha predisposto un piano formativo rivolto a medici di medicina generale e medici pediatri, al fine di condividere i principi fondamentali che governano il ruolo, i diritti ma anche le responsabilità dei medici nei confronti di donne offese dalla violenza maschile (con particolare attenzione alle giovani donne) nonché ai minori vittime di violenza assistita.
La formazione è avvenuta on line su piattaforma Zoom nei mesi di aprile e maggio 2021: nel corso dell'evento, è emersa da più parti l'esigenza di poter disporre di una guida che potesse sinteticamente riportare le informazioni generali sulle modalità con le quali essere, come medici, punti di riferimento essenziali per i propri pazienti, su quale rete potersi confrontare, a quali diritti e a quali doveri (civili, penali o anche deontologici) è indispensabile fare riferimento.
Grazie alla disponibilità di relatrici e relatori, possiamo produrre questa agile guida, assolutamente non esaustiva, ma sufficiente ad un primo orientamento da parte del professionista, pubblico o privato.
Un doveroso ringraziamento va al dott. **Roberto Venesia**, responsabile della F.I.M.M.G. Piemonte, al dott. **Alessandro Dabbene**, per conto della F.I.M.M.G. Continuità Assistenziale, al dott. **Renato Turra**, responsabile della F.I.M.P. Torino e Provincia, nonché all'addetta stampa della F.I.M.M.G. **dott.ssa Marisa Bianco**, per aver aderito, con le rispettive organizzazioni, al progetto, nonché alle dottoresse **Eleonora Maria Bruno** (F.I.M.P.), **Alice Valentina Ansaldo** (F.I.M.M.G. - C.A.), **Alessandra Taraschi** (F.I.M.M.G.).

Una doverosa citazione per la partecipazione competente anche alle dottoresse **Elena Coppo** (pediatra, Responsabile Ambulatorio Bambi, Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino), **Maria Baiona** – Direttrice Neuropsichiatria Nord – ASL Città di Torino, **Marina Merana**, Dirigente Area Politiche Sociali e Servizio Minori e Famiglie della Città di Torino., **Mariella Giachino** – Assistente Sociale, funzionaria in Posizione Organizzativa, Responsabile dell'Ufficio Rapporti con l'Autorità Giudiziaria, Comune di Torino, **Orazio Pirro**, Direttore Dipartimento Materno Infantile, Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile Sud dell'ASL Città di Torino, **Cristina Biglia**, Dirigente medico SSD Consultori Familiari e ped. Sud del DMI ASL Città di Torino,

Un ringraziamento all'avv. **Chiara Caucino,** Assessore alle Politiche della Famiglia, dei Bambini e della Casa, Sociale, Pari Opportunità della Regione Piemonte, presente alla serata di apertura del corso, nonché al **Settore regionale di riferimento**, per l'attenzione, la disponibilità e l'impegno dimostrato anche in questa importante occasione. Grazie alla dott.ssa **Emma Avezzù**, Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni del Piemonte e Valle d'Aosta, anche lei presente all'apertura della formazione e partecipe con concreta competenza. Grazie anche alla dott.ssa **Ylenia Serra**, Garante per l'Infanzia e per l'Adolescenza della Regione Piemonte, che ha seguito il percorso formativo presentando un proprio contributo nel modulo conclusivo.
Un pensiero riconoscente anche alle avvocate del Telefono Rosa Piemonte, **Anna Ronfani**, **Stefania Gerbino, Silvia Massasso, Francesca Violante e Raffaela Carena,** alla psicologa e psicoterapeuta del Telefono Rosa Piemonte **Pierangela Peila** e a tutte le volontarie dell'accoglienza e professioniste che hanno contribuito alla realizzazione dell'evento.

Lella Menzio – Presidente Associazione Volontarie del Telefono Rosa Piemonte di Torino

Introduzione

Assessore Avv. Chiara Caucino

La L.R. 4/2016 "Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli" all'art. 3, comma 1 lett.o) attribuisce alla Regione la competenza di promuovere e realizzare, in collaborazione con gli enti locali, con gli Enti e i soggetti del privato sociale specifiche iniziative per il monitoraggio, la prevenzione, il contrasto e l'assistenza alle vittime di violenza. In tale ambito, il Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2017-2020) derivante dall'attuazione del Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato nell'estate del 2015, dal Ministro delegato per le pari opportunità, come previsto dall'art. 5 del DL 93/2013 (L. 119/2013) articolato secondo tre assi principali (prevenzione, protezione e sostegno, "perseguire e punire" ed un asse di servizio (assistenza e promozione) si è rivelato un'occasione straordinaria per il territorio piemontese per la realizzazione di interventi progettuali di particolare rilevanza.

In particolare questo progetto, attraverso un accordo di collaborazione fortemente sostenuto da una partnership progettuale di grande rilievo (Sezione Piemontese della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale -F.I.M.M.G.; Sezione Piemontese dei Medici della Continuità Assistenziale aderenti alla F.I.M.M.G.-C.A; Sezione di Torino e Provincia della Federazione Italiana Medici Pediatri -F.I.M.P.; Ambulatorio Bambi presso il Dipartimento Patologia e Cura del Bambino dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino; Direzione dei Servizi Sociali, Socio Sanitari, Abitativi e del Lavoro del Comune di Torino) si è particolarmente distinto per la progettazione di un piano operativo comune qualificato, finalizzato alla:

- attivazione di moduli formativi on line per medici di medicina generale e di continuità assistenziale e per pediatri, allo scopo di implementare la conoscenza diretta sul fenomeno della violenza contro ragazze minorenni e per minori vittime di violenza diretta o assistita, promuovendo ed attivando procedure condivise di segnalazione e presa in carico, per intercettare quindi le forme di violenza delle quali sono vittime le/i minori, la possibilità di individuare specifici fattori di rischio ma anche la

possibilità di attivarsi precocemente nei casi che appaiono all'osservazione nei diversi contesti operativi dei partner progettuali;

- promozione della presenza presso strutture ospedaliere del territorio e scuole superiori dell'unità mobile del Telefono Rosa Piemonte di Torino, con operatrici esperte e dedicate alla diffusione dei contenuti realizzati con il progetto,

- predisposizione congiunta di materiali cartacei e consultabili sul web nei rispettivi siti istituzionali al fine di favorire l'accesso a informazioni per medici, operatori sanitari, famiglie e cittadinanza in generale.

Pertanto, sono particolarmente fiera di presentarvi questo prontuario che rappresenta un primo strumento importante, un'utile guida informativa, volutamente agile, a disposizione e a supporto dell'operato dei tanti medici di medicina generale, dei medici di continuità assistenziale e dei medici pediatri che nel loro lavoro, a volte, incontrano e accompagnano donne anche minorenni vittime di violenza e minori vittime di violenza assistita nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza nelle sue molteplici forme.

Buona Lettura!

Avv. Chiara Caucino

Numeri Utili

Violenza domestica e di genere. violenza contro i minori,

minori vittime di violenza assistita

NUMERI DI PRIMO RIFERIMENTO A LIVELLO TERRITORIALE

Associazione Volontarie del Telefono Rosa Piemonte di Torino
Via Assietta 13/A – 10125 Torino
telefono 011-530666 / 011-5628314 fax 011-5628314
e-mail telefonorosa@mandragola.com sito web www.telefonorosatorino.it
cellulare reperibilità: 327-3275692
whatsapp (messaggistica e chat): 327-3275692
facebook:

Polizia Municipale – Nucleo di Prossimità
telefono 011-01134300 lunedì - sabato 9.00 - 16.00 fax 011 01134319
e-mail nucleodiprossimita@comune.torino.it

Ambulatorio Bambi – Presidio Ospedaliero Regina Margherita
Telefono 011-3135833 dalle ore 8.30 alle ore 16.00
Ambulatorio: ingresso Pronto Soccorso Via Zuretti 23 – 1° piano – lunedì venerdì ore 8.30-16.00
Reperibilità h24 – Pronto Soccorso Via Zuretti 23 – Torino

Centro Demetra Violenza Domestica
c/o Ospedale Molinette
telefono 011-6335899 – 335-7169000

Soccorso Violenza Sessuale
c/o Ospedale S. Anna
telefono 011-31341800

NUMERI DI RIFERIMENTO A LIVELLO NAZIONALE

1522 Numero verde nazionale antiviolenza e antistalking (7 giorni su 7, h24)

112 Numero unico di emergenza per intervento forze dell'ordine, servizi sanitari, vigili del fuoco

112 Numero di emergenza Arma dei Carabinieri

113 Numero di emergenza Polizia di Stato

115 Numero di emergenza Vigili del Fuoco

117 Numero di emergenza Guardia di Finanza

116000 Numero unico europeo per i minori scomparsi

114 Emergenza Infanzia – Telefono Azzurro

800901010 Servizio di prevenzione e contrasto alle discriminazioni

NUMERI DI RIFERIMENTO SERVIZI AFFERENTI ALL'ASL CITTA' DI TORINO

Equipe multiprofessionale per il contrasto alla violenza di genere
cristina.biglia@aslcittaditorino.it

Equipe multidisciplinari per maltrattamento e abuso sui minori
segreteria.npi@aslcittaditorino.it

Sub équipe distretti S-O (circoscrizioni 2-3)
antonica.patrizia@aslcittaditorino.it – telefono 011-70958540

Sub équipe distretto N-E (circoscrizioni 6-7)
equipeabusomaltrattamentonordest@aslcittaditorino.it – telefono 333-6121281 / 011-284049

Sub équipe distretto N-O (circoscrizioni 4-5)
francesca.baroni@aslcittaditorino.it – telefono 011-4395929

Sub équipe distretto S-E (circoscrizioni 1-8)
maria.perrone@aslcittaditorino.it – telefono 011-6540338

Consultori familiari e pediatrici SUD
mariaclara.zanotto@aslcittaditorino.it – consultorifamiliariepediatrici.sud@aslcittaditorino.it

Per i Medici di Medicina Generale e per i Medici Pediatri

La violenza domestica è la violenza di un partner nei confronti dell'altro, commessa tra le mura domestiche e avente a oggetto i più vari comportamenti.
Secondo la definizione data dalla World Health Organization, la violenza domestica - detta anche intimate partner violence (IPV) - può essere descritta come "*ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale e riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo*".
In epoca Covid, il Telefono Rosa Piemonte ha dovuto registrare il triste incremento di ogni forma di violenza contro le donne, sia in presenza sia, a causa di abusi nelle comunicazioni tramite social, on line: i nostri dati sono perfettamente in linea con quanto recentemente rilevato dall'Organizzazione mondiale della Sanità.
In effetti, l'Oms ha sottolineato che le irrinunciabili misure restrittive adottate per contenere e gestire l'emergenza COVID-19 (es. quarantena, isolamento sociale) abbiano maggiormente aumentato il rischio di violenza sulle donne, ma anche di violenza diretta o assistita da parte dei figli.
Nei fatti, secondo i rapporti di oltre 142 paesi del mondo, la violenza contro le donne è cresciuta proprio come conseguenza dell'isolamento: la convivenza forzata, l'instabilità socio-economica, le aumentate possibilità di controllo e di limitazione della libertà della donna esercitate dal maltrattante hanno determinato non solo un aumento del numero stesso di episodi di violenza, ma anche un loro importante aggravamento.

!? Che ruolo posso assumere come medico di medicina generale nei confronti della violenza domestica?

La Medicina Generale vede l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e i servizi di emergenza del 118 collegati a specifiche realtà sanitarie di assistenza, diagnosi e cura, che insieme alla Medicina Penitenziaria (che non prenderemo ovviamente in considerazione) costituiscono il contesto sanitario al quale fare riferimento.

"*Il medico di medicina generale è il primo punto di contatto con il sistema sanitario, fornisce un accesso aperto e senza limitazioni ai suoi utilizzatori, tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso, ...* (Wonca Europe, 2002).

I medici di medicina generale possono svolgere un ruolo centrale nella rilevazione e nell'invio ai servizi del territorio di situazioni di violenza, in particolare quella domestica. Difficilmente le donne che subiscono violenza (soprattutto a livello intrafamiliare, nell'ambito della cosiddetta Intimate Partner Violence) ammettono chiaramente la loro condizione: la loro richiesta di aiuto è spesso indiretta. Possono essere pazienti che accedono al vostro studio con una certa frequenza (anche 5 volte di più di donne che invece non sono offese dalla violenza maschile), presentano sintomi vari e spesso poco identificabili oggettivamente, come ansia, insonnia, cefalea, sindromi dolorose croniche variamente localizzate, ma sovente la loro richiesta è indirizzata alla prescrizione farmacologica (in particolare analgesici o psicofarmaci). Sono sovente le pazienti con le quali verificate molte più difficoltà nel trattamento delle patologie da loro presentate, non solo perché non rispondono alle terapie somministrate (sempre che aderiscano alla terapia!), ma perché presentano spesso un atteggiamento dimesso e lamentoso che può facilmente essere scambiato per un quadro nevrotico o ipocondriaco.

Ciò accade a donne di qualunque età, ma è rilevabile anche in giovani donne vittime di violenza. Possono essere accompagnate dalla propria madre, ma questo non significa che la violenza sia necessariamente extrafamiliare. Senza dimenticare che soprattutto le violenze on line sono in netta crescita e difficilmente gestibili da ragazze giovani o giovanissime.

Cogliere la causa del loro malessere è sicuramente di aiuto per le donne e può ridurre visite, consulenze, accertamenti diagnostici e terapie farmacologiche, che alla lunga diventano interventi inutili e frustranti per qualunque medico, oltre che per le sue pazienti.

!? Ho delle modalità specifiche per evidenziare casi di violenza domestica?

La famiglia può essere un luogo di violenza: per il medico di medicina generale, la famiglia è il campo primario di attività. Occorre quindi prendere in considerazione la possibilità che una paziente viva una condizione di violenza domestica. Se la disponibilità all'ascolto è adeguata e le pazienti la percepiscono, se vedono nel vostro studio materiale dedicato e soprattutto comprendono, dalle vostre parole, che considerate la violenza domestica come un problema che vi interessa, proprio per il ruolo che avete nei confronti delle vostre pazienti, la probabilità che possano considerarvi interlocutori affidabili aumenta enormemente. Circa il 30% delle violenze domestiche comincia a manifestarsi proprio durante la gravidanza: anzi, la letteratura ritiene che essere vittima di violenza sia più frequente, nelle donne gravide, del diabete gestazionale o della pre-eclampsia. Sovente, la comunicazione da parte delle giovani donne parte da generici conflitti familiari, da difficoltà nello studio, da mancanza di concentrazione, ansia o depressione: tutti elementi che vanno approfonditi a livello anamnestico.

Dal punto di vista fisico, vanno attentamente osservate:

- nel breve periodo, lesioni addominali, oppure lividi ed ematomi, soprattutto su braccia, gambe, collo e viso, ovviamente vanno indagate fratture, danni oculari, lacerazioni o abrasioni, anche se appaiono datati;
- nel lungo periodo, disturbi gastrointestinali, sindromi del colon irritabile, dolori cronici, fibromialgia, ridotta funzionalità fisica, atteggiamento dolente in una o più parti del corpo.

E' indispensabile porre particolare attenzione sui disturbi del comportamento focalizzati sul corpo, che solo da pochi anni ricevono attenzioni adeguate. Il disturbo da escoriazione (skin picking disorder o dermatillomania) o la tricotillomania (hair pulling) oppure ancora atti di autolesionismo sono individuabili in una visita accurata, anche quando la paziente usa diversi escamotage per nascondere i segni fisici delle lesioni autoprodotte. Senza dimenticare l'onicofagia, la morsicatura delle labbra o dell'interno delle guance, comportamenti che vengono reiterati spesso anche durante la visita medica.

Dal punto di vista sessuale e riproduttivo, meritano attenzione:

i disturbi ginecologici, complicazioni nella gravidanza, aborto spontaneo, aborto in condizioni di rischio, richieste (soprattutto se ripetute) di contraccezione di emergenza;

nel lungo periodo, occorre approfondire il senso di malattie a trasmissione sessuale, disfunzioni sessuali, sterilità o malattia infiammatoria pelvica.

Dal punto di vista psicologico, occorre prestare la massima attenzione a:

1. deflessione improvvisa del tono dell'umore;
2. deflessione della percezione del sé, percezione di un "cattivo stato di salute" non ben identificato
3. necessità di assumere antidepressivi;
4. insorgenza di patologie di interesse clinico quali ansia, depressione, insonnia, DPTS;
5. somatizzazioni, in particolare GEL e cefalea.

Difficilmente un medico di medicina generale riceve la confidenza e la richiesta di aiuto di un autore di violenza: se ciò dovesse accadere, va invitato a mettersi in contatto con centri o associazioni dedicate al trattamento dei maltrattanti.

La richiesta di aiuto medico da parte di possibili maltrattanti può però essere mascherata da ammissione di problemi di stress, rabbia, depressione, abuso di alcool, difficoltà con la partner o con i figli, oppure da generiche richieste per vaghe sintomatologie fisiche.
Il medico di medicina generale ha però 3 elementi sui quali fondare legittimi dubbi:

1. la rilevazione anche nel proprio ambulatorio di atteggiamenti aggressivi da parte dell'uomo;
2. l'evidenza di forme di controllo verso la partner (ad esempio, accompagnarla in ambulatorio e pretendere di essere presente alla visita)
3. un atteggiamento di costante minimizzazione (se non ridicolizzazione) delle patologie presentate dalla partner.

In ogni caso, tutte le evidenze appena segnalate rimandano alla necessità di una accurata diagnosi differenziale

!? Ci sono domande specifiche che posso porre quando esiste il dubbio che una paziente sia vittima di violenza?

Il sospetto di violenza domestica (o comunque di una qualunque forma di violenza contro le donne) richiama la necessità di poter disporre di un tempo adeguato, la possibilità di avviare un dialogo, la riservatezza e la sicurezza che va garantita per ogni ragazza o donna che mostra di essere disponibile a confidarsi e magari anche di ricevere un primo sostegno o orientamento.
Ogni donna deve essere messa nelle condizioni, se possibile, di essere sola con il proprio medico di medicina generale: la prima rassicurazione, essendo spesso anche il medico dell'intera famiglia, va riservata proprio alla sicurezza che il segreto professionale copre ogni confidenza o comunicazione nell'ambito del rapporto medico-paziente.
Difficilmente una donna ammette immediatamente e spontaneamente di essere vittima di violenza. Va ricordato che la violenza non è solo quella che lascia segni fisici. Le varie forme di violenza sono:

1. fisica
2. sessuale
3. psicologica
4. economica
5. verbale
6. intimidatoria
7. le diverse forme di violenza e abuso on line (cyberbullismo, grooming, internet dating, digital footprint, sexting)
8. stalking

Se la paziente riferisce episodi di violenza, occorre prevedere:

1. un approccio centrato sull'ascolto e sulla rassicurazione;
2. una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento e il contesto in cui è avvenuto;
3. medicazione e somministrazione di eventuale terapia;
4. invio al PS o indicazioni per visite specialistiche;
5. consegna personale di materiale informativo sui servizi presenti sul territorio, in particolare verso centri antiviolenza;
6. eventuale formalizzazione di "denuncia di reato" nei casi di reato perseguibile d'ufficio;

Se invece la paziente si presenta con lesioni fisiche ed una storia confusa e/o contraddittoria o accessi frequenti all'ambulatorio o sintomatologia sospetta, occorre:

1. cercare di effettuare la visita in assenza di eventuali accompagnatori (per una ragazza giovane, se possibile, anche senza la madre);
2. analizzare il tipo di lesione fisica e valutare la congruità con quanto riferito dalla paziente;
3. in caso di dolore pelvico cronico, continue infezioni genitali, sintomatologia gastro-enterica, indagare le cause organiche e approfondire gli accertamenti diagnostici eseguiti o da eseguire;
4. in presenza di sintomatologia psichica, insonnia, ansia, depressione, in particolare se resistenti alla terapia, approfondire le motivazioni che hanno causato o peggiorato il quadro clinico.

Le domande possono essere dirette o indirette. Se esistono anche parziali ammissioni, un approccio non indagatorio e non giudicante può aprire nuovi importanti scenari. Domande del tipo "ci sono dei problemi particolari a casa?", "ha delle preoccupazioni particolari legate alla sua famiglia?", oppure "c'è qualcuno che le ha fatto del male?", "lei ha una idea del motivo per cui ci sono questi sintomi?" possono essere sufficienti ad aprire una prima breccia. In altri casi, si può andare decisamente oltre, affermando: "quando vedo situazioni di questo genere, mi chiedo sempre se esiste un responsabile".

Molto frequentemente, la risposta della paziente tende a minimizzare o anche a negare qualunque situazione violenta: bisogna quindi prestare la massima attenzione alle cadenze delle visite ambulatoriali, ai sintomi presentati e cogliere ogni occasione possibile per avviare un dialogo.

!? Come posso intervenire sulla violenza domestica quando autore e vittima di violenza sono entrambi miei pazienti?

Se vittima e maltrattante appartengono ad un nucleo familiare (o almeno ad un contesto di coppia), facilmente sono pazienti dello stesso medico. In ogni caso, i bisogni della vittima e di chi agisce violenza devono essere considerati separatamente, senza indugiare su tentativi di confronto tra i partner e men che meno proponendosi come mediatori.
Facilmente, una donna inizia a raccontare la violenza che subisce in assenza del partner; nel caso acceda al vostro studio, create le condizioni necessarie affinchè il partner non sia presente alla visita medica. Ditele chiaramente che la sua salute e sicurezza sono fondamentali e che ogni parola che vi scambierete resterà nell'ambito del segreto professionale. Cercate di avere a portata di mano materiale utile per fornirle i riferimenti di un Centro Antiviolenza e parlatele apertamente della necessità di prevedere un piano di sicurezza che abbia le seguenti caratteristiche:

- individuare un luogo dove recarsi in caso di imminente pericolo, magari valutando quale supporto familiare o amicale può essere attivato;
- avvisarla di tenere a portata di mano un documento e una piccola somma di denaro;
- chiedetele di avvisare della situazione (se non lo ha già fatto) parenti, amiche, colleghe/i di lavoro, al fine di poter avere dei riferimenti per eventuali emergenze;
- ricordatele che può sempre fare riferimento ai numeri telefonici di emergenza, che fanno capo al 112.

Fornite comunque i recapiti di un centro antiviolenza: il Telefono Rosa Piemonte può essere contattato telefonicamente, via e-mail, tramite chat via Messenger o Whatsapp o con post su Facebook. Potrà essere utile il materiale che vi forniremo e che potrà essere posizionato sia nella sala d'attesa sia in evidenza sulla vostra scrivania.
Se una donna chiede al medico di contattare il partner per convincerlo a desistere dall'agire ancora violenza su di lei, rifiutate gentilmente la richiesta: coinvolgere il maltrattante difficilmente ottiene risultati. Più frequentemente aumenterà la sua rabbia e la ritorsione violenta sulla donna, in quanto ha "osato" divulgare vicende familiari. Fatele capire che una donna vittima di violenza ha bisogno di un percorso di tutela e sicurezza personale, da non confondere con gli ambiti ai quali può comunque rivolgersi un uomo consapevole di essere violento.

!? *Cosa posso fare se ho individuato una situazione di* violenza*?*

Se siete uno dei medici di medicina generale a cui si è rivolto un paziente violento nei confronti di una donna, tenete conto che:

1. le sue confidenze sono un possibile primo passo e rimandategli che le sue ammissioni sono importanti per avviare un percorso che possa risolvere una situazione familiare o di coppia molto rischiosa;
2. per nessun motivo scusate o banalizzate il suo comportamento: invitatelo ad assumersi le proprie responsabilità, a cessare immediatamente i propri comportamenti ma anche a chiedere aiuto e supporto;
3. siate rispettosi, mai complici! La violenza domestica è inaccettabile ed è comunque un reato. Non siate accondiscendenti alle sue motivazioni (difficoltà economiche, conflitti familiari, abuso di alcool o sostanze, nervosismo o stress). Sono tutti possibili fattori aggravanti, ma la violenza gli appartiene, come uomo, qualunque siano le difficoltà esterne.

Per la donna:

1. mostratele disponibilità in termini di tempo e di ascolto, senza pregiudizi o commenti;
2. fatele capire che le credete, senza domande finalizzate ad improbabili obiettivi indagatori;
3. rimandatele il coraggio di essersi confidata, invitandola a prendere contatti specifici con i riferimenti che le darete;
4. assicuratevi che comprenda bene la vostra posizione, che è totalmente dalla sua parte;
5. non insinuate nemmeno lontanamente che possa essere corresponsabile della violenza: frasi come “ma forse lei lo provoca”, oppure “lei reagisce male, lasci che la rabbia gli passi” sono del tutto inutili e anche fuorvianti.

Avviate tutte le verifiche possibili in termini di refertazione o anche di segnalazione o denuncia.

!? *Esiste una definizione alla quale posso fare riferimento per parlare di "violenza assistita"?*

La *violenza assistita* è stata definita dal Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia) come "***il fare esperienza da parte del/la bambino/a 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 adulti e minori*".**

In Italia sono decine di migliaia, ogni anno, i minorenni che vivono situazioni di violenza diretta o indiretta dentro la propria casa. In caso di violenza assistita, il bambino prende consapevolezza di quello che sta accadendo osservando gli effetti stessi della violenza esercitata da padri, compagni od ex-partners sul corpo della propria mamma, sulla psiche e sull'ambiente in cui vive (fonte Save The Children)

La violenza assistita non ha effetti meno gravi, rispetto a quella diretta: è comunque un evento traumatico, spesso cronico, che causa nei minori effetti devastanti.

Il trauma può essere un singolo evento, una serie di eventi, o un insieme di condizioni durature che sopraffanno la capacità dell'individuo di tollerare o persino di rimanere pienamente presente e che sono percepite dall'individuo come una minaccia alla vita, alla sanità mentale o all'integrità corporea (a maggior ragione se riguarda se stessi o persone significative del proprio orizzonte affettivo).

(K. Saakvitne)

Nel DSM V gli effetti di eventi traumatici sono inseriti nell'area nosografica dei "Disturbi correlati a stress e trauma" (Disturbo post traumatico da stress, Disturbo Acuto da Stress, Disturbo dell'Adattamento, il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento, il Disturbo da Coinvolgimento Sociale Disinibito).

!? *Ma la violenza assistita mi riguarda direttamente?*

Non c'è dubbio: la risposta è si.

Assistere a violenze di qualunque genere, anche senza essere vittime dirette di violenza, incide pesantemente sulla loro salute globale. Il pediatra è il medico di riferimento della famiglia per tutti gli aspetti legati alla crescita, sia fisiologici sia patologici.

E' quindi interlocutore privilegiato in tutte quelle situazioni nelle quali una madre, nell'ambito cella cura prioritaria che dedica al figlio, può riferire, in forma spesso mascherata, situazioni o episodi che possono far intuire casi di violenza assistita. La salute dei minori vittime di violenza assistita è sempre a serio rischio. Molti studi confermano effetti di grande portata. Sulla rivista "Pediatrics" (2013; 131; 319) l'articolo "*The science of Early Life Toxic Stress for Pediatrics Practice and Advocacy*" segnala che

"*risk factors for toxic stress in childhood include neglect and abuse, extreme poverty, family violence, substance abuse, and parental mentalhealth problems. Young children who experience toxic stress are at high risk for a multitude of health outcomes in adulthood ranging from cardiovascular and obstructive pulmonary disease to cancers, asthma, autoimmune disease and depression*". E su "*Acta Psychiatrica Scandinavica*" (2014: 129, 180-192) nell'articolo "*Chilhood maltreatment and infiammatory markers: a systematic review"*, si afferma nelle conclusioni che "*chilhood maltreatment is associated with a chronic infòlammatory state independent of clinical comorbilities*".
Non si deve incorrere nell'errore di considerare la violenza assistita come una violenza dagli scarsi effetti: anzi, può essere considerata una forma di maltrattamento all'infanzia con effetti del tutto paragonabili a quelli della violenza diretta. Il vostro compito, come pediatri, è proprio quello di intercettare, appena possibili, i segni clinici di un possibile maltrattamento, che nel vostro caso avrebbe anche un duplice effetto: tutelare il minore ma anche, con molte probabilità, far emergere indirettamente anche la violenza subìta dalla sua mamma.

!? *Quali sono gli effetti riscontrabili in un minore che è vittima di violenza assistita?*

Gli effetti della violenza assistita, che va comunque considerata una forma grave di maltrattamento, sono riscontrabili a breve, medio e lungo termine.
L'influenza sulla crescita dei minori e sull'adattamento che avranno nelle fasi successive della loro vita è significativa, anche solo essendo testimoni di violenza domestica, e è uno degli elementi che contribuisce al fenomeno definito "trasmissione intergenerazionale della violenza".
Non vi sono molti indicatori specifici di violenza assistita. In altre parole, non è agevole pensare di poter individuare segni inequivocabili: il che riporta comunque alla necessità che vi sia da parte vostra un accurato approfondimento diagnostico e una attenta diagnosi differenziale.
Ogni area del funzionamento dell'individuo può essere compromessa. I segnali che in ogni caso si prestano ad una valutazione di malessere e disagio psicologico del minore ipoteticamente vittima di violenza assistita sono quindi molteplici.
In particolare, vanno notati:

1. disturbi comportamentali, come atteggiamenti aggressivi, stato di irrequietezza, regressione dopo aver acquisito competenze adeguate all'età, scarso rendimento scolastico, problemi generali nel comportamento, soprattutto se presenti dopo un periodo significativo di assoluta normalità;
2. disturbi sul versante sociale: in particolare ricerca la tendenza ad isolarsi, impossibilità o incapacità o scarsa capacità di entrare in rapporto significativo con i pari e a volte anche con gli adulti, poche o assenti risorse legate alla competenza sociale;

3. disturbi emotivi quali ansia, depressione, improvvisi scatti di rabbia, atteggiamenti di impotenza, instabilità emotiva e relazionale;
4. disturbi fisici: a partire dal sonno, fino all'alimentazione (rifiuto di alimentarsi o eccessi nell'alimentazione, sintomi assimilabili all'anoressia o bulimia), difficoltà motorie, disturbi addominali ricorrenti, sintomatologia dolorosa vaga e persistente;
5. disturbi cognitivi: blocchi o difficoltà nel linguaggio, difficoltà scolastiche, fobie legate al mondo scolastico o aggregativo, disturbi dell'attenzione o iperattività, disturbi dell'apprendimento, della memoria o dell'attenzione.

La sintomatologia ha tanto più significato quanto più appartiene ad un viraggio problematico dopo un periodo di normale acquisizione delle competenze e dello sviluppo nelle stesse aree sopra elencate.

Nel caso il minore abbia assistito a violenze con una evidente connotazione sessuale, si potranno osservare atteggiamenti o comportamenti sessualizzati incompatibili con l'età. In questi casi, tra le cause, non deve essere esclusa l'esposizione a violenza domestica, soprattutto se presenti sintomi ricorrenti come quelli indicati (l'elenco è significativo ma non esaustivo).

Ovviamente, vale sempre l'invito ad una accurata diagnosi differenziale al fine di evidenziare potenziali situazioni problematiche.

Nelle famiglie violente i bambini apprendono che:

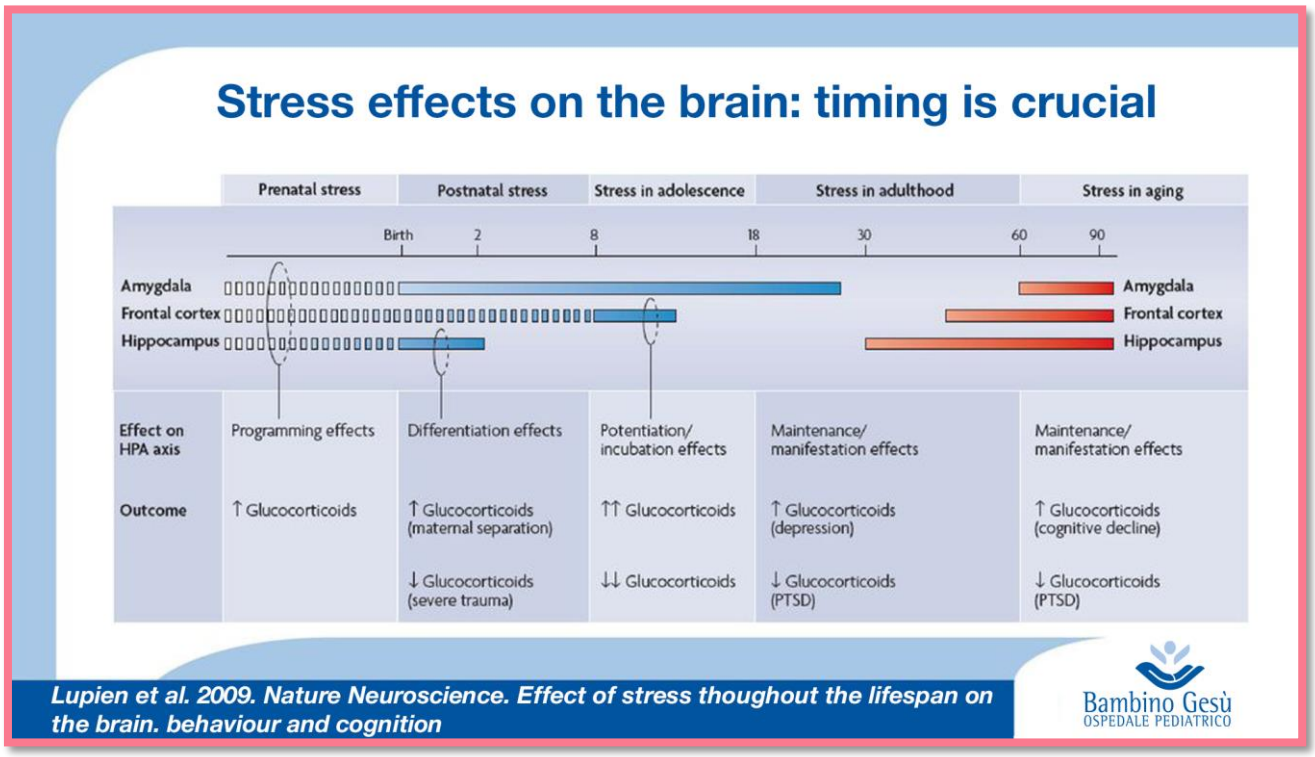
1. l'uso della violenza è normale nelle relazioni affettive;
2. l'espressione di pensieri, sentimenti, emozioni oppure opinioni è pericolosa, in quanto può scatenare episodi di maltrattamento;
3. il disprezzo per le donne e per le persone viste o considerate come più deboli portano alla conseguenza di identificare le relazioni affettive come relazioni di sopraffazione.

Il rischio di essere vittime di violenza assistita è molto precoce nella vita di un bambino: anzi, inizia persino prima della nascita. La violenza su donne in gravidanza è un fattore di rischio per le donne e, tra gli effetti, la depressione post partum può incidere negativamente sulla qualità dell'attaccamento madre/bambino.

La neo-mamme maltrattate possono sentirsi ostili nei confronti del neonato, non avere curiosità e interesse sulle tappe evolutive, a volte non riescono nemmeno a fornire ai propri figli stimoli adeguati dal punto di vista motorio e rischiano di essere fredde ma al tempo stesso ansiose, preoccupate, angosciate, con forti sentimenti di colpa e inadeguatezza nel confronti del neonato.

Tenete presente che:

1. il maltrattamento in famiglia è un reato perseguibile d'ufficio se la violenza è abituale e ripetuta;
2. non parliamo quindi di un episodio isolato (un'offesa, una minaccia o un gesto violento singolo), per quanto anche un unico fatto sia di estrema gravità e possa di per sé rivestire i connotati anche di altro reato perseguibile d'ufficio;
3. la notizia di reato in questo caso deve essere trasmessa all'Autorità Giudiziaria, anche in deroga al segreto d'ufficio e al segreto professionale.



Dal punto di vista psicologico, si tratta di una profonda alterazione dei sistemi di attaccamento, che genericamente vengono divisi in:

1. attaccamento sicuro
2. attaccamento insicuro-evitante
3. attaccamento insicuro-resistente
4. attaccamento disorientato-disorganizzato

L'assenza di un sistema di attaccamento adeguato aumenta i danni nei confronti dei bambini, che, come vedete dallo schema successivo, possiedono già una serie abbondante di stress effect, fin dalla vita prenatale. Risultano anche notevolmente alterate le funzioni esecutive, del primo sistema (reti neurali centrate sull'amigdala, che interessano principalmente le strutture sottocorticali destre e il corpo), del secondo sistema (reti fronto-parietali-ippocampali che sequenziano l'esperienza e il comportamento nello spazio-tempo) e il terzo sistema esecutivo, cioè le strutture mediali del cervello associate all'attaccamento, alla consapevolezza di sé e all'empatia verso gli altri.

!? *Cosa devo osservare in un minore che appare problematico?*

Diventa essenziale poter osservare, durante la visita ambulatoriale, alcuni segnali che possono far pensare ad eventi legati alla violenza assistita. Anche la presenza di lesioni fisiche reiterate va attentamente considerata: oltre a rappresentare possibili segnali di violenza diretta, tali esiti sono a volte causati da un comportamento motorio improprio, da frequenti cadute, da vere e proprie lesioni che alcuni bambini si autoinfliggono, spesso per far cessare la violenza contro la madre o per richiamare su di sé l'attenzione di entrambi i genitori.

E' necessario quindi osservare, ovviamente a seconda dell'età, l'atteggiamento di bambine e bambini all'ingresso in ambulatorio, in particolare:

1. modalità di interazione con l'ambiente e con il medico e gli eventuali assistenti sanitari;
2. spontaneità, curiosità e desiderio di esplorazione dell'ambiente circostante;
3. capacità di interazione con la madre, sia a livello verbale ma soprattutto, nei bambini più piccoli, a livello non verbale;
4. modalità con la quale la madre interagisce con il bambino;
5. atteggiamenti materni tendenti a sottovalutare o banalizzare sintomi somatici che possono essere significativi o indici comportamentali spesso incredibilmente negati (anche se della massima evidenza);
6. eventuali atteggiamenti distanzianti, involutivi, scarsamente o per nulla relazionali (più facile che un bambino pianga rispetto ad un bambino che non reagisce nemmeno ad una situazione nuova o non così frequente come la visita pediatrica);
7. presenza di sintomi fisici problematici;
8. presenza di disturbi comportamentali tali da far nascere dubbi di una certa consistenza;
9. mancata aderenza o compliance della madre alle terapie suggerite per il bambino;
10. rifiuto o estrema resistenza ad accertamenti diagnostici specialistici (di carattere medico o neuropsichiatrico);
11. atteggiamenti incomprensibili o poco coerenti da parte della madre.

Di seguito, uno schema molto sintetico che può orientare verso una osservazione di base (altri elementi di approfondimento richiedono tempi e competenze diverse).

TONO DELL'UMORE			
mimica *(facies; espressioni del viso)*	0	1	2
eloquio *(velocità, quantità, fluenza, prosodia)*	0	1	2
STILE DI ATTACCAMENTO			
interazione genitore *(affettività espressa; riferimento nel gioco / coinvolgimento, per esempio mostra oggetti ed è complice nel fare riferimento alla vita esterna; livello di contatto fisico; collaborazione)*	0	1	2
interazione operatore *(capacità di separarsi consapevolmente dal genitore; costruzione graduale di fiducia con l'operatore; collaborazione)*	0	1	2
esplorazione dell'ambiente *(curiosità rispetto ai giochi; responsività agli stimoli del genitore / operatore)*	0	1	2
regolazione emotiva *(ipo-normo-iper reattivo)*	0	1	2
USO DELL'OGGETTO/TIPO DI GIOCO			
sviluppo senso-motorio ⟶ simbolico	0	1	2
iniziativa *(attività spontanea)*	0	1	2
responsività *(agisce lo stimolo del genitore / operatore)*	0	1	2
espansione *(elabora e trasforma ed eventualmente riproduce lo stimolo del genitore / operatore)*	0	1	2

Il Personale Sanitario e il Diritto Penale

Com'è noto, il Codice Penale classifica i reati in base alla loro procedibilità, a querela o d'ufficio. Quando è previsto si proceda a querela, perché si avvii il procedimento penale occorre una specifica richiesta da parte della persona offesa o del suo legale rappresentante; quando invece la procedibilità è d'ufficio non occorre una espressione di volontà della persona offesa, essendo sufficiente che il Pubblico Ministero venga comunque e da chiunque portato a conoscenza dell'ipotesi di reato.

E' altrettanto noto che il Personale Sanitario (quindi non solo Medici Chirurghi, ma anche Odontoiatri, Ostetriche, Infermieri, Farmacisti, Psicologi) dipendente o convenzionato con il S.S.N. o altri Enti Pubblici ha veste di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, e in quanto tale ha l'obbligo giuridico di denunciare all'Autorità Giudiziaria i reati procedibili d'ufficio di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio o a causa delle proprie funzioni, anche quando non sia nota la persona a cui il reato è attribuito (art. 331 c.p.p.) .

!? *In cosa consiste l'obbligo di denuncia?*

La denuncia di un sospetto di maltrattamento o di un abuso sessuale in danno di un minore è da considerare a tutti gli effetti un aspetto del dovere assistenziale, previsto non solo dalle norme penali, ma anche da quelle deontologiche.

L'art. 32 del Codice di deontologia Medica 2018, intitolato "*Doveri del medico nei confronti di soggetti fragili*" infatti testualmente recita: "*Il medico* ***tutela*** *il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psicofisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico* ***segnala*** *all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale*".

La denuncia deve essere presentata in forma SCRITTA e SENZA RITARDO al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri e Polizia Municipale Nucleo di Prossimità ove esistente sono i riferimenti prioritari) . In caso di urgenza può essere preceduta da una comunicazione telefonica ai medesimi, ma solo a fini di anticipazione della segnalazione scritta.

La denuncia deve contenere in forma sintetica e chiara gli elementi essenziali del fatto, cioè le circostanze che motivano anche solo il sospetto; il giorno dell'acquisizione della notizia; le fonti di prova eventualmente già note; le generalità della persona offesa; le generalità dell'autore, se note; le generalità dei testimoni, se noti (art. 332 c.p.p). E' opportuno astenersi da giudizi circa la presunta veridicità di eventuali dichiarazioni accusatorie, perché ciò sarà di competenza dell'Autorità Giudiziaria.

Non occorre la certezza della sussistenza del reato per far scattare il dovere di denuncia: è richiesto soltanto che il sanitario sia venuto a conoscenza, in concomitanza o a causa delle funzioni espletate, di una situazione che presenti gli elementi essenziali di un fatto costituente reato procedibile d'ufficio: la Corte di Cassazione ha chiarito che deve trattarsi di elementi che appaiano sufficientemente affidabili e capaci di indurre una persona ragionevole a concludere che vi siano apprezzabili probabilità che un reato sia stato commesso.

Le conseguenze penali di una omessa denuncia sono previste dagli articoli 361 e 362 c.p.

!? *In cosa consiste l'obbligo di referto?*

Il referto è previsto dall'art. 334 c.p.p., ed è obbligo penalmente sanzionato dall'art. 365 c.p. che riguarda chiunque avendo nell'esercizio di una professione sanitaria (e dunque anche indipendentemente dalla qualifica di pubblico ufficiale, ma come mero libero professionista esercente un servizio di pubblica necessità) prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all' Autorità Giudiziaria. La disposizione dell'art. 365 c.p. non si applica solo quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore, o se vi è pericolo nel ritardo immediatamente, al Pubblico Ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui si è prestata l'opera o l'assistenza.

Nel caso riguardi un minore, il referto oltre a indicare gli elementi richiesti dalla norma (persona a cui si è data assistenza; sue generalità; luogo in cui si trova attualmente e in cui è stato svolto l'intervento; notizie sulle circostanze del fatto, mezzi con i quali è stato commesso e effetti che ha causato) è opportuno precisi anche da chi è stata chiesta la visita medica; chi sia presente con il minore; anamnesi; esame obiettivo del minore in ogni parte del corpo e suo comportamento durante la visita; presenza o assenza di lesioni recenti o pregresse; eventuale racconto spontaneo del minore; eventuale disponibilità di materiale fotografico.

Tanto la denuncia quanto il referto debbono avere forma scritta, ed è necessario vengano trasmessi in modo tracciabile (PEC, fax, o tramite Polizia, Carabinieri o Polizia Municipale) alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

!? *Ma quali sono i reati procedibili d'ufficio in cui può imbattersi il sanitario, in relazione a un minore?*

E' opportuna in questa sede una mera sintetica e non esaustiva elencazione dei reati procedibili d'ufficio eventualmente ipotizzabili in danno di un minore e che potrebbero venire a conoscenza di un sanitario MMG o PLS, rinviando gli approfondimenti conoscitivi degli elementi costitutivi delle singole fattispecie ai materiali a cui questa guida operativa ha attinto, in quanto illustrati nel corso della formazione e reperibili sui siti del Telefono Rosa Piemonte, della FIMMG e della SIP.

- Lesioni personali volontarie (art. 582 e ss c.p.) con prognosi di guarigione uguale o inferiore a 40 giorni di guarigione quando le lesioni siano state procurate con arma o oggetto atto a offendere o con mezzi venefici

- Lesioni personali volontarie con prognosi superiore a 40 giorni, o da cui derivi un pericolo per la vita o una malattia certamente o probabilmente insanabile, o un indebolimento permanente o la perdita di un senso o di un organo o della capacità di procreare
- Lesioni personali volontarie che, indipendentemente dalla prognosi di guarigione, siano connesse e conseguenti ad altro reato punibile d'ufficio (ovvero tutti quelli che seguono nella presente elencazione, oltre ad altri, quali ad esempio rapina ex art. 628 c.p. o estorsione ex art. 629 c.p.)
- Mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis c.p.)
- Interruzione volontaria illegale di gravidanza (art. art. 19 L. 194/78)
- Abuso dei mezzi di correzione (art. 571 c.p)
- Maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.) nella forma della violenza diretta o assistita, che in quest'ultimo caso si realizza non solo quando il minore è spettatore del maltrattamento abitualmente agito in danno di altro familiare, ma anche quando è esposto alle conseguenze del maltrattamento, e anche indipendentemente dalla sua età, potendosi configurare anche in danno di un lattante
- Atti persecutori (c.d. *stalking*, *bullismo e cyberbullismo,* art. 612 *bis* c.p.)
- Diffusione di immagini o video sessualmente espliciti (c.d. *Revenge Porn*, art. 612 *ter* c.p.)
- Minaccia grave (art. 612 co, 2 c.p.)
- Circonvenzione di incapaci (art. 643 c.p.)
- Inosservanza degli obblighi di assistenza familiare (art. 570 co. 2 c.p.)
- Sfruttamento del lavoro minorile (art. 603 *bis* c.p.)
- Impiego di minori nell'accattonaggio (art. 600 *octies* c.p.)
- Costrizione o induzione al matrimonio (art. 558 *bis* c.p.)
- Deformazione dell'aspetto mediante lesioni permanenti al viso (art. 583 *quinquies* c.p.)
- Prostituzione minorile (art. 600 *bis* c.p.)
- Pornografia minorile (art. 600 *ter* c.p.)

- Detenzione di materiale pornografico (art. 600 *quater* c.p.)
- Pornografia virtuale (art. 600 *quater* c.p.)
- Corruzione di minore (art. 609 *quinquies* c.p.)
- Violenza sessuale (art. 609 *bis* c.p.) che comprende non solo il contatto fisico ma anche la costrizione o induzione a compiere atti di autoerotismo a distanza. E' opportuno segnalare che la costrizione a compiere o subire atti sessuali in danno di infradiciottenne è sempre procedibile d'ufficio non solo quando commessa con violenza o minaccia o abuso di autorità o approfittando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa; ma anche quando è commessa con l'uso di armi, sostanze alcooliche o stupefacenti; o quando il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore anche adottivo, o dal suo convivente, dal tutore o da persona a cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione o vigilanza, o abbia con lui una relazione di convivenza; inoltre, quando l'autore del fatto sia un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; e in ultimo, quando la violenza sessuale sia connessa con altro reato procedibile d'ufficio.
- Violenza sessuale aggravata (art. 609 *ter* c.p.)
- Violenza sessuale aggravata perché commessa all'interno o nelle vicinanze di istituto di istruzione frequentato dalla persona offesa (art. 609 *ter* co. 5 bis c.p.)
- Atti sessuali con minorenne infraquattordicenne (tranne nel caso non punibile che l'autore abbia una differenza di età non superiore a quattro anni rispetto a un tredicenne) e infradiciottenne quando l'autore del fatto sia un ascendente, un genitore anche adottivo, o un suo convivente, un tutore o persona a cui il minore sia affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione o vigilanza, o abbia con lui una relazione di convivenza (art. 609 *quater* c.p.)
- Violenza sessuale di gruppo (art. 609 *octies* c.p.)
- Adescamento di minorenni (c.d. *Grooming*, art. 609 *undecies c.p.)*
- Istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia (art. 414 *bis* c.p.)

!? *Come si conciliano l'obbligo di denuncia e l'obbligo di segreto professionale?*

I riferimenti normativi utili alla risposta al quesito si trovano nei seguenti articoli:

- art. 331 e 332 c.p.p. (obblighi di denuncia e di referto)
- art. 622 c.p. (reato di rivelazione di segreto professionale non punibile se commesso per **giusta causa**, anche per necessità di tutelare interessi confliggenti, in un ragionevole bilanciamento di valori)
- Art. 10 Codice Deontologia Medica (rivelazione ammessa per giusta causa)
- Art. 200 c.p.p. (possibilità di esenzione del sanitario dalla testimonianza per segreto professionale, superabile dal Giudice)

E' ovvio che quando c'è l'obbligo di denuncia o di referto il problema non si pone, e il segreto professionale soccombe *ex lege* al dovere di segnalazione.

In tutti gli altri casi andrà valutato attentamente il problema del conflitto tra due obblighi deontologicamente prescritti:

- L'obbligo al segreto (art. 10 Cod. Deontologico.)
- Il dovere di tutelare il minore anche con la testimonianza (art. 32 Cod. Deontologico)

Occorre valutare attentamente, ma mai sottovalutare l'obbligo etico di contribuire a proteggere il minore, come aspetto extra clinico di dovere assistenziale.

Rientra ovviamente nel concetto di giusta causa, e non è neppure oggettivamente una comunicazione che richieda il consenso, essendo trasmissione di segreto professionale ad altro collega, a propria volta tenuto al segreto, la missiva di accompagnamento che è opportuno il medico del territorio trasmetta via email o fax in caso di paziente inviato al Pronto Soccorso per sospetta violenza. E' anzi opportuno – in un'ottica di collaborazione interattiva e multidisciplinare in situazioni di tale delicatezza, che impongono un lavoro di rete - che tale missiva contenga tutte le specifiche già indicate opportune per il referto.

Rapporto medico-paziente in ambito civilistico

Nel caso di un sanitario "esercente un servizio di pubblica necessità" (c.d libero professionista) viene ad instaurarsi un rapporto di "natura contrattuale" con il paziente.
I sanitari rispondono per danni conseguenti a: a) Negligenza ; b) Imprudenza c) Imperizia

GRAVITÀ DELLA COLPA PROFESSIONALE

Per determinare la gravità si valuta il comportamento concreto dell'esecutore. Si pesa la presenza degli elementi che causano il comportamento colposo: **Quando si oltrepassa il limite? :** Se il comportamento è viziato da negligenza (ovvero superficialità trascuratezza disattenzione) o imprudenza (ossia una condotta avventata e temeraria), si tende a delineare il superamento del confine. In presenza di imperizia (che coincide con la scarsa preparazione professionale) invece si entra nel merito della specifica situazione.
Il giudizio sulla colpa grave si realizza quando chi esegue la prestazione è protagonista di un errore molto grossolano e madornale.

CONDOTTA OMISSIVA

La colpa omissiva attiene alla mancata segnalazione di una situazione di grave pregiudizio per un paziente nel caso di specie per un minore vittima di violenza sessuale o violenza assistita e può rientrare nell'ipotesi di colpa grave.

CONDOTTA COMMISSIVA

Tale condotta consiste nel comportamento del medico che per errore o per imprudenza o negligenza, non si avvede di una situazione fisica o psicologica di grave pregiudizio per il minore desumibile o dal suo stato di salute oppure da gravi carenze di cura, tutela, accudimento o nei casi più gravi di abuso da parte dei genitori o di terze persone quali ad esempio parenti, insegnanti, precettori, istruttori etc.

RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

La responsabilità civile, a differenza di quella penale, non è strettamente personale e comporta l'obbligo di risarcire il danno. L'area della responsabilità civile è più ampia perché molti fatti illeciti non configurano dei reati per assenza di dolo o di colpa.

LE LINEE GUIDA

a) LG come fonti di cognizione e non di produzione di regole cautelari;
b) LG vanno valutate sul caso concreto ed è possibile discostarsene motivando il perché.
"...**è illusorio pensare che ogni contesto rischioso possa trovare il suo compiuto governo in regole precostituite e ben fondate, aggiornate, appaganti rispetto alle esigenze di tutela...". (Cass. Penale 16237/2013.**
L'operato professionale dei medici deve essere calato nel caso concreto e va considerata la primaria salvaguardia di interessi umani preminenti quale l'interesse del minore all'integrità psico fisica.

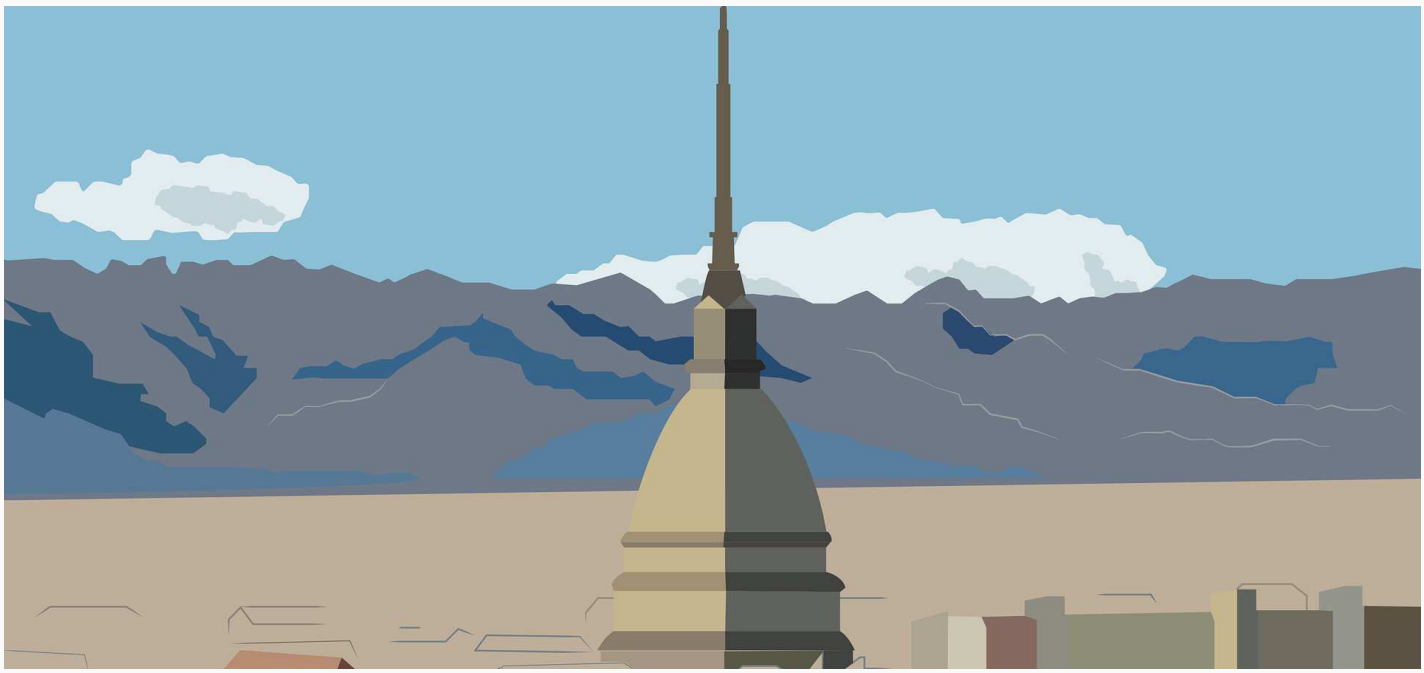
L'art. 7 della D.L 13 settembre 2012 n. 158 noto come Legge Balduzzi introduce il c.d "doppio binario":
- Responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c a carico delle strutture sanitarie (pubbliche o private) e dei liberi professionisti.
- Responsabilità extra-contrattuale ai sensi dell'art. 2043 c.c per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria (pubblica o privata o in rapporto di convenzione con il SSN).
- L'art. 9 della c.d Legge Balduzzi limita il diritto di rivalsa della Struttura Sanitaria che ha risarcito il paziente e si rifà dell'esborso nei confronti del medico nel caso questa debba rispondere del suo operato, ai soli casi di dolo o colpa grave. Quindi la rivalsa non avviene nell'ipotesi di colpa lieve.
- Nelle strutture pubbliche la quantificazione del risarcimento dei danni dovrà tenere conto "*delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa della struttura".*
- L'azione di rivalsa sul medico in caso di colpa grave non potrà mai essere esercitata per importi superiori al triplo della retribuzione lorda annuale o comunque del reddito professionale conseguito dal responsabile nell'anno di commissione della condotta o (se maggiore) nell'anno immediatamente successivo o precedente.
- La struttura sanitaria secondo l'art. 10 deve coprire con idonea polizza il rischio di responsabilità dei propri esercenti se oggetto di richieste risarcitorie dirette da parte dei pazienti.
- La struttura sanitaria deve comunicare entro 45 giorni all'esercente la professione sanitaria l'oggetto ed il quantum della domanda risarcitoria. E) E' consigliabile ai professionisti di contrarre un'assicurazione per colpa grave.

RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DI FAMIGLIA DEI PEDIATRI E DEI MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- La responsabilità penale del pediatra o medico di famiglia "primo garante" dei pazienti e dunque tenuto a prestare da subito un intervento che avrebbe potuto impedire l'evento lesivo riportato dal paziente, fa sì che possa rispondere anche in ambito civilistico se si dimostri che una tempestiva comunicazione avrebbe evitato danni alla salute psico-fisica del minore.
- Il Pediatra ha un obbligo specialistico di ascoltare e visitare il paziente e di segnalare ogni sospetto di abuso o violenza o situazione di pregiudizio.
- Profili di responsabilità della Guardia Medica.
- Ai sensi dell'art. 2176 comma 2 c.c vi è l'obbligo quello di effettuare la visita domiciliare se necessaria (art. 13 D.P.R 41/1991) qualora inviti il richiedente a chiamare il 118 mostrando di non essersi reso conto che la situazione denunciata richiedeva un tempestivo intervento di un sanitario. Ai fini della responsabilità civile il legale rappresentante del minore vittima di violenza diretta o assistita dovrà provare che le lesioni o anche la morte del paziente sono conseguenza della omessa visita.
- L'art. 5 nr. 3 della c.d Legge Balduzzi prevede che: "*il Giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, **tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria**, ai sensi dell'art. 5 della presente legge e dell'art. 590- sexies del codice penale, introdotto dall'art. 6 della presente legge".*

TELEFONO ROSA PIEMONTE DI TORINO (ODV)

CENTRO ANTIVIOLENZA
E DI
ORIENTAMENTO PER I DIRITTI DELLE DONNE
VIA ASSIETTA 13/A
10128 TORINO (ITALY)
C.F. 97549720015



CONTATTI:

011.530666 – 011.5628314

In orario serale dal lunedì al venerdì dalle 19,30 alle 23,30

327.3275692 (attivo anche su whatsapp)

www.telefonorosatorino.it

www.facebook.com/telefonorosa.torino