

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1712 del 17/10/2022

Seduta Num. 43

Questo lunedì 17 **del mese di** Ottobre
dell' anno 2022 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA in modalità mista
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Felicori Mauro	Assessore
6) Mammi Alessio	Assessore
7) Priolo Irene	Assessore
8) Salomoni Paola	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Felicori Mauro

Proposta: GPG/2022/1772 del 06/10/2022

Struttura proponente: SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: APPROVAZIONE DELLE "RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA E LA PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO DELLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA DI GENERE" A SEGUITO DEL RECEPIMENTO DEL D.P.C.M. 24 NOVEMBRE 2017 SU "LINEE GUIDA NAZIONALI PER LE AZIENDE SANITARIE E LE AZIENDE OSPEDALIERE IN TEMA DI SOCCORSO E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA".

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Maurizia Rolli

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'art. 2, del D. Lgs. n. 502/1992, così come successivamente integrato e modificato, che prevede, al comma 2, che spettano alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle Aziende Sanitarie, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;

Richiamati il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 1235/1999, il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, approvato dall'Assemblea Legislativa con deliberazione n. 175/2008, la cui validità è stata prorogata per gli anni 2013 e 2014 con delibera assembleare n. 117/2013 e il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, approvato dall'Assemblea Legislativa con deliberazione n. 120/2017, i quali:

- ribadiscono come il sistema delle cure ospedaliere sia basato su organizzazioni ad elevata qualificazione, per garantire trattamenti sicuri e di qualità;
- nell'ambito delle tematiche attinenti al governo clinico e alla qualità delle cure esprimono il concetto di miglioramento continuo della qualità dei servizi anche come percorso imprescindibile di sostenibilità del sistema sanitario regionale;

Visti e richiamati:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" (Allegato 2, parte integrante e sostanziale alla presente delibera) che:
 - a) definisce a livello nazionale le Linee guida di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza con la denominazione di "Percorso per le donne che subiscono violenza";
 - b) prevede che le Aziende sanitarie e ospedaliere che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti, recepiscono le stesse Linee guida, compatibilmente con le risorse disponibili stanziare per il Fondo Sanitario Nazionale;
 - c) rende disponibile all'Allegato B un sistema di rilevazione del rischio di revittimizzazione nei casi di maltrattamento;
- le raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale pubblicate nel 2016 nella collana regionale "I quaderni del professionista" (Quaderno numero speciale);

- la legge regionale 27 giugno 2014, n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere" e in particolare il titolo V "Indirizzi di prevenzione della violenza di genere" che all'art. 17 disciplina tempi e modi di adozione del Piano regionale contro la violenza di genere e che all'art. 18 istituisce l'Osservatorio regionale sulla violenza di genere;
- la legge regionale 1° agosto 2019 n. 15 "Legge regionale contro le discriminazioni e le violenze determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere";
- il Piano regionale contro la violenza di genere, approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa n. 54/2021 ai sensi dell'art. 17, della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6, il quale:
 - a) individua i servizi generali, come quelli sanitari (in particolare Pronto Soccorso e Consultori Familiari), ed i servizi sociali, quali nodi essenziali delle reti territoriali di protezione, prevedendo l'accesso ed un primo ascolto competente ed efficace, la valutazione del rischio, l'offerta dei servizi più appropriati presenti sul territorio e degli strumenti, anche giuridici, a disposizione, finalizzati all'immediata messa in sicurezza;
 - b) richiama le Linee guida nazionali per i Pronto Soccorso e la loro declinazione regionale, anche con riferimento ad una compiuta refertazione;
- la legge 5 maggio 2022, n. 53 "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere", in particolare con riferimento:
 - a) all'art. 2, che definisce una serie di obblighi di rilevazione relativi agli episodi di violenza di genere;
 - b) all'art. 3, ove si prevede l'integrazione della relazione annuale sull'attività dell'ISTAT con i dati raccolti in materia di violenza di genere;

Considerato che:

- alla luce delle indicazioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 e dell'esperienza maturata negli anni nei servizi della Regione Emilia-Romagna era necessario aggiornare le raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale pubblicate nel 2016 nella collana regionale "I quaderni del professionista" (Quaderno numero speciale);
- l'area sanitaria rappresenta un punto nevralgico di raccolta dati sulla violenza di genere perché consente, a fronte di una formazione specifica per gli operatori sanitari, di intercettare le donne che potrebbero essere restie a dichiarare la violenza subita, e anche di attivare il percorso

di presa in carico, in particolare, registrare e codificare gli accessi delle donne al Pronto Soccorso per violenza si configura come una procedura fondamentale;

- per quanto attiene alla rilevazione dei dati statistici in tema di violenza di genere, la Legge 5 maggio 2022, n. 53, in particolare con riferimento agli adempimenti di cui agli artt. 2 e 4, individua la necessità di rilevare la relazione tra autore e vittima del reato, la tipologia della violenza, l'eventuale presenza dei figli dell'autore o della vittima, degli indicatori di cui all'allegato B del DPCM 24 novembre 2017;

Rilevata pertanto la necessità per le Aziende di individuare percorsi e procedure per l'accoglienza e la presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete territoriale per le donne vittime di violenza;

Preso atto che il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare con determinazione n. 14613 del 27 luglio 2022 ha costituito il Gruppo di lavoro per la presa in carico sanitaria di donne che subiscono violenza di genere, con il mandato di supportare la Direzione nell'attuazione della Delibera Assemblea Legislativa n. 54 del 13 ottobre 2021;

Preso atto altresì che il Gruppo di lavoro sopra menzionato ha portato a termine il mandato ricevuto, e che le professioniste e i professionisti coinvolti hanno elaborato un documento di proposta di "Raccomandazioni per l'Accoglienza e la presa in carico in pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere" (di seguito anche "Raccomandazioni");

Considerato che tali Raccomandazioni sono state oggetto di analisi e valutazione positiva all'interno della competente Direzione Generale;

Ritenuto necessario, in ragione di quanto sopra:

- recepire le "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 (allegato 2 alla presente delibera, parte integrante e sostanziale);
- approvare tali Raccomandazioni in allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e s.m.i.;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- il D. Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 771 del 24 maggio 2021, che conferisce fino al 31/05/2024 l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna e degli Istituti e Agenzie regionali, di cui all'art. 1 comma 3 bis, lett. b) della L.R. n. 43 del 2001;
 - n. 111 del 31 gennaio 2022 "Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024, di transizione al Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all'art. 6 del D.L. n. 80/2021";
 - n. 324 del 07 marzo 2022 "Disciplina Organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale", con la quale si approva la disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale a decorrere dal 01/04/2022;
 - n. 325 del 07 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
 - n. 426 del 31 marzo 2022 "Riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia";
 - n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni generali/Agenzie della Giunta regionale";

Richiamate, infine, le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 09 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022";

n. 18519 del 30 settembre 2022, ad oggetto "Conferimento di incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare";

n. 7162 del 15 aprile 2022, avente ad oggetto "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della persona ed approvazione di alcune declaratorie";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta congiunta degli Assessori alle Politiche per la Salute e alla Montagna, Aree interne, Programmazione territoriale e Pari opportunità;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare il documento recante "Raccomandazioni per l'Accoglienza e la presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere" in allegato alla presente delibera, quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 1), a seguito del recepimento delle "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza", di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017, in allegato alla presente delibera quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 2);
2. di demandare alle Aziende Sanitarie e ospedaliere e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale il compito di assicurare la piena attuazione di tali Raccomandazioni, per quanto di rispettiva competenza, entro 120 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento;
3. di dare mandato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di verificare, decorso un anno dalla data di approvazione del presente provvedimento, l'avvenuta ottemperanza da parte di Aziende/Enti di cui al precedente punto 2;
4. di disporre la ulteriore pubblicazione prevista dalla Determina dirigenziale n. 2335/2022, ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.;
5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

RACCOMANDAZIONI

Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere

Settembre 2022



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RACCOMANDAZIONI

Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere

Settembre 2022

La realizzazione del documento rientra all'interno delle attività del Gruppo di Lavoro regionale definito dalla determinazione n. 14613 del 27 luglio 2022: "Costituzione del gruppo di lavoro presa in carico sanitaria di donne che subiscono violenza di genere, per l'attuazione della DAL 54 del 13 ottobre 2021"

© Regione Emilia-Romagna – Settembre 2022
Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Grafica di copertina e impaginazione: Barbara Paltrinieri, Settore Assistenza Territoriale

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, settembre 2022.

Il documento è disponibile on line nel sito web SaPeRiDoc all'indirizzo:
<http://www.saperidoc.it/consultori-famigliari>

Coordinamento:

Dario Tedesco	Settore Assistenza Ospedaliera
Michela Bragliani	Settore Assistenza Territoriale

Alla realizzazione del documento hanno collaborato:

Silvana Borsari	Ausl Modena, in quiescenza
Maria Stella D'Andrea	Ausl Reggio Emilia
Rosa Maria Gaudio	AOU Ferrara e Centro Universitario sulla Medicina di Genere
Tiziana Iervese	Ausl Romagna
Rachele Nanni	Ausl Romagna
Elisabetta Pillai	Ausl Romagna
Carla Verrotti di Pianella	Ausl Parma

Si ringraziano

Lorenzo Badia, UOC Malattie Infettive, IRCCS Policlinico di S. Orsola, Bologna
Alessandra Campani, "Nondasola" onlus, Reggio Emilia, per la collaborazione
Elena Castelli, Settore Assistenza Territoriale, per la collaborazione
Viola Damen, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'avvio del lavoro sulle raccomandazioni
Cristina Karadole, Virginia Peschiera e Francesca Ragazzini, Settore Politiche Sociali e Socio-educative, per la supervisione
Barbara Leonardi, Settore Assistenza Territoriale, per la collaborazione.

Si ringraziano inoltre, per l'approfondimento sulla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico:

Salvatore Urso, Settore Risorse Umane e Strumentali, Infrastrutture
Guido Padalino, Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Indice

Presentazione	7
1.Introduzione	8
1.1 Il contesto nazionale e internazionale	8
1.2 Gli interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere	9
1.3 La rilevazione dei dati in Italia	10
1.4 L'esperienza della violenza di genere e la presa in carico	11
2.Il percorso in emergenza delle donne che subiscono violenza	13
2.1. Accesso al Pronto Soccorso e triage	13
2.2 Fase diagnostico - terapeutica	15
2.3 Protocollo operativo	16
2.3.1 Anamnesi	16
2.3.2 Raccolta del racconto	16
<i>Raccolta del racconto nel caso di riferita violenza sessuale</i>	17
2.3.3 Esame clinico generale con descrizione dell'obiettività fisica	17
<i>Esame clinico dell'area genito- anale</i>	18
2.3.4 Accertamenti di laboratorio, strumentali e clinico-specialistici	21
2.3.5 Esami di laboratorio, terapia farmacologica e profilassi	21
2.3.6 Conservazione elementi clinici, iconografici e documentali	22
2.4 Redazione della scheda di rilevamento di sospetta violenza di genere	23
2.5 Dimissione dal Pronto Soccorso e attivazione dei percorsi di supporto e di accompagnamento in "uscita" da una situazione violenta	24
2.5.1 Rilevazione rischio di recidiva e avvio percorsi di presa in carico	24
2.5.2 Referto alla dimissione dal Pronto Soccorso	26
2.5.3 Colloquio valutativo specialistico psicologico: referto psicologico	26
2.6 Obiettivi per le Aziende sanitarie	31
2.6.1 Modello organizzativo	32
3.Documenti consultati	34
4. Normativa di riferimento	34

Allegati

35

1. Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere
2. Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere: parte specifica per sospetta violenza sessuale
3. Composizione Kit per prelievi a fini medico-legali
4. Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica
5. Guida alla repertazione
6. Tabella guida alla valutazione psicologica e BRAFED
7. Check list pre-dimissione in caso di maltrattamento, abuso o violenza
8. Valutazione del Rischio
9. Consenso informato al referto psicologico in seguito a violenza/maltrattamento
10. Fac simile referto psicologico
11. *Peritraumatic Distress Inventory* – PDI
12. *Revised Impact of Event Scale* – IES
13. *Post Traumatic Stress Disorder checklist* – PLC
14. *Stalking Behavior Checklist* – SBC
15. Glossario
16. Cenni generali, reati procedibili d'ufficio e normativa

Presentazione

Il presente documento sostituisce e aggiorna le raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale pubblicate nel 2016 nella collana regionale "I quaderni del professionista" (Quaderno numero speciale¹) alla luce delle indicazioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017² e dell'esperienza maturata negli anni nei servizi della Regione Emilia-Romagna.

È indirizzato prioritariamente alle/ai professioniste/i³ che sono coinvolte/i nell'accoglienza delle vittime di violenza di genere nei servizi di emergenza-urgenza. Si esorta quindi a diffondere le seguenti raccomandazioni alle/ai professioniste/i ed operatrici/ori pubblici e privati, che a diverso titolo operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne, dei Servizi/Centri/Enti come di seguito individuati⁴:

- Servizi sanitari del Servizio Sanitario Nazionale, ospedalieri e territoriali;
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri anti violenza e Case rifugio;
- Forze dell'Ordine e Forze di Polizia locali;
- Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni;
- Tribunale (civile-penale-per i Minorenni);
- Enti territoriali (Province - Città metropolitane - Comuni).

Nota alla lettura

Nei riquadri **azzurri** vengono evidenziati dati o informazioni rilevanti per la/il lettrice/lettore; nei riquadri **viola** vengono evidenziati i commenti; nei riquadri **gialli** sono riportate le raccomandazioni operative per ogni argomento affrontato.

¹ <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>

² Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017, "Linee guida nazionali per le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" (G.U. 30/1/2018). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>

³ Questo documento è attento alla **prospettiva di genere** e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, **alternando di volta in volta il genere o utilizzandoli entrambi**. Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica. <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazioneemi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regioneemilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

⁴ Ogni attore della rete anti violenza territoriale agisce secondo le proprie competenze, ma con un approccio condiviso ed integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere.

1. Introduzione

1.1 Il contesto nazionale e internazionale

La quarta Conferenza ONU sulle Donne⁵, tenutasi a Pechino nel 1995, invocava una sistematica valutazione delle conseguenze della violenza sulla salute, mentre la Conferenza dell'Assemblea Mondiale della Salute del maggio 1996⁶ decretava la prevenzione della violenza come priorità di salute pubblica.

L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella Raccomandazione n. 1582/2002⁷ dichiarava che la violenza contro le donne "è un fenomeno endemico che riguarda tutti i paesi europei e si osserva in tutte le categorie o classi sociali. (...) Secondo le statistiche, la violenza in ambito domestico rappresenta per le donne di età tra i 16 e i 44 anni la principale causa di decesso e di invalidità". Valutata l'importanza del ruolo sanitario, l'Assemblea parlamentare indicava con precisione la necessità di "offrire al personale medico una formazione capace di individuare le vittime di violenza assicurando ad ognuna, senza discriminazione alcuna, assistenza immediata ed esauriente, frutto di sforzi coordinati, multidisciplinari e professionali".

Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicava il primo "Report Mondiale sulla violenza e salute" (Dahlberg, Krug, 2002)⁸, con il fine di accrescere la consapevolezza di ricercatrici/tori e operatrici/tori della sanità, sia clinici che sociali, sul problema delle violenze a livello globale, e di sensibilizzarli al concetto per cui *la violenza si può prevenire*, suggerendo loro di considerare il ruolo fondamentale dei servizi di salute pubblica nel rimuovere le cause e diminuire le conseguenze della violenza di genere.

Un successivo documento pubblicato sempre dall'OMS nel 2004⁹ forniva indicazioni pratiche su come applicare le raccomandazioni del precedente Report, con l'auspicio che in tutti i Paesi si allestissero Piani nazionali di contrasto alla violenza sulle donne. Nel 2007 l'ISTAT pubblicava il primo Report sulla "Violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia"¹⁰, da cui emergeva che oltre 6 milioni di donne, tra i

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11903>

⁶ https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

⁷ https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-04-24&atto.codiceRedazionale=08A02698&atto.tipoProvvedimento=COMUNICATO

⁸ https://www.epicentro.iss.it/focus/domestica/rapporto_campagna
<https://www.istat.it/it/files/2017/11/Violenza-e-salute.pdf>

⁹ Clinical management of rape survivors. Geneva, WHO/UNHCR, 2004

¹⁰ <https://www.istat.it/it/files/2011/07/testointegrale.pdf>

15 ed i 70 anni, affermavano di essere state, almeno una volta nella loro vita, vittime di maltrattamenti e/o violenza sessuale.

Nel 2010 veniva presentato, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro per le Pari Opportunità, il "Piano nazionale contro la violenza di genere e stalking"¹¹ a valenza triennale, che affrontava per la prima volta il tema della violenza di genere in modo organico, senza specificare tuttavia le azioni da intraprendere su chi agisce violenza (solitamente uomini). Contestualmente, veniva istituita a livello italiano la Settimana contro la violenza sulle donne (comprendente la Giornata Mondiale del 25 novembre). Dall'inizio del nuovo millennio, è stata istituita una Rete Nazionale antiviolenza¹² con ambiti territoriali, i cui soggetti pubblici e privati¹³ sono vincolati a protocolli operativi per l'accoglienza delle vittime; dal 2010 la rete comprende le Forze dell'Ordine. Nel consuntivo di attività del numero di pubblica utilità "antiviolenza" 1522¹⁴, dedicato alle vittime di violenza, viene riportato che, nei primi sei anni di attivazione, ci sono stati circa 80.000 contatti¹⁵.

Secondo ricerche internazionali, nei paesi industrializzati, si stima che più del 30% delle donne abbia subito nel corso della propria vita maltrattamenti fisici o sessuali da parte di un partner o di un ex partner, dato confermato dalla ricerca ISTAT 2014¹⁶ che riafferma come il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni abbia subito almeno una volta violenza fisica o sessuale.

1.2 Gli interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere

Un approccio volto al contrasto del fenomeno della violenza di genere è quello definito di *salute pubblica*, basato su un impianto multidisciplinare che coinvolge medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educazione ed economia. In questa prospettiva, le diverse discipline dovrebbero mostrarsi convergenti in azioni multisettoriali per mettere in evidenza, anche metodologicamente, obiettività visibili,

¹¹[https://www.globalwps.org/data/ITA/files/National%20Plan%20Against%20GenderBased%20Violence%20and%20Stalking%20\(I\).pdf](https://www.globalwps.org/data/ITA/files/National%20Plan%20Against%20GenderBased%20Violence%20and%20Stalking%20(I).pdf)

¹² <https://www.interno.gov.it/it/contatti/rete-nazionale-antiviolenza-sostegno-donne-vittime-violenza>

¹³ Già dagli anni Ottanta nascono centri antiviolenza e case rifugio gestite da volontarie, cui va riconosciuto di avere costruito una cultura di accoglienza e difesa delle vittime di prezioso valore sociale. In Italia i primi Centri sono stati quelli di Bologna e di Milano, mentre, ad un censimento del 2009, i centri e le case rifugio in Italia risultavano diffusi in 16 Regioni su 21, più numerosi nel nord e nel centro del Paese, con un modello di intervento in rete con le altre agenzie territoriali.

¹⁴ <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2020/11/Report-di-analisi-dei-dati-del-numero-verde-contro-la-violenza-e-lo-stalking-1522-22112020.pdf>

¹⁵ <https://www.istat.it/it/archivio/258897>

¹⁶ <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>

ma anche permettere il riconoscimento di quegli elementi non evidenti e tanto meno evidenziati o mostrati o ancora raccontati dalla donna.

Riconoscere la violenza di genere tra gli elementi che compromettono la salute pubblica significa anche impegnare una massiccia azione di ricerca nell'identificazione dei fattori di rischio, che interagiscono tra loro a diversi livelli: individuale, di rete sociale ristretta, di comunità e di società, combinati nei tre stadi possibili di prevenzione. Come noto, infatti, si possono individuare una prevenzione *primaria* (prima che la violenza avvenga), una prevenzione *secondaria* (finalizzata ad abbreviare i tempi per la diagnosi di violenza e per eventuali trattamenti sanitari preventivi, per esempio delle infezioni a trasmissione sessuale in caso di violenza sessuale, ma anche di una risposta depressiva all'accaduto, etc.), una prevenzione *terziaria* (con lo scopo di contrastare la ricaduta nella violenza, attraverso la riabilitazione e la reintegrazione dell'autore e di ridurre le conseguenze a lungo termine della violenza sulle vittime).

Le conoscenze relative ai casi di violenza sulle donne che arrivano all'attenzione dei servizi sanitari (es. consultori familiari, Pronto Soccorso, servizi di Cure Primarie e altri servizi sanitari con accesso diretto ecc.) sono state per lungo tempo parziali, sia per una mancata sistematicità delle rilevazioni, sia per carenza informativa sulle relazioni tra autore e vittima. L'area sanitaria rappresenta un punto nevralgico di raccolta dati perché consente, a fronte di una formazione specifica per gli operatori sanitari, di intercettare le donne che potrebbero essere restie a dichiarare la violenza subita, e anche di attivare il percorso di presa in carico. In particolare, registrare e codificare gli accessi delle donne al Pronto Soccorso per violenza si configura come una procedura fondamentale.

Occorre ricordare che, seppure con questo documento si propongano raccomandazioni per l'accoglienza e la presa in carico in Pronto Soccorso della donna vittima di violenza, in realtà non esiste un modello unico di intervento, in quanto ciascuna donna ha un suo proprio vissuto traumatico che va rispettato e curato. Un'adeguata formazione del personale sanitario risulta pertanto critica per individuare e prendere in carico il maggior numero possibile di casi di violenza. Va quindi valutata la possibilità di estendere le esperienze più avanzate di intercettazione dei casi di violenza all'intero sistema sanitario.

1.3 La rilevazione dei dati in Italia

Con l'Accordo tra il Ministero della Salute e l'ISTAT, firmato il 20 novembre 2019, per "l'alimentazione della Banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari", i due enti, nell'ambito delle rispettive competenze tecniche e istituzionali, hanno attivato un rapporto di collaborazione che nel corso del 2020 ha portato ad

analizzare gli accessi in Pronto Soccorso, rilevati dal Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR)¹⁷, al fine di approfondire la conoscenza del fenomeno. In Italia nel triennio 2017-2019 le donne che hanno effettuato almeno un accesso in Pronto Soccorso con l'indicazione di diagnosi di violenza, sono state 16.140 (per un numero totale di 19.166 accessi pari a 1,2 pro capite). Dai dati di Pronto Soccorso emerge inoltre che le stesse donne, nell'arco del triennio 2017-19, hanno effettuato ulteriori accessi in Pronto Soccorso con diagnosi diverse da quelle riferibili a violenza.

Complessivamente, il numero di accessi pro capite per questo gruppo di popolazione, a prescindere dalla diagnosi, è superiore a 5 e nella classe di età 18-44 anni è superiore a 6. Questo significa che una donna che ha subito violenza, nell'arco del periodo analizzato, è ricorsa al Pronto Soccorso in media 5/6 volte.

Per quanto attiene alla rilevazione dei dati statistici in tema di violenza di genere, le presenti Raccomandazioni fanno riferimento alla Legge 5 maggio 2022, n. 53, in particolare agli adempimenti di cui agli artt. 2 e 4, riguardanti la rilevazione della relazione tra autore e vittima del reato, della tipologia della violenza, dell'eventuale presenza dei figli dell'autore e/o della vittima, degli indicatori di cui all'allegato B del DPCM 24 novembre 2017.

1.4 L'esperienza della violenza di genere e la presa in carico

Le donne che si rivolgono alle varie agenzie e alle istituzioni per richiedere un intervento o un aiuto raramente raccontano subito tutto quello che hanno subito: il motivo della presentazione può essere legato ad un episodio particolarmente drammatico che le ha impaurite o a qualcosa che le ha spinte a richiedere aiuto (ad esempio, lesioni personali o disagio psicologico in fase acuta che richiedono accertamenti e trattamenti sanitari o timori per la propria incolumità personale o della prole con accesso in PS; problematiche economiche con richiesta di aiuto presso gli sportelli sociali; violenze reiterate nel tempo e minacce che spingono la donna a rivolgersi alle FF.OO. o ai Centri Antiviolenza). A volte le stesse necessitano di molto tempo prima di poter trovare coraggio e fiducia per condividere con qualcuno il loro vissuto arrivando a collegare fra loro i comportamenti maltrattanti, subiti precedentemente, ai quali non avevano attribuito il significato di violenza. Mentre alcune donne sono in grado di porre fine alla relazione dopo il primo episodio, altre aspettano mesi o addirittura anni nella speranza che la persona possa cambiare il

¹⁷https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2990&area=sistemaInformativo&menu=emergenza

proprio comportamento e riescono a lasciare il partner violento soltanto quando ogni strada è stata percorsa. Le difficoltà che la donna incontra nel cercare di mettere fine alla relazione violenta sono spesso riconducibili al ruolo da lei svolto all'interno della famiglia. La relazione di intimità di tipo violento coinvolge molti aspetti della vita di una persona: la fiducia in sé stessa e negli altri, la vita di relazione, la vita affettiva, i progetti e i desideri. Nel caso di una donna migrante occorre prendere in considerazione anche il suo progetto migratorio, legato alla famiglia di origine. Sono spesso presenti anche problemi connessi alle scarse risorse economiche personali e alla presenza di figli/e minorenni, per cui allontanarsi da un compagno violento può a volte significare un grosso salto nel vuoto e la rinuncia a significativi investimenti personali. Di fronte alla complessità dei bisogni della vittima, ancora di più appare necessario realizzare un intervento integrato tra servizi in rete tra loro, per garantire protezione, sicurezza, sostegno. Molte operatrici e operatori che offrono aiuto alle donne che subiscono violenza si chiedono spesso: *“Perché lei non lo lascia? Perché è ritornata da lui? Perché è rimasta con lui per così tanto tempo?”* Quando si esaminano le complesse e dolorose questioni che le donne devono considerare, nel prendere la decisione se rimanere con il partner autore della violenza o lasciarlo, è fondamentale che l'operatrice/operatore offra sostegno nel loro percorso decisionale. Il processo che la donna deve intraprendere per decidere se muovere un'azione legale contro l'autore della violenza deve essere analizzato e se necessario supportato da parte dei professionisti sanitari, tenendo conto dei rischi specifici e delle preoccupazioni per l'incolumità che riguardano la situazione precipua di quella donna nella sua relazione di intimità. Uno degli aspetti principali che il processo di valutazione del rischio dimostra è che il punto di vista della vittima sul pericolo che corre è il miglior indicatore per confermare che altri fattori di rischio sono presenti e necessitano di essere considerati.

2. Il percorso in emergenza delle donne che subiscono violenza

2.1 Accesso al Pronto Soccorso e triage

La donna con storia di violenza può accedere al Pronto Soccorso (PS), sola o con figlie/i anche di minore età, in autonomia oppure accompagnata:

- dal 118 con o senza l'intervento delle Forze dell'Ordine (FF.OO.)
- dalle FF.OO.
- da operatrici dei Centri antiviolenza
- da operatrici/ori di altri servizi pubblici o privati
- da persone da identificare
- dall'autore della violenza.

Il personale infermieristico addetto al triage accoglie la donna prestando la massima attenzione a **intercettare ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata**.

Al triage si procederà oltre alla raccolta dei dati anagrafici ad indicare la modalità di presentazione al PS, con particolare riferimento all'inviante (es. auto-presentazione, MMG/Continuità Assistenziale/118, altro Ospedale, servizi territoriali, Centri Antiviolenza, Forze dell'Ordine, Procura ecc.), e alla motivazione della richiesta (se disponibile, allegare la richiesta scritta dell'inviante).

Nell'**area del triage** deve essere **presente**, in posizione accessibile, **materiale informativo (cartaceo e/o multimediale)** visibile e comprensibile anche da donne con difficoltà nella comprensione della lingua italiana, relativo a:

- tipologie di violenza (fisica, sessuale, psicologica, economica, atti persecutori/stalking);
- effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;
- normativa di riferimento;
- indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;
- servizi per il sostegno a figlie/i minorenni testimoni e/o vittime di violenza;
- indicazioni relative al numero telefonico di pubblica utilità 1522.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (codice rosso), alla donna **va attribuita una codifica di urgenza indifferibile - codice arancione**¹⁸, espressione di una condizione urgente/stabile a elevato rischio evolutivo - così da garantire una visita medica tempestiva.

Alla donna dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico. Per questo motivo, dovrà essere **accompagnata in un'area separata** dalla sala d'attesa generale che le garantisca sicurezza e riservatezza.

Se presente, l'area protetta, oltre al luogo di ascolto e prima accoglienza, dovrebbe rappresentare, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della privacy.

Per le **donne migranti**, con difficoltà di comprensione della lingua italiana, che accedono al PS deve essere garantita l'attivazione della mediazione culturale. In tal caso è fortemente auspicabile che la mediatrice abbia competenze adeguate all'assistenza a questa casistica.

Per le **donne affette da disabilità**, dovrà essere attivata ove necessario, la presenza di figure di supporto.

Nel caso in cui la donna abbia fatto **accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minorenni** è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolte/i in un percorso dedicato che affianchi quello della donna, eventualmente con il supporto di personale o di volontari debitamente formati.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione di figlie/i minorenni, dovranno essere in un primo momento allontanati. Solo successivamente e su esplicita richiesta della donna potranno raggiungerla nell'area protetta.

Tutte le professioniste/i, a partire da quelle/i del triage, devono essere in grado di accogliere la donna manifestando un approccio ed un ascolto empatico, astenendosi da giudizi.

A tal proposito l'operatrice/operatore del PS che prende in carico la donna dovrà:

- utilizzare una corretta comunicazione mediante un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;

¹⁸ Ai sensi della DGR n.1230 del 02/08/2021, Regione Emilia-Romagna.

- instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, in modo da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva di presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
- informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del percorso (dalla visita/protocollo operativo alla dimissione).

2.2 Fase diagnostico - terapeutica

La/il medica/o del Pronto Soccorso, ove opportuno congiuntamente alla/al medica/o legale, e/o alla/al ginecologa/o, **procederà**, in modo attento ed empatico, **alla raccolta del racconto della donna**, facendo attenzione ai tempi ed ai modi che dovranno essere adeguati alle necessità della situazione. Al termine dell'ascolto, la/il medica/o informerà la donna sulle diverse fasi della visita, nel modo più esaustivo possibile, rispettandone i tempi ed i modi di ascolto, affinché possa essere partecipe e consapevole dell'evoluzione dell'accertamento clinico.

Tale atteggiamento è importante per una donna maltrattata alla quale viene così restituita la sensazione di aver di nuovo il controllo di sé riappropriandosi del proprio corpo, della propria storia e del suo valore di "persona" e di protagonista con possibilità di scelta su quanto dichiarare e cosa accettare nell'ambito delle proposte di cura sanitaria.

La/Il medica/o fornirà inoltre informazioni sull'eventuale necessità di provvedere alla raccolta di campioni biologici, all'esecuzione di fotografie, nonché all'acquisizione degli indumenti.

Dopo aver fornito tutte le informazioni e prima di mettere in atto qualsiasi procedura ritenuta opportuna/necessaria, **la/il medica/o provvederà all'acquisizione del consenso o dell'eventuale rifiuto** (relativamente a quest'ultimo dovrà essere espresso in forma scritta, cfr. Allegato 2).

Previa informazione sulle eventuali implicazioni sanitarie, giuridiche e legali della consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico¹⁹ (FSE), una volta ottenuto il consenso²⁰, il personale sanitario potrà avvalersi di questo strumento per prendere visione della documentazione sanitaria relativa a eventuali precedenti accessi ai PS della rete regionale. Sono inclusi quelli conseguenti a eventi in cui può essere o meno ipotizzato un reato perseguibile d'ufficio, quali sospetti e/o dichiarati:

- maltrattamenti fisici nell'ambito di una relazione d'intimità;

¹⁹ Come previsto da Circolare regionale, nota Prot. PG/2020/0480720 del 02/07/2020, Regione Emilia-Romagna.

²⁰ Va acquisito il consenso se non è stato espresso in precedenza. La stessa Circolare (vedi nota precedente) prevede infatti che la consultazione del FSE da parte degli operatori, che prendono in carico l'assistito/a, è subordinata all'acquisizione del suo consenso.

- maltrattamenti psicologici nell'ambito di una relazione d'intimità.

Le ipotesi di accesso sopra indicate possono presentarsi sia in maniera singola che multipla: ciò identifica, sin dall'inizio, percorsi con approcci clinico-diagnostici simili, ma tecnico-giuridici differenti (es. denuncia da parte della donna vs referto). In particolare, è importante spiegare con chiarezza alla donna il suo diritto di sporgere querela ed eventualmente il dovere dei sanitari, in alcuni casi particolari, di procedere a referto nei confronti dell'AA.GG. rispetto a quanto sarà da lei narrato e obiettato nel corso della visita.

Di seguito si riporta il link della pagina di supporto tecnico ai/alle professionisti/e per l'utilizzo del FSE professionisti e per la raccolta del consenso:

<http://support.progetto-sole.it/fascicolo-sanitario-elettronico-professionisti>

2.3 Protocollo operativo

La/Il medica/o di Pronto Soccorso e ove necessario la/il medica/o legale disporranno una serie di controlli clinici, laboratoristici e strumentali e provvederanno all'eventuale produzione di materiale iconografico.

Nel caso di sospetta violenza sessuale (vedi paragr. 3-b1), con l'ausilio della/del ginecologa/o, verranno anche effettuati gli accertamenti utili alla diagnosi laboratoristica di malattie sessualmente trasmissibili, per le quali le/i professioniste/i sanitarie/i prescriveranno/somministreranno la profilassi²¹, con particolare riferimento alla terapia antiretrovirale in caso di rischio di infezione da HIV; la/il medica/o potrà inoltre proporre l'assunzione della terapia contraccettiva post-coitale (pillola del giorno dopo).

Il personale sanitario dovrà procedere a:

2.3.1 Anamnesi

Patologie di rilievo. Specificare in particolare abitudini alimentari, uso di farmaci, alcool, sostanze xenobiotiche, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, caratteristiche del ciclo mestruale, eventuali gravidanze o interruzione di gravidanza, eventuali precedenti accessi al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri.

2.3.2 Raccolta del racconto

Riportare la/e tipologia/e di violenza subite (fisica, sessuale, psicologica, economica, atti persecutori/stalking), la modalità e le circostanze dell'aggressione/violenza specificando data, ora, luogo e descrizione dell'evento/i,

²¹ Vedi p.to e) "Esami di laboratorio, terapia farmacologica e profilassi"

tempo intercorso tra la violenza e la visita, autore della violenza se dichiarato e sua relazione con la vittima²², presenza di testimoni, presenza di figlie/i specie se minorenni, uso di minacce, aggressioni verbali, furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze²³, perdita di coscienza, sequestro in ambiente chiuso e sua durata.

In particolare, sarà cura del sanitario indagare sulla presenza di eventuali persone di minore età durante gli episodi di violenza e darne evidenza nella relazione di PS al fine di intercettare i casi di violenza assistita.

Tutto quanto riferito dalla donna dovrà essere riportato fedelmente mediante l'utilizzo del virgolettato che deve indicare solo ed esclusivamente le sue parole.

Raccolta del racconto nel caso di riferita violenza sessuale

Nel caso di sospetta violenza sessuale specificare se la donna è stata spogliata integralmente o parzialmente, se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale, unica o ripetuta, se c'è stata penetrazione con oggetti, se è stato usato il profilattico, se è avvenuta eiaculazione, se sono state realizzate manipolazioni.

L'anamnesi, in caso di riferita violenza sessuale, deve prevedere l'acquisizione di informazioni relative a:

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

2.3.3 Esame clinico generale con descrizione dell'obiettività fisica

L'esame obiettivo riguarderà tutta la superficie corporea (anche in caso di riferita violenza sessuale) per evidenziare in maniera particolareggiata eventuali lesività

²² Tipologia di relazione autore-vittima, secondo quanto previsto dalla Legge 5 maggio 2022 all'art. 2: 1) Coniuge/convivente; 2) Fidanzato; 3) Ex coniuge/ex convivente; 4) Ex fidanzato; 5) Altro parente; 6) Collega/datore di lavoro; 7) Conoscente/ amico; 8) Cliente; 9) Vicino di casa; 10) Compagno di scuola; 11) Insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia; 12) Medico o operatore sanitario; 13) Persona sconosciuta alla vittima; 14) Altro; 15) Autore non identificato.

²³ L'utilizzo volontario o accidentale, consapevole o inconsapevole, di sostanze alcoliche oppure di farmaci o droghe da parte delle vittime e/o degli abusanti viene segnalato in letteratura come un ulteriore fattore di incremento del rischio (Rennison C.M., Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 With Trends 1993-1998. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, 1999), l'uso di sostanze psicotrope viene registrato nel 40% circa delle violenze (Seifert S.A., Substance abuse and sexual assault. Substance Use Misuse, 34: 935-945, 1999).

recenti o pregresse, facendo particolare attenzione alla descrizione morfocromatica e topografica delle eventuali lesioni o esiti di lesioni di tipo contusivo/lacerativo (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni e soluzioni di continuo e fratture). In via preliminare è opportuno acquisire informazioni sull'eventuale pulizia e detersione del corpo e delle zone lesionate, al fine di ricercare tracce biologiche, utili per i successivi accertamenti tecnici laboratoristici di tipizzazione del DNA (es. in caso di morso, o di contaminazione cutanea da parte di liquidi biologici dell'aggressore)²⁴.

Andranno valutate attentamente:

- **condizioni generali:** nutrizione, idratazione;
- **tipologia delle lesioni:** cicatrici, ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, ematomi, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, ustioni;
- **morfologia delle lesioni:** per ascrivibilità al mezzo di produzione unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, costrizione, fustigazione, bruciate/ustioni (es. da sigaretta);
- **localizzazione delle lesioni:** in sedi atipiche per traumi riferiti accidentali - capo e volto, occhio, naso, bocca, dorso e palmo delle mani, unghie, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie;
- **numero delle lesioni:** riscontro, spesso occasionale, di numerose lesioni od esiti cicatriziali delle stesse (talvolta le lesioni sono così numerose che la loro descrizione si identifica come "lesività a carta geografica");
- **cronologia:** riscontro, spesso occasionale, di lesioni in diversa fase evolutiva (presenza in contemporanea, di fratture e callo osseo, cicatrici e soluzioni di continuo sanguinanti o sotto crosta, ecchimosi ed ematomi a differente evoluzione cromatica);
- **grado di collaborazione della donna** nel corso della visita;
- **stato psicologico ed emotivo della donna:** la visita medica è un'occasione irripetibile per fornire un'assistenza adeguata alle necessità psicologiche e sanitarie della donna garantendo anche l'accesso tempestivo a un approfondimento valutativo psicologico²⁵. Come anticipato sarà importante prestare attenzione allo stato emotivo e psicologico, con particolare riferimento a sentimenti di paura, impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash-back, sintomi di ansia e aumentato

²⁴ Vedi allegato 3, "Composizione kit" e allegato 5 "Guida alla repertazione"

²⁵ Vedi paragrafo 5.3 "Colloquio valutativo specialistico psicologico: referto psicologico"

stato di allerta, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro. Il rilievo e la descrizione dello stato psicologico ed emotivo della donna, della sua postura, della sua mimica facciale, della sua gestualità sono importanti sia in caso di violenza sessuale sia in caso di maltrattamento; tutto ciò è importante sia per esprimere un giudizio prognostico, sia per mettere in atto opportuni provvedimenti terapeutici e di protezione.

Nel caso di maltrattamento fisico in gravidanza si procederà anche a visita ostetrico-ginecologica, a tutela della salute della donna e del feto.

Esame clinico dell'area genito-anale

Nell'ambito della visita per sospetta violenza sessuale dovranno essere attentamente valutati anche il capo (specie labbra e cavo orale), il collo, le estremità, il tronco, i fianchi, gli arti, oltre alla superficie mediale delle cosce, sedi più frequentemente coinvolte nel corso dell'aggressione. Generalmente sono presenti lesioni di tipo ecchimotico, escoriativo, soluzioni di continuo, mentre risultano meno frequenti lesioni di maggior gravità.

L'esplorazione deve sempre comprendere genitali esterni (piccole e grandi labbra, forchetta posteriore, fossa navicolare, area periuretrale, perineo), genitali interni (imene, vagina, cervice) e ano.

L'osservazione dei genitali può avvenire attraverso due modalità: visione diretta e utilizzo di colposcopio.

È importante sottolineare come la frequenza di rilievo di lesioni anogenitali sia correlata alla modalità di osservazione utilizzata variando dal 5% con la visione diretta (per molti anni è stato l'unico metodo di rilevazione) all' 87% con l'impiego della colposcopia.

È quindi **necessario attuare l'esame dell'area ano-genitale mediante uso di colposcopio** al fine di poter cogliere tutte le varianti morfologiche, eventuali alterazioni e/o lesioni, anche quelle meno evidenti e produrre adeguata documentazione fotografica.

Diversi studi nella letteratura internazionale hanno dimostrato che le lesioni a livello genitale sono per la maggior parte lievi, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escoriazioni per lo più in sede anale o a livello di piccole labbra, della forchetta e della fossa navicolare e meno frequentemente a livello imenale²⁶.

²⁶ Slaughter L., Brown C.R., Crowley S., Peck R. *Patterns of genital injury in female sexual assault victims*. Am J Obstet Gynecol., 176 (3): 609-616, 1997

La stessa letteratura internazionale, nel descrivere le lesioni anogenitali dopo rapporto sessuale consenziente o non, fa riferimento, già da alcuni anni, alla **classificazione TEARS**²⁷.

TEARS è l'acronimo che elenca le 5 lesioni caratteristiche riscontrabili nell'ambito della lesività anogenitale dopo rapporto sessuale:

- T (Tears): lacerazioni intese come tagli, strappi, fessurazioni, soluzioni di continuo, sfregi;
- E (Ecchymosis): ecchimosi ovvero cute o mucose discromiche per lesione di piccoli vasi che causano lesioni bluastre;
- A (Abrasions): abrasioni ovvero escoriazioni della superficie dell'epidermide a margini definiti;
- R (Redness): arrossamenti descritti come cute o mucose eritematose, infiammate, senza margini definiti;
- S (Swelling): tumefazione o edema della zona interessata.

È unanime il consenso sulla opportunità di effettuare l'osservazione delle lesioni anogenitali dopo rapporti sessuali violenti²⁸ il prima possibile e, comunque, entro 72 ore dall'episodio, dal momento che generalmente riparano rapidamente e che la maggioranza di esse non lascia esiti cicatriziali. La profondità delle lesioni determina, comunque, il tempo di guarigione.

È importante riaffermare che **né la presenza né l'assenza di lesioni genitali possono essere interpretate come unica prova di avvenuta violenza sessuale.**

Per contro, si può affermare che la mancanza di lesioni genitali o la scarsità di lesioni non può escludere mai la violenza sessuale²⁹.

Di seguito **si procederà alla raccolta di materiale biologico attraverso l'esecuzione di tamponi**, utile per la ricerca di sperma e tracce di DNA.

²⁷ Slaughter L. e Brown C.R. *Colposcopy to establish physical findings in rape victims*. Am J Obstet Gynecol., 166 (1Pt1):83-86, 1992

Slaughter L., Brown C.R., Crowley S., Peck R. *Patterns of genital injury in female sexual assault victims*. Am J Obstet Gynecol., 176 (3): 609-616, 1997

Sommers M.S., Schafer J.C., Zink T., Hutson L., Hillard P. *Injury patterns in women resulting from sexual assault*. Trauma, Violence e Abuse, 2 (3): 240-258, 2001

²⁸ Sommers M., Zink T., Fargo J., Baker R., Buschur C., Shambley-Ebron D., Fisher B. *Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin colour a source of health disparity?* Am J Emerg Med., 26 (8):857-866, 2008

²⁹ Bowyer L., Dalton M., Female victims of rape and their genital injuries. Br J Obstet Gynecol. 1997;104:617-620
McGregor M.J., Du Mont J., Myhr TL., Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? Ann Emerg Med.2002;39:639-647

Gray-Eurom K., Seaberg DC., Wears RL., The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. Annals Emergency Medicine, 2002;39 (1):39-46

Du Mont J., White D., The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: a global review. Sexual Violence Research Initiative, World Health Organisation, Geneva, Switzerland, 2007

Jewkes R., Christofides N., Vetten L., Jina R., Sigsworth R., Loots L., Medico-legal findings, legal case progression and outcomes in South African Rape cases: retrospective Review. Rape, Law and Medical Evidence, 2009;6(10):1-8

McLean I., Roberts S., White C., Paul S., Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. Forensic International Science, 2011;204:27-33

A questo proposito, potrebbe venire in aiuto l'utilizzo del kit ginecologico³⁰ (proposto dall'AOGOI³¹) ormai di uso corrente in ambito specialistico.

In base al tempo trascorso dalla violenza (massimo entro 7-10 giorni) vanno effettuati due tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genetico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, fornice vaginale posteriore, canale cervicale, retto, cavo orale.

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

Il mancato rilievo di spermatozoi in vagina non esclude il rapporto sessuale o la violenza sessuale.

In caso di rilievo di esiti derivanti da morsi, sarà necessario rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria del sospetto aggressore e, attraverso l'esecuzione di tamponi, prelevare materiale biologico per eventuale tipizzazione genica.

L'esame clinico verrà infine completato con l'eventuale raccolta di reperti accessori (es. indumenti).

Si procederà quando possibile alla realizzazione della documentazione fotografica³², al perfezionamento della valutazione eziopatogenetica e circostanziale, nonché alla refertazione ed alla conservazione di tutti gli elementi utili ai fini forensi e tecnico-giuridici (catena di custodia³³).

2.3.4 Accertamenti di laboratorio, strumentali e clinico-specialistici

Accertamenti strumentali, clinico-specialistici e di laboratorio dovranno essere previsti in relazione alle necessità cliniche.

2.3.5 Esami di laboratorio, terapia farmacologica e profilassi

In caso di evidenza o sospetto di violenza sessuale, andranno effettuate indagini diagnostiche tramite prelievo ematico e tampone mucosale (cervico-vaginale, rettale, uretrale), atte ad escludere o accertare la presenza di eventuali infezioni sessualmente trasmissibili di natura batterica (Sifilide, Gonorrea, Clamidia, altri), virale (HIV, Epatite B e C, Herpes Simplex), protozoaria (Tricomoniiasi) o micotica (Candidosi).

In caso di violenza sessuale o di traumi che possano avere determinato soluzioni di continuità della cute o delle mucose con contaminazione da parte di materiale

³⁰ vedi Allegato 3, "Composizione kit"

³¹ https://www.aogoi.it/media/1244/appendice_ii_196-197.pdf da "Linee guida per corsi di formazione in tema di violenza sulle donne e di abuso sui minori"

³² Allegato 4, "Realizzazione immagini"

³³ Allegato 5, "Guida alla repertazione"

biologico dell'aggressore, previa adeguata comunicazione e consenso da parte della donna vittima di violenza, verrà iniziata terapia antibiotica e anti-protozoaria con combinazione di farmaci a diverso meccanismo di azione in grado di esercitare un'adeguata profilassi.

Verrà inoltre proposta e iniziata, previa adeguata informazione e consenso, terapia antiretrovirale a scopo di profilassi (profilassi post-espositiva - PPE³⁴) dell'infezione da HIV nel caso risulti concreto il rischio di trasmissione di questa infezione in seguito a violenza sessuale o a trauma che abbia causato soluzione di continuità della cute o delle mucose. Tale trattamento andrà iniziato al più presto, preferibilmente entro 1-4 ore e non oltre le 48 ore dalla esposizione al virus e dovrà essere protratto per 4 settimane, dove possibile, sotto la supervisione dell'infettivologo oppure, qualora non realizzabile, a cura del medico di Medicina Generale.

Le Aziende sanitarie sono tenute a predisporre specifici protocolli profilattico-terapeutici che prevedano, oltre alla sopra citata PPE anti-HIV, la somministrazione, secondo tempistiche definite e sostenibili, anche sulla base della compliance dell'interessata, di altri trattamenti per la profilassi di infezioni sessualmente trasmissibili nonché della vaccinazione per Epatite B e per Papillomavirus, qualora non effettuate in precedenza, con la collaborazione del Servizio di Igiene pubblica.

Verrà inoltre proposto trattamento anticoncezionale (intercezione post-coitale) nel caso di violenza sessuale.

Per i trattamenti farmacologici il cui avvio è previsto direttamente in Pronto Soccorso, deve esserne prevista la disponibilità (terapia di emergenza e piano terapeutico).

2.3.6 Conservazione elementi clinici, iconografici e documentali

A conclusione del percorso operativo, tutti gli elementi raccolti nelle fasi sopra descritte (clinici, iconografici e documentali) dovranno essere conservati in sede idonea per tutto il tempo necessario (in accordo con la Procura della Repubblica competente) nonché messi a disposizione della donna o dell'Autorità Giudiziaria a seconda delle esigenze tecnico-giuridiche. **Si chiede alle Aziende USL di provvedere**

³⁴ DGR n. 1961/2019 "Modalità organizzative per l'offerta delle misure di prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) nella Regione Emilia-Romagna" Vedi punto 5, Allegato 1, "Requisiti della rete e dei nodi della Rete IST" [Presa in carico delle persone con incidenti a rischio per IST (es.: violenza sessuale, rapporti sessuali occasionali) con possibilità di iniziare tempestivamente le profilassi post esposizione.] e Punto 7 "Modalità di accesso per l'erogazione degli esami di screening e diagnostici e dei trattamenti" [Per gli utenti che accedono alla Rete IST viene garantita l'erogazione o la prescrizione in gratuità dei trattamenti e delle profilassi in post-esposizione previsti dalle normative vigenti].

all'identificazione di apposite/i strutture/ambienti per lo stoccaggio dei materiali per almeno 18 mesi.

2.4 Redazione della scheda di rilevamento di sospetta violenza di genere

Per documentare ogni fase operativa realizzata in Pronto Soccorso, si ritiene utile adottare e compilare una specifica scheda clinica dedicata all'evento³⁵. La necessità di ciò risiede nell'estrema importanza di cristallizzare il quadro anamnestico e clinico evidenziato, con la dovuta accuratezza, valorizzando una descrizione dettagliata sia di tipo linguistico che di contenuto. Tale esigenza non trova corrispondenza negli spazi già preventivati dalla modulistica strutturata ai fini aziendali, ponendo in estrema difficoltà gli stessi professionisti sanitari.

La scheda da adottare dovrà quindi essere predisposta in modo tale da contenere la descrizione di tutti gli elementi obiettivati e raccolti nel corso della prima osservazione, nonché nelle fasi successive, laddove siano necessari ulteriori controlli a distanza e sarà parte integrante della documentazione sanitaria del Pronto Soccorso e della cartella clinica della paziente (in caso di ricovero).

Il modello³⁶ proposto è da intendersi come suggerimento operativo e dovrebbe riportare:

1. generalità della donna e dei suoi accompagnatori; in caso di violenza sessuale la registrazione della donna avviene in anonimato mediante codici alfanumerici con possibilità di decodifica; tale modalità di registrazione è obbligatoria³⁷;
2. data e ora di presentazione della donna alla visita;
3. nome delle/dei professioniste/i intervenute/i;
4. raccolta delle circostanze dell'evento, data, ora, luogo, eventuale presenza di testimoni e/o figli di minore età;

³⁵ Vedi allegato n. 1 del presente documento

³⁶ Vedi nota precedente

³⁷ provv. 23 ottobre 2014, n. 468, doc. web n. 3570631 Garante della privacy.

Provvedimento linee guida in materia di dossier sanitario 4 giugno 2015 garante per la Privacy "Una specifica menzione deve essere prevista nell'informativa qualora il titolare del trattamento intenda rendere accessibili mediante il dossier anche i dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ovvero le informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza e dignità personale (ad es., prestazioni rese a persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool; a donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza o che scelgono di partorire in anonimato ovvero a quelle rese in occasione di atti di violenza sessuale o di pedofilia o da parte dei consultori familiari)."

5. informazione circa tutte le successive fasi della visita (eventuale esecuzione di prelievo di materiali biologici, esecuzione di tamponi, esecuzione di fotografie, acquisizione di indumenti);
6. raccolta del consenso³⁸ relativamente alle procedure che saranno messe in atto;
7. visita (attraverso protocollo dettagliato);
8. utilizzo del Kit³⁹ indicato per sospetto maltrattamento fisico o violenza sessuale;
9. indicazione sullo schema corporeo di tutte le lesioni riscontrate⁴⁰, specificandone, in particolare, aspetto, forma, colore, dimensione e sede, documentando quando possibile fotograficamente tutte le lesioni o gli esiti delle lesioni obiettivate;
10. gestione ed archiviazione della scheda clinica e dei reperti (raccolta di materiale biologico e tamponi, fotografie, indumenti etc.)⁴¹ da parte della/del medica/o, nei tempi e modi opportuni, comunque tali da consentire sia alla donna la possibilità di promuovere successive azioni in ambito forense e giudiziario, sia all'autorità giudiziaria di procedere nella determinazione di indagini specifiche.

2.5 Dimissione dal Pronto Soccorso e attivazione di un percorso di supporto e di accompagnamento in "uscita" da una situazione violenta

2.5.1 Rilevazione rischio di recidiva e avvio percorsi di presa in carico

Al termine del percorso diagnostico-terapeutico, la/il professionista sanitaria/o del Pronto Soccorso, al fine di rilevare il rischio di recidiva, maltrattamento grave o letalità e orientare la fase successiva di dimissione ed eventuale messa in protezione della donna, può avvalersi dello strumento di rilevazione "*Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5*"^{42,43}.

In caso di:

³⁸ Allegato 2, del Quaderno numero speciale "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale", <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>

³⁹ Allegato 3, del Quaderno n. speciale <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>

⁴⁰ Allegato 1 delle presenti raccomandazioni

⁴¹ Allegati 4-5 delle presenti raccomandazioni

⁴² Come da Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017, "Linee guida nazionali per le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" (G.U. 30/1/2018)

⁴³ Nel caso fossero già in uso, possono essere utilizzati anche strumenti più dettagliati (es. SARA)

- **rischio basso**: l'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio;
- **rischio medio/alto**: l'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale.

In mancanza di possibili soluzioni immediate, e previo accordo con la Direzione Sanitaria di riferimento, la/il medica/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in Osservazione Breve Intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 24/36 ore, per garantire la sua protezione e messa in sicurezza, compresi eventuali figlie/i di minore età, sino alla disponibilità dei servizi sociali territoriali e/o centri antiviolenza.

È fondamentale nella fase conclusiva del percorso in Pronto Soccorso, chiedere sempre alla donna le sue intenzioni in merito al rientro al proprio domicilio. Nel

caso la donna decida di rientrare nella propria abitazione in cui potrebbe essere presente ancora l'autore della violenza nei suoi confronti occorre:

- non colpevolizzarla per questa scelta, ma valorizzare lo svelamento della violenza e la sua richiesta di aiuto;
- ribadire il suo diritto di chiedere e ricevere aiuto ricordandole i luoghi a cui potrà riferirsi per modificare la sua situazione ed eventualmente costruire, in tempi successivi, una uscita più vantaggiosa ed organizzata;
- consegnarle sempre materiale informativo sul centro antiviolenza territorialmente competente e su tutti i servizi che in futuro potrà attivare.

Qualora la donna decida di non rientrare nella propria abitazione sarà importante verificare che abbia un luogo sicuro dove recarsi.

Quindi, dopo il primo intervento in Pronto Soccorso e l'eventuale permanenza in OBI, laddove non vi siano estremi clinici che rendano necessario il ricovero in altra struttura, reparto, unità operativa dell'ospedale, potranno essere concordati con la donna:

- una **"dimissione" consapevole ed informata** che fornisca sempre l'indicazione di rivolgersi al più vicino centro antiviolenza;
- una **"dimissione protetta"**: verrà attivato, da parte dei sanitari, il supporto dei servizi territoriali (servizi sociali, consultorio familiare) e contestualmente verranno fornite le indicazioni per rivolgersi al più vicino centro antiviolenza.

Indipendentemente dalle scelte della donna, è compito prioritario di ogni servizio sanitario e socio-sanitario fornire alla dimissione informazioni esaustive sui possibili effetti della violenza subita.

L'informazione precisa e dettagliata deve riguardare in modo semplice e chiaro:

- il rapporto violenza-salute
- i luoghi dedicati all'ascolto (Centri antiviolenza, Servizi sociali e sanitari territoriali ecc.), alla protezione (anche in emergenza) ed alla presa in carico (es. Centri antiviolenza, Consultori familiari) prima che la violenza stessa si trasformi in percorso di malattia.

In particolare, i Centri antiviolenza, riconosciuti dalla L.R. n. 6/2014⁴⁴, rappresentano un servizio di riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e, a seguito della stipula di appositi accordi/convenzioni con le Direzioni generali aziendali, operano in sinergia e a supporto delle operatrici e degli operatori del Pronto Soccorso.

2.5.2 Referto alla dimissione dal Pronto Soccorso

La/Il medica/o deve refertare⁴⁴ tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso (vedi Allegato n. 8) e redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD-9-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.

2.5.3 Colloquio valutativo specialistico psicologico: referto psicologico

A conclusione dell'iter di PS, la/il medica/o propone alla donna, un colloquio

⁴⁴ Ai sensi dell'art. 14 della legge L.R.6/2014 "la Regione riconosce la funzione essenziale dei centri antiviolenza di cui al decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito con modificazioni dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, quali presidi socio-assistenziali e culturali gestiti da donne a servizio delle donne, che hanno come finalità primaria la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile sulle donne e che forniscono consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza a donne, anche con figli o figlie, minacciati o che hanno subito violenza; ne valorizza saperi e modelli di intervento maturati nell'esperienza delle relazioni di pratiche di aiuto tra donne; li sostiene nella loro azione di supporto e rafforzamento dell'autonomia delle donne offese da violenza mediante progetti personalizzati tesi all'autodeterminazione, inclusione e rafforzamento sociale."

valutativo specialistico psicologico, il cui esito è il referto psicologico^{45,46}. Il colloquio non avverrà necessariamente in fase di accesso al PS ma, su richiesta del PS, verrà fissato nei giorni immediatamente successivi all'evento. Questa temporalità risponde all'esigenza di mantenersi all'interno di una fase peri-traumatica e, al tempo stesso, di garantire alla donna la giusta distanza utile a recuperare un sentimento di padronanza e responsabilità su sé stessa. È fondamentale la modalità e la completezza con cui tale proposta viene offerta evidenziando gli elementi costitutivi dell'intervento lasciando alla donna un congruo tempo di "decantazione" in merito alle proprie intenzioni.

Il colloquio psicologico, condotto da una/un professionista-psicoterapeuta psicologa/o aziendale, in questo contesto, costituisce un'opportunità di approfondimento dello stato psicologico della donna in relazione agli eventi subiti, che si aggiungerà al referto del Pronto Soccorso anche al fine di garantire una migliore tutela della stessa nelle sedi previste. La possibilità di avvalersene rimane sempre una libera facoltà dell'interessata. Copia del referto psicologico viene rilasciato esclusivamente all'interessata e, in caso di reati procedibili d'ufficio, inviato alla Procura di competenza.

Mentre si informa la donna di ogni strumento di supporto assistenziale, psicologico e di messa in protezione presente sul territorio, e di cui potrà avvalersi attraverso la rete dei Servizi territoriali (Consultori, Centri Antiviolenza, Servizi Sociali), è importante chiarire che **il colloquio di refertazione psicologica non si configura come presa in carico. Esso costituisce altresì un'occasione di approfondimento clinico utile ad inquadrare lo stato psicologico della vittima in un preciso momento, prossimo agli eventi traumatici**, scattare una sorta di "fotografia" di quanto la donna prova, ricorda, riferisce e sente nel momento presente.

È importante chiarire alla donna che, nel caso in cui emergano durante il colloquio elementi configurabili come reati procedibili d'ufficio, la/il professionista psicologa/o, esattamente come il personale medico del Pronto Soccorso, sarà tenuta/o alla segnalazione alle autorità competenti per ogni procedimento conseguente.

Il referto non costituisce l'esito di una consulenza, né di un trattamento psicologico bensì di un colloquio psico-diagnostico che, pur realizzando anche un'azione di accoglienza e contenimento emotivo, è orientato primariamente a produrre una

⁴⁵ Il referto è da intendersi nell'accezione clinica, ovvero quale relazione scritta dettagliata rilasciata dal professionista sanitario che abbia sottoposto la donna a un esame clinico. Qualora, nel corso della valutazione, emergano caratteristiche tali da ipotizzare "reati perseguibili d'ufficio" si procederà all'invio del *referto* all'autorità giudiziaria come inteso ai sensi dell'art. 365 c.p. e 334 c.p.p.

⁴⁶ <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>

E. Reale, La violenza invisibile sulle donne, il referto psicologico: linee guida e strumenti clinici. Ed. F. Angeli, (2021)

descrizione precisa e circostanziata del quadro psicologico a seguito dell'ultimo episodio di violenza subito e del contesto in cui si è realizzato. Si differenzia sia dal contenimento relazionale in urgenza, effettuato dagli operatori di Pronto Soccorso, che dalla presa in carico psicologica, finalizzata al trattamento della sintomatologia da stress ed a facilitare il processo di uscita dalla condizione di violenza.

Un'altra funzione non trascurabile del colloquio psicologico consiste, attraverso la focalizzazione puntuale su elementi fattuali e stati mentali presenti, nell'aiutare la vittima a porre attenzione ai fattori di rischio di recidiva (vedi Allegato n.8) ed ai possibili strumenti di protezione attivabili.

Modalità di intervento

Il colloquio valutativo specialistico psicologico si svolge generalmente nel corso di un unico incontro, a cui si suggerisce di far seguire un colloquio di *follow up* a distanza di un mese, finalizzato a confermare o rivedere insieme alla donna quanto emerso, oltre che a monitorare e rinforzare le azioni auto-protettive attivabili da parte della donna avvalendosi della rete di Servizi a disposizione. Il colloquio di *follow up* è assai proficuo nel consentire l'emersione, a distanza di tempo, di elementi cruciali per la salvaguardia della vittima in termini di fattori di rischio sostanziali messi in luce o dichiarati solo nel medio termine (minacce subite, presenza di armi, tentativi di manipolazione o di controllo).

Prima di iniziare il protocollo valutativo sarà cura della/o psicologa/o richiamare estesamente ogni elemento informativo già espresso dal medico del Pronto Soccorso, come precedentemente illustrato, al fine di garantire alla donna la piena e consapevole adesione che verrà espressa anche attraverso la sottoscrizione del consenso informato (vedi Allegato n.9).

Il referto psicologico si compone di un insieme di elementi che necessariamente devono essere presenti ai fini di completezza e ne viene proposto un modello in Allegato n.10.

Oltre ad indicare i dati anagrafici della donna, sarà fatto esplicito riferimento al referto medico prodotto dal Pronto Soccorso, alla diagnosi e alla prognosi che sullo stesso compaiono. Saranno riportate anche le eventuali informazioni dichiarate in sede d'ingresso al Pronto Soccorso in merito all'autore delle violenze.

Il referto deve contenere gli elementi semeiotici, che rilevano attraverso l'osservazione diretta da parte della/del professionista psicologa/o, segni di funzionamento comportamentale, cognitivo, dell'eloquio indicativi di stati emotivi specifici. Oltre all'osservazione clinica diretta saranno poi somministrati alla donna una serie di questionari orientati a raccogliere, in modo strutturato, alcuni vissuti comunemente frequenti nelle condizioni peri-traumatiche. I punteggi di questi

strumenti saranno prodotti all'interno del referto, accompagnati da idoneo commento (vedi Allegato n.10).

Gli **strumenti adottati** e riportati di seguito sono visionabili nel dettaglio negli *Allegati*:

- **PDI – Peritraumatic Distress Inventory** (Brunet et al. 2001)⁴⁷, questionario *self-report*, composto da 13 item, volto a rilevare lo stato emozionale esperito durante o in seguito ad un evento traumatico o critico vissuto recentemente. Un punteggio totale si calcola sommando i punteggi dei singoli item, se la somma risulta superiore a 15 è indicativa di una condizione di disagio acuto (vedi Allegato n.11).

- **IES – Revised Impact of Event Scale** (Horowitz et al. 1979)⁴⁸, questionario *self-report* composto da 15 item indicanti una lista di sensazioni, pensieri, azioni ed emozioni che possono essere esperite dalla persona in seguito a eventi stressanti della propria vita. Un punteggio compreso tra 9 e 25 è indicativo di uno stato di stress lieve, un punteggio compreso tra 26 e 43 di stress moderato, superiore a 44 di stress severo. È possibile indicare e riportare gli item che fanno riferimento ai cosiddetti sintomi "intrusivi" (item numeri: 1,4,5,6,10,11,14) e di "evitamento" (item numeri: 2,3,7,8,9,12,13,15), utili al fine di inquadrare meglio l'eventuale ipotesi sintomatologica della donna (vedi Allegato n.12)

- **PCL – Post traumatic Stress Disorder Checklist** (Weathers et al. 1993)⁴⁹, questionario *self-report* composto da 20 item, sottoforma di domande esplicite, volte ad indagare eventuali reazioni indicative di sintomatologia post traumatica. Il punteggio totale è calcolato sommando il punteggio dei singoli item; il *cut-off* viene indicato dagli autori come un punteggio compreso tra 31 e 38 (vedi Allegato n.13)

- **SBC – Stalking Behaviour Checklist** (Coleman, 1997)⁵⁰, tale questionario *self-report* viene proposto alla donna solo nel caso in cui essa abbia dichiarato di aver subito azioni persecutorie o di molestia, prevede due sotto scale per i

⁴⁷ Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485. Traduzione italiana in: Reale E., (2011)

⁴⁸ Horowitz M, Wilner N, Alvarez W., (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 41:209–218. Traduzione italiana:

Pietrantonio, F., De Gennaro, L., Di Paolo, M. C., & Solano, L. (2003). The Impact of Event Scale, Validation of an Italian version. *Journal of psychosomatic research*, 55(4), 389-393.

Craparo, G., Faraci, P., Rotondo, G., & Gori, A. (2013). The Impact of Event Scale–Revised, Psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1427.

⁴⁹ Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies*, San Antonio, TX (Vol. 462). Traduzione in Reale, E. (2021).

⁵⁰ Coleman, F. L. (1997). Stalking behavior and the cycle of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(3), 420-432. Traduzione Italiana in: Reale E., (2011)

comportamenti violenti (1-12) e per quelli molesti (13-25) e dividendo per il numero di item. Punteggi più elevati sono indicativi di maggiori livelli di comportamenti violenti e molesti. Nel caso in cui siano presenti persone minori di 12 anni, a tale questionario viene associata inoltre, un breve elenco di comportamenti (costruito dall'Associazione Salute Donna) in cui lo stalker nella figura di un ex-partner utilizza i figli per creare uno stato di ansia ed apprensione (vedi Allegato n.14)

- **Questionario per la valutazione del rischio** (Campbell, 2003)⁵¹ – questo strumento assume particolare rilevanza al fine di rilevare eventuali timori da parte della donna per la propria incolumità. Il questionario *self report* (vedi Allegato n.8) è composto da 15 fattori di rischio identificati dal gruppo di ricerca di Campbell per il femminicidio. Compaiono esplicitamente nel questionario quelli che vengono considerati i 5 principali cosiddetti fattori di "letalità" (presenza e uso di un'arma o la minaccia di utilizzo della stessa da parte dell'abusante; minacce di morte; tentativi di soffocamento o strangolamento; presenza di partner violento o costantemente geloso e costrizione a rapporti sessuali), qualora la donna ritrovasse tali fattori nella propria quotidianità ciò verrà accuratamente riportato sul referto.

Per la valutazione dello stato di rischio sarà utile indicare sia il punteggio complessivo che i singoli item significativi. A questo proposito è importante tenere presente ed evidenziare nel resoconto valutativo alcune condizioni associate ad elevato rischio: escalation della violenza nel corso del tempo; gelosia espressa attraverso modalità coercitive, controllo e limitazioni della libertà personale; precedenti aggressioni refertate; aggressioni davanti a terzi e a minorenni; atti di violenza in gravidanza; uso abituale, da parte dell'aggressore, di droghe e di alcool; precedenti penali per violenza e/o aver disatteso ordinanze allontanamento da parte dell'aggressore.

Successivamente alla trasposizione degli esiti dei questionari somministrati, sarà cura della/o psicologa/o riportare, utilizzando il discorso diretto, le parole utilizzate dalla donna per descrivere aspetti salienti dell'evento traumatico e le circostanze dei fatti di violenza subita. In seguito alla donna verrà esplicitamente chiesto, qualora non fosse emerso dal racconto, la presenza di eventuali minorenni testimoni e se essi siano stati a loro volta vittime di violenza o coinvolti in episodi precedenti.

In base a quanto emerso, e con particolare attenzione alla presenza di fattori di

⁵¹ Campbell, J. C. et al., (2003b). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Sage Publications, Inc. Traduzione italiana in Reale, E. (2021)

rischio e di stati emotivi connessi alla paura per la propria incolumità, la/lo psicologa/o procederà a proporre alla donna e condividere con lei gli interventi più opportuni a garanzia della propria incolumità e all'accompagnamento assistenziale e psicologico verso un processo di cambiamento e di uscita dalla spirale della violenza così come previsto dalla rete dei Servizi territoriali.

Si suggerisce di fissare un successivo incontro di *follow up*, al fine di sondare eventuali mutamenti nella condizione della donna. Nel caso in cui siano coinvolti minorenni, lo psicologo avrà cura di indagare la reiterazione degli episodi di violenza assistita (almeno tre episodi) per potere riferirsi alle specifiche fattispecie giuridiche ed eventualmente considerare il contatto con i Servizi Sociali, nonché procedere con contatto diretto e segnalazione alle Forze dell'Ordine ed al Tribunale dei Minori. L'esito del referto psicologico, congiuntamente a quello medico sanitario del Pronto Soccorso, verrà infine inviato alla Procura.

Il documento prodotto a fine colloquio verrà letto con la donna che, una volta condivisi i contenuti espressi, procederà alla sottoscrizione unitamente allo/a psicologo/a. Una copia verrà consegnata alla donna ed una archiviata dal/dalla professionista. Infine, se programmato, il successivo appuntamento per il *follow up*, verrà annotato sul referto stesso.

In conclusione, il percorso "in uscita" da una situazione violenta è complesso, può richiedere tempi lunghi, può comportare ripensamenti da parte della donna e determinare una molteplicità di bisogni che richiedono un intervento articolato.

2.6 Obiettivi per le Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle Linee guida nazionali adottate dal DPCM 24 novembre 2017 e nelle presenti raccomandazioni.

Le Aziende dovranno di conseguenza impegnarsi a:

- a) realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete territoriale per le donne vittime di violenza (non limitatamente alla sola violenza sessuale);
- b) adottare modalità per l'attivazione di tutte le figure necessarie alla presa in carico della donna vittima di violenza;
- c) garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale - compreso quello convenzionato (ad esempio, medici di

medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, medici specialisti), partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi, anche avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni dalle/dai professioniste/i a partire da quelle/i del proprio territorio^{52,53};

- d) partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete antiviolenza territoriale;
- e) assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza di genere, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del triage, codice di patologia in dimissione);
- f) effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Tutte le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente ospedaliero e/o territoriale per il Percorso per le donne che subiscono violenza, che dovrà interfacciarsi con le altre/i operatrici/ori della rete antiviolenza territoriale e collaborare con loro in maniera sinergica.

2.6.1 Modello organizzativo

L'organizzazione per l'accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza deve essere inserita all'interno della rete territoriale di contrasto alla violenza di genere nei Tavoli tecnici territoriali permanenti.⁵⁴ Il modello organizzativo prevede la presenza di una rete delle strutture di Pronto Soccorso che risponda alle esigenze delle donne e alle reali possibilità assistenziali offerte, attraverso:

- l'organizzazione, presso tutti i Pronto Soccorso presenti in ambito provinciale, di percorsi operativi per l'accoglienza e l'assistenza delle donne maltrattate nelle relazioni d'intimità;

⁵² La Regione Emilia-Romagna nel 2019 ha avviato, in collaborazione con le Aziende USL di Piacenza, Ferrara e della Romagna il corso dedicato al personale dei Servizi di emergenza urgenza e della rete di riferimento (ospedaliera, territoriale, sanitaria e sociale). Il corso ha l'obiettivo di migliorare le capacità di accoglienza delle donne che subiscono violenza e dei loro figli, in quanto vittime di violenza assistita, e definirne i protocolli integrati locali di assistenza e di contrasto alla violenza di genere e alla violenza assistita. Per approfondimenti:

<https://parita.regione.emilia-romagna.it/notizie/2019/accoglienza-e-assistenza-delle-donne-vittime-di-violenza-di-genere>

Per iscrizioni alla quarta edizione:

<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1561>

⁵³ Corso di formazione specifica in Medicina generale: nel 2017 la Regione ha promosso, nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina generale, l'avvio dei seminari clinici del modulo didattico "Maltrattamento/abuso verso le persone di minore età e verso le donne (violenza di genere e sessuale)". (vedi Obiettivi didattici dell'attività formativa di natura seminariale, seminari clinici, allegato C, Delibera di Giunta regionale di approvazione del documento "corso di formazione specifica in medicina generale" n. 726/2019).

⁵⁴ DAL 54/21 "Piano regionale contro la violenza di genere", cap.1, par. 1.2

- l'identificazione di una o più strutture di Pronto Soccorso di riferimento alle quali trasferire la donna, nei casi più complessi, nei casi di violenza sessuale e nei casi in cui sia necessario attuare repertazione.

Ciascun territorio deve garantire la definizione dei percorsi in relazione alle risorse disponibili per assicurare le prestazioni descritte nei capitoli precedenti.

È necessario creare nei servizi di Pronto Soccorso, siano essi di ordine generale e/o ostetrico- ginecologico, spazi protetti e dedicati alle donne maltrattate o che hanno subito violenza.

Le figure professionali coinvolte nell'accoglienza in emergenza urgenza sono:

- medica/o di PS
- medica/o legale
- infermiera/e di PS/ostetrica (in caso di PS ginecologico)
- medica/o ginecologa/o
- psicologa/o
- assistente sociale

Ciascuna Azienda sanitaria dovrà identificare, per ciascun punto della rete dell'emergenza, le figure professionali necessarie e prevederne le modalità di attivazione, in particolare se non presenti i turni di guardia/reperibilità. Le Aziende inoltre dovranno definire le modalità di consulenza specialistica, privilegiando, laddove sia possibile, la permanenza della donna presso lo spazio protetto individuato all'interno del Pronto Soccorso.

Almeno presso i PS HUB, si rende indispensabile la presenza di una/un medica/o legale con competenze specifiche, in presenza nella fascia diurna (ore 08.00 – 20.00), mentre, nelle fasce notturne (ore 20.00 – 08.00) deve esserne prevista almeno la chiamata in reperibilità.

È auspicabile la costituzione di équipe dedicate che possano usufruire di formazione continua sulle tematiche della violenza e dell'abuso.

3. Documenti consultati

- Il Piano della Regione Emilia-Romagna contro la violenza di genere (versione 2021) <https://parita.regione.emilia-romagna.it/notizie/2021/ottobre/adottato-dallassemblea-legislativa-il-nuovo-piano-triennale-contro-la-violenza-di-genere>
- Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale della collana regionale "I quaderni del professionista" (Quaderno numero speciale) <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>
- Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2019 <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/03/testo-piano-diramato-conferenza.pdf>

4. Normativa di riferimento

- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (art. 1 comma 790) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/30/15G00222/sq>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>
- L.R. n. 6/2014 Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/957>
- DGR n. 1677/2103 Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/957>
- Legge 5 maggio 2022, n. 53, Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/05/24/22G00062/sq>

Allegati

Indice allegati

1. Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere	37
2. Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere: parte specifica per sospetta Violenza sessuale.....	49
3. Composizione Kit per prelievi a fini medico-legali.....	55
4. Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica	57
5. Guida alla repertazione.....	58
6. Tabella guida alla valutazione psicologica e BRAFED.....	61
7. Check list pre-dimissione in caso di maltrattamento, abuso o violenza.....	62
8. Valutazione del rischio.....	63
9. Consenso informato al referto psicologico in seguito a violenza/maltrattamento.....	64
10. Fac simile referto psicologico.....	65
11. <i>Peritraumatic Distress Inventory</i> – PDI.....	69
12. <i>Revised Impact of Event Scale</i> – IES.....	70
13. <i>Post Traumatic Stress Disorder checklist</i> – PLC	71
14. <i>Stalking Behavior Checklist</i> – SBC.....	73
15. Glossario.....	75
16. Cenni generali, reati procedibili d’ufficio e normativa.....	80

Allegato 1. Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere (a guida dei/delle professionisti/e di Pronto Soccorso)

Data _____ Ora _____ Luogo _____

PARTE GENERALE

A1. Dati Anagrafici

*Cognome _____ *Nome _____

*Luogo e data di nascita _____

*Residenza _____ Via _____ N° _____

*Tel _____ *Stato civile _____ Conviventi _____

Figli conviventi _____ di cui minorenni _____

Medico di medicina generale _____

Nota*: la compilazione dei campi anagrafici può essere sostituita da codice alfanumerico opportunamente creato dai servizi informatici delle Aziende.

Modalità di presentazione:

- Autonoma;
- Invio da MMG/Continuità Assistenziale/118 _____
- Invio da altro Ospedale di _____
- Servizio Territoriale di: _____
- Forze dell'Ordine _____
- Altra Istituzione: _____
- Procura di: _____

Accompagnata da:

Nome e cognome _____

Rapporto (es familiare, vicino di casa ecc.): _____

Presenza di figlie/i minorenni _____

Altro _____

A2. Anamnesi

Anamnesi lavorativa

Titolo di studio _____

Pregresse occupazioni _____

Attuale occupazione _____

Anamnesi familiare (specificare se familiarità per patologie psichiatriche): _____

Anamnesi fisiologica: _____

Vaccinazioni: NO SÌ . quali _____

Specificare se sussistono:

- Disturbi dell'alimentazione: tipo: _____
epoca insorgenza _____
- Disturbi del sonno: tipo: _____
epoca insorgenza _____
- Disturbi dell'alvo: tipo (es. incontinenza): _____
epoca insorgenza _____
- Disturbi della minzione: tipo (es. incontinenza): _____
epoca insorgenza _____
- Disturbi del comportamento: tipo: _____
epoca insorgenza _____
- Comportamenti aggressivi: autodiretti; eterodiretti
epoca insorgenza _____

Donna nota a:

- Servizi Sociali: NO SÌ : quale _____
- Centro antiviolenza: NO SÌ : quale _____
- Psichiatria: NO SÌ : quale _____
- Tossicodipendenze/Ser.D.P.: NO SÌ : quale _____
- Altro: NO SÌ : quali _____

Anamnesi patologica remota: (con particolare riferimento a precedenti ricoveri o traumi): _____

Anamnesi patologica recente: _____

Anamnesi ginecologica:

Menarca: NO SÌ : età: _____

Climaterio: NO SÌ : età: _____

Ciclo: regolare; irregolare; altro _____

Data ultima mestruazione: _____

Contracezione: NO SÌ : tipo _____

Gravidanze n. _____ parti n. _____ interruzioni n. _____ figli n. _____

Attività sessuale: NO SÌ : età inizio: _____ tipo: _____

Previo consenso della vittima - Data ultimo rapporto volontario: _____

Malattie veneree già note: NO SÌ : quali _____

Terapie _____

Secrezioni vaginali (pregresse l'evento): NO SÌ : tipo _____ frequenza _____

Vaginiti (pregresse l'evento): NO SÌ : frequenza: _____

Microbiologia: _____

Terapia: _____

Sanguinamenti genito-anali (pregressi l'evento): _____

Traumi genito-anali o chirurgia genito-anale (pregressi l'evento): _____

A3. Racconto della aggressione/violenza⁵⁵

Resoconto del fatto così come riferito dalla donna

Data _____ Ora _____

Luogo dell'evento _____

Tempo intercorso tra la violenza e la visita _____

Presenza di figlie/i minorenni _____

Sospetto maltrattante/violentatore:

singolo Gruppo n. _____

Tipologia di relazione autore-vittima:

- Coniuge/convivente
- Fidanzato
- Ex coniuge/ex convivente
- Ex fidanzato
- Altro parente
- Collega/datore di lavoro
- Conoscente/ amico
- Cliente
- Vicino di casa
- Compagno di scuola
- Insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia
- Medico o operatore sanitario
- Persona sconosciuta alla vittima
- Altro
- Autore non identificato

Presenza di atti di stalking/atti persecutori NO SÌ

⁵⁵ Nota: riportare sempre qualsiasi altro elemento raccontato dalla vittima oltre a quelli indicati.

Minacce verbali NO SÌ

Minacce con strumenti/armi NO SÌ

Furto NO SÌ

Ingestione di alcolici o altre sostanze NO SÌ

- assunzione di farmaci quali _____
- assunzione di alcolici quali _____
- assunzione di sostanze quali _____

Perdita di coscienza NO SÌ

Sequestro in ambiente chiuso NO SÌ

per quanto tempo _____

Mezzi di contenzione NO SÌ

Se sì quali _____

Spogliata NO SÌ

Se SÌ integralmente parzialmente

Precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Precedenti aggressioni NO SÌ

Violenza Psicologica NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Violenza economica NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Atti persecutori/stalking NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Maltrattamento fisico NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Violenza sessuale NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Maltrattamento e violenza sessuale NO SÌ

Se SÌ quando: _____

periodo intercorso dall'ultimo episodio: _____

modalità _____

precedenti visite presso altre strutture NO SÌ (vedi allegati)

Atteggiamento della donna durante il colloquio:

Livello di collaborazione:

collaborante poco collaborante oppositivo altro _____

Atteggiamento: indifferente; distaccato; timoroso; compiacente; irrequieto;

stato di allarme; ansioso; piange; non definibile; altro: _____

Difficoltà del/della professionista durante il colloquio: _____

Indumenti (precisare: presenza di imbrattamenti e/o soluzioni di continuo, tagli e/o altre modifiche apportate dai sanitari, eventuali cambi di indumenti realizzati nel tempo intercorso tra evento e visita; eventuale repertazione e conservazione) (cfr. ALLEGATO 5): _____

A4. Esame obiettivo

FC: _____ PA: _____

Condizioni generali: _____

- nutrizione: _____

- idratazione: _____

- igiene personale: _____

- aspetto: ordinato e curato; trasandato; altro: _____

Sintomi fisici: cefalea, nausea, vomito, dolore al volto, al cuoio capelluto, al collo, al torace, all'addome, agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro: _____

Variazioni del comportamento riferite dopo l'evento (sottolineare quali segni/sintomi):

stanchezza, affaticamento, dolori somatici, disturbi psicosomatici; iperattività, eccitazione, irrequietezza, disturbi del comportamento alimentare improvvisi (anoressia, vomito), disturbi del sonno (insonnia, ansia, rituali, incubi, risvegli ripetuti, terrori), disturbi affettivi (apatia, stato confusionale, crisi di pianto, crisi di panico), disturbi dell'adattamento (difficoltà scolastiche/di studio, difficoltà lavorative, calo di attenzione, isolamento, fuga), frequenza di stati depressivi (senso di colpa, vergogna, autosvalutazione), sintomi fobici e/o ossessivi-compulsivi, strutturazione di difese (evitamento-congelamento, identificazione con l'aggressore), paura-vigilanza, atteggiamenti instabili e remissivi, paura, sentimenti di impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash-back, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, ipervigilanza, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, o altro: _____

Atteggiamento della donna durante la visita:

Livello di collaborazione:

collaborante; poco collaborante; oppositivo; altro: _____

Atteggiamento:

indifferente; distaccato; timoroso; compiacente; irrequieto; stato di allarme ansioso; piange; non definibile; altro: _____

Difficoltà del/della professionista durante la visita:

A5. Lesività

In riferimento a segni di lesione, in atto o pregressi, specificare il tipo di lesione, la sede anatomica, la forma, la dimensione, il colore. In particolare, specificare la presenza di eritema, escoriazioni, ecchimosi, lacerazioni, soluzioni di continuo, cicatrici, indicando se si tratta di lesioni focali o diffuse, indicandole anche nello schema corporeo (vedi Figg. 1-3) e allegando se possibile fotografie. Indicare inoltre l'eventuale presenza di **apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti**⁵⁶, specificando le sedi.

Lesioni:

- Eritema NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____
 Colore _____
 Foto NO SÌ

- Ecchimosi NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____
 Colore _____
 Foto NO SÌ

- Abrasioni/Escoriazioni NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____
 Colore _____
 Foto NO SÌ

- Ematomi NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____
 Colore _____
 Foto NO SÌ

- Ferite lacero-contuse NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____
 Colore _____
 Foto NO SÌ

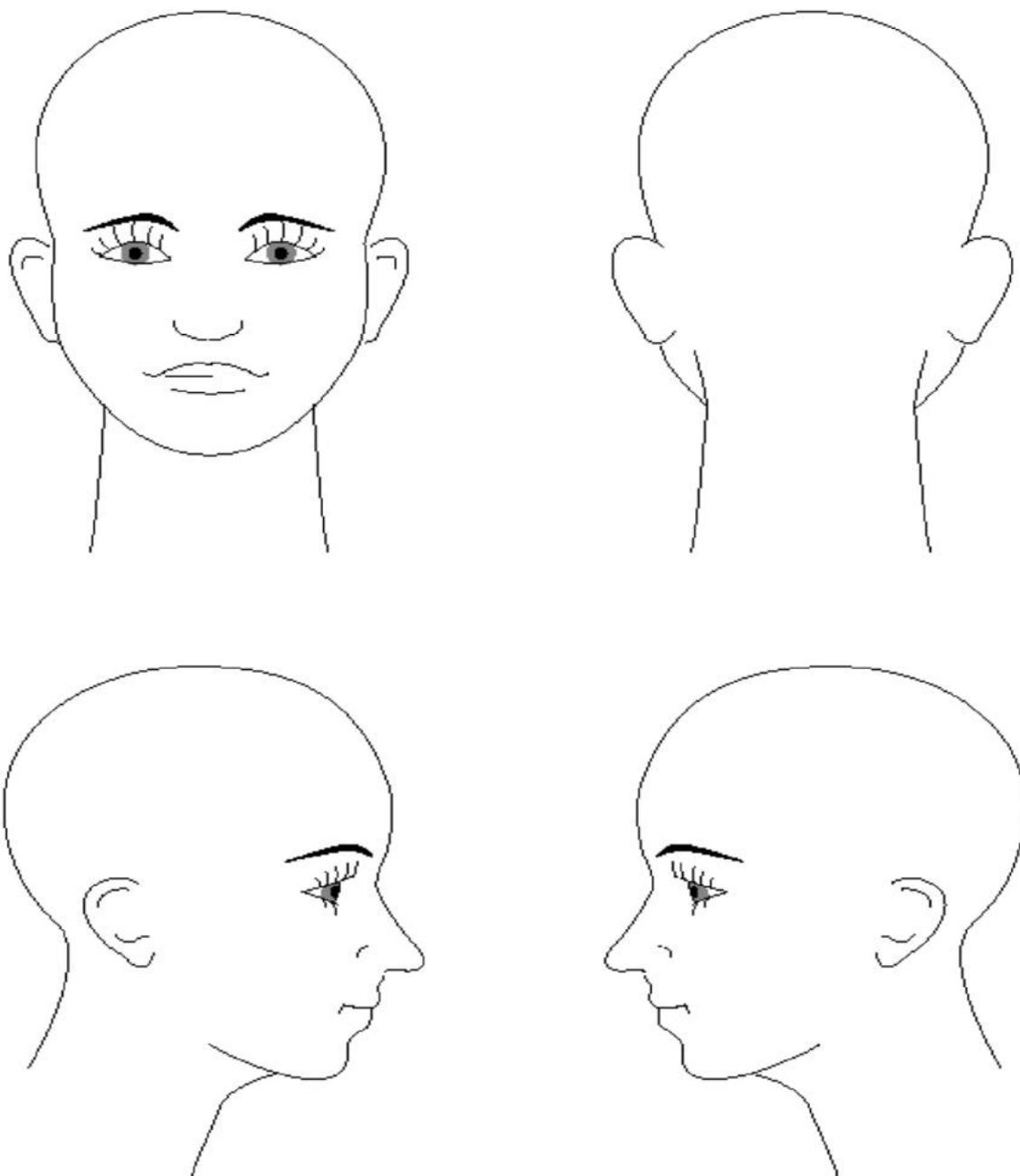
- Soluzione di continuo NO SÌ
 Sede _____
 Forma _____
 Dimensione _____

⁵⁶ Vedi anche Allegato n.2, B2.2, tabella "Descrizione lesività"

- Colore _____
Foto NO SÌ
- Ustioni NO SÌ
Sede _____
Forma _____
Dimensione _____
Colore _____
Foto NO SÌ
 - Cicatrici NO SÌ
Sede _____
Forma _____
Dimensione _____
Colore _____
Foto NO SÌ
 - Fratture NO SÌ
Sede _____
Tipologia _____
Indagine NO SÌ
 - Fratture pregresse NO SÌ
Sede _____
Forma _____
Dimensione _____
Immagine strumentale NO SÌ

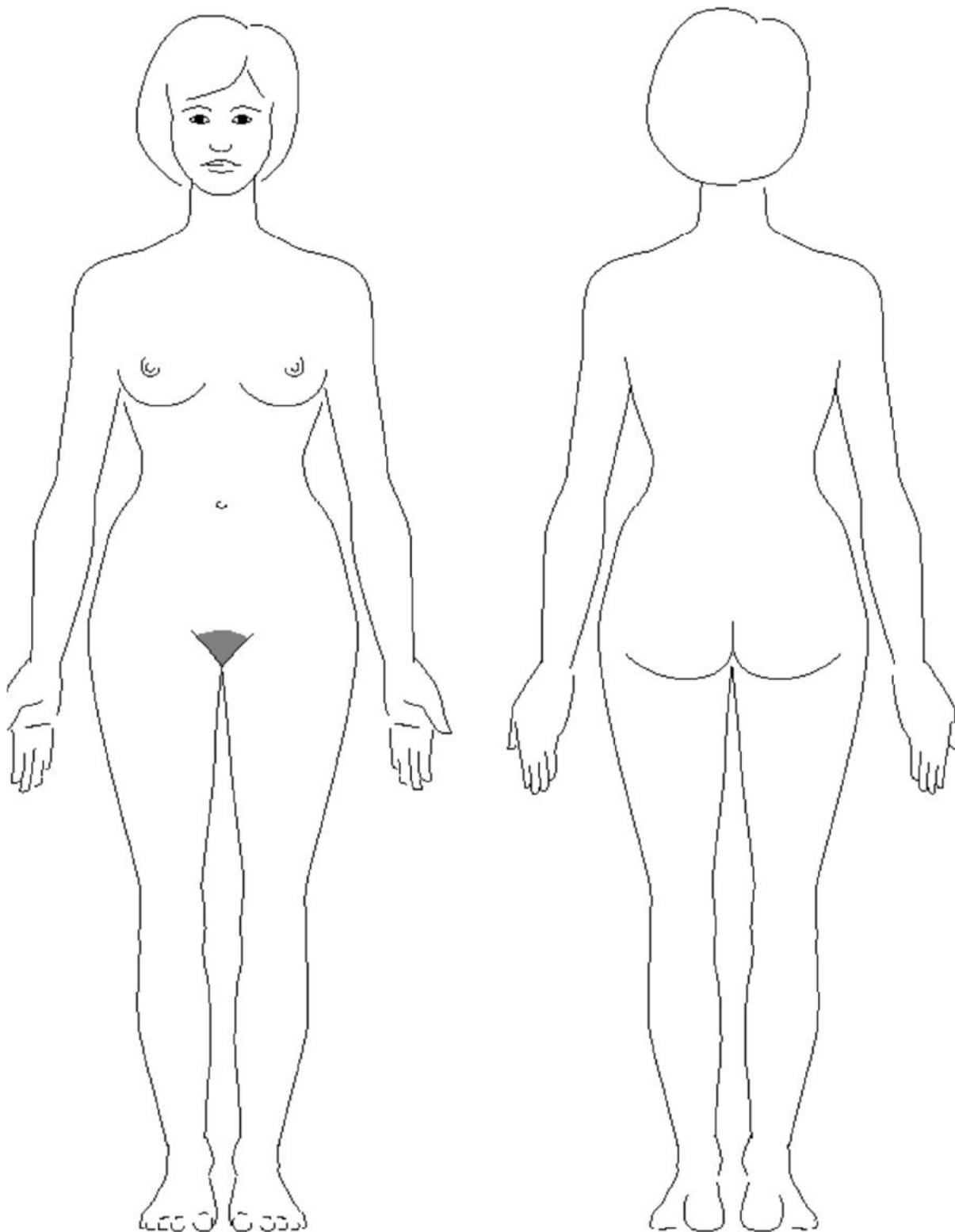
Descrizione di lesioni e tracce: indicare nei disegni le sedi in cui sono state riscontrate

Figura 1. Schema capo e collo



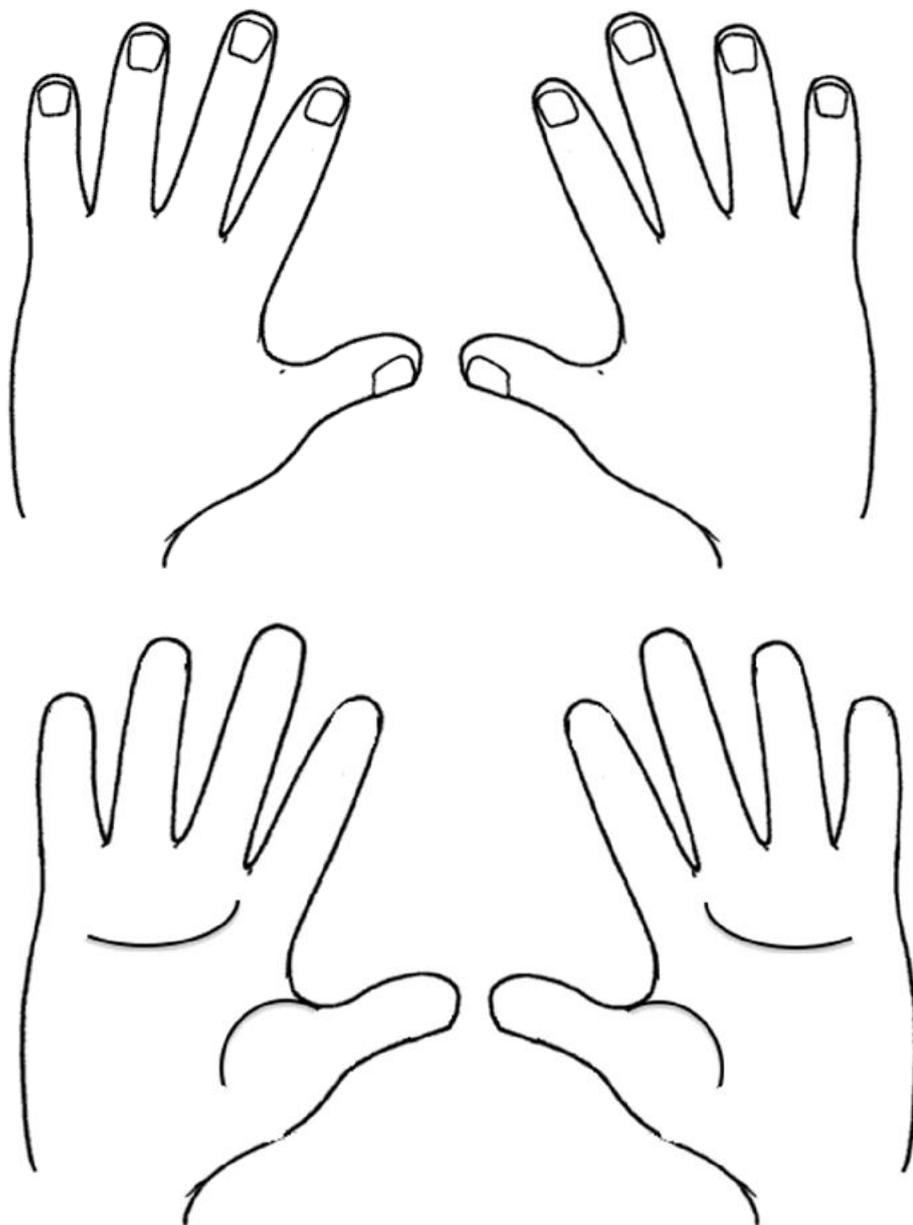
Spazio per note

Figura 2. Schema corporeo



Spazio per note

Figura 3. Schema mani e polsi



Spazio per note

Consulenze specialistiche: _____

Referti clinici allegati:

NO SÌ Se sì quali _____

Accertamenti strumentali: _____

Accertamenti di laboratorio: _____

Ricovero/Dimissione e motivazioni: _____

Annotazioni medico-legali: _____

FIRME:

Medico/a di Pronto Soccorso _____

Medico/a legale _____

Infermiere/a _____

Allegato 2.

Fac simile scheda rilevamento sospetta violenza di genere: parte specifica per sospetta VIOLENZA SESSUALE

1. Sintesi anamnestica per violenza sessuale

Atto subito	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

Atto agito*	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

*Nota: in seguito a induzione/costrizione da parte dell'aggressore

- uso di preservativo NO SÌ
- pulizia delle zone lesionate o penetrate NO SÌ
- cambio degli slip NO SÌ
- cambio altri indumenti NO SÌ
- se sì, quali.....
- minzione NO SÌ
- evacuazione NO SÌ
- pulizia del cavo orale NO SÌ
- vomito NO SÌ
- assunzione di farmaci NO SÌ
- se sì, quali.....
- assunzione di alcolici NO SÌ

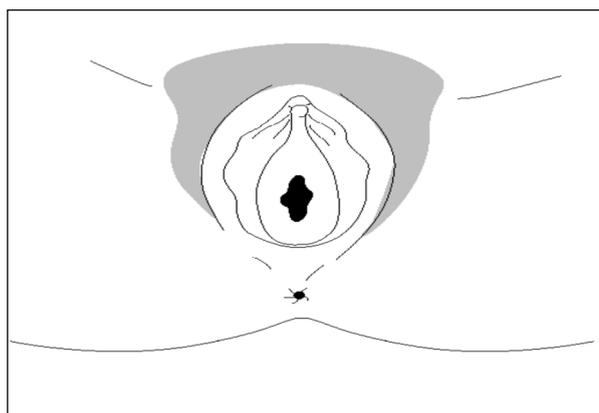


Figura 4. Indicazione della sede del prelievo in area genito-ale femminile

Descrizione delle lesività e indicazione della sede di prelievo per la repertazione:

Segnalare la presenza e la tipologia delle lesioni, specificando la sede secondo il quadrante dell'orologio ed allegando le foto relative. Indicare, inoltre, l'eventuale presenza di apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti, specificandone le sedi ed eventuali sede di prelievo per repertazione successiva.

	Sì	No	Sede	Numero	Dimensioni	Colore	Foto	Imbrattamento Tipo	Prelievo
Pliche cutanee appianate									
9	Arrossamento								
	Edema								
	Ecchimosi								
	Escoriazioni								
Incisure									
Fissurazioni									
Appendici cutanee (tags)									
Emorroidi									
Cicatrici									
Ustioni									

2.2 Esame genitale:

Colposcopio: NO SÌ In caso di uso filtro

Fotografie NO SÌ

Posizione adottata durante la visita: ginecologica supina prona

Modalità: separazione trazione

Secrezioni: NO SÌ : specificare i caratteri.....

Descrizione anatomica area genitale

Grandi labbra	
Piccole labbra	
Meato uretrale	
Clitoride	
Imene	
Vagina	
Perineo	

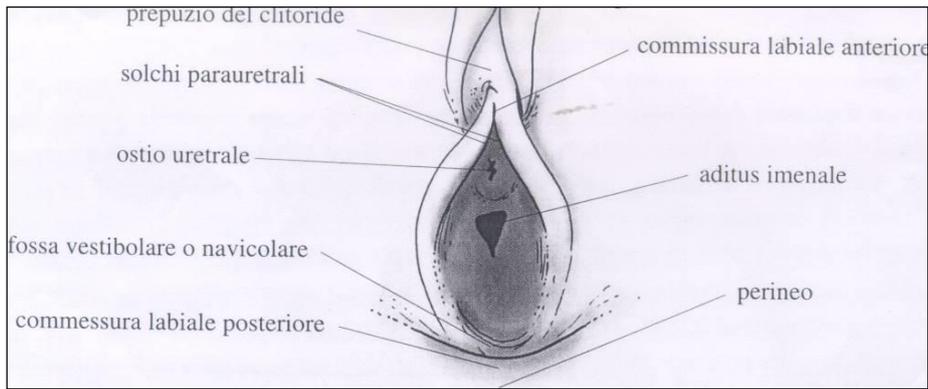


Figura 5. Anatomia area genitale femminile

Descrizione delle lesività e indicazione della sede di prelievo per la repertazione:

Segnalare la presenza di: eritema, escoriazioni, ecchimosi, lacerazioni, soluzioni di continuo, cicatrici, specificando la sede secondo il quadrante dell’orologio ed allegando le foto relative, segnalando se si tratta di lesioni focali (F) o diffuse (D), evidenziandole anche nello schema corporeo, indicando le foto relative.

Indicare, inoltre, l’eventuale presenza di apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti, specificandone le sedi ed eventuali sede di prelievo per repertazione successiva.

	Eritema	Escoriazioni	Ecchimosi	Lacerazioni	Soluzioni di continuo	Ustioni	Cicatrici (mutilazioni vedi dopo)	Foto	Imbrattamenti tipo	Prelievo
Faccia interna delle cosce										
Vulva										
Meato uretrale e area periuretrale										
Grandi labbra										
Piccole labbra										
Clitoride										
Imene										
Vagina										
Perineo (particolare riferimento alla forchetta)										

Note:

3. Mutilazioni genitali

Nel caso in cui si rilevino mutilazioni genitali fare riferimento alla classificazione WHO (OMS) riportata:

Grandi labbra:

Piccole labbra:

Clitoride:

Meato uretrale e area peri uretrale:

Imene:

Vagina:Perineo:

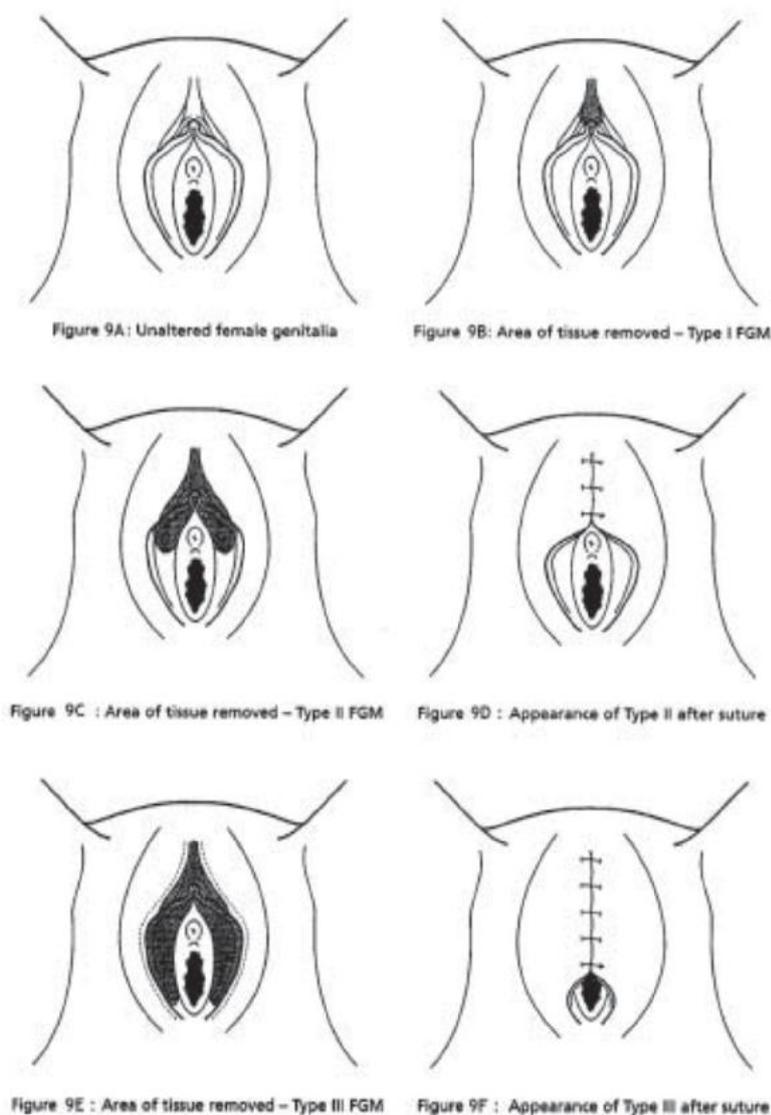


Figura 6. Classificazione WHO (OMS) per le mutilazioni genitali

Classificazione WHO (OMS):

Tipo I: escissione del prepuzio con o senza escissione di parte del clitoride (Fig. 9b) che include procedure come la circoncisione e clitoridectomia

Tipo II: escissione del clitoride con parziale o totale escissione delle piccole labbra (Figg. 9c e d)

Tipo III: escissione del clitoride con parziale o totale escissione delle piccole labbra e restringimento dell'ostio vaginale (Figg. 9e e f) che include procedure come l'infibulazione, circoncisione faraonica, circoncisione di tipo somalo

Tipo IV: non classificato, che include procedure come il piercing del clitoride e delle labbra; l'allungamento del clitoride e delle labbra; la cauterizzazione del clitoride e dell'area periclitoreidea; asportazione di tessuto periorifiziale vaginale o della vagina; introduzione di agenti corrosivi o erbe intravaginali inducenti perdite emorragiche e conseguenti cicatrizzazione ipertrofiche; altre procedure non riportate nei precedenti tipi

Visita chirurgico - proctologica:

Altre consulenze specialistiche:

Ecografia pelvica:

Esami strumentali:

Ricovero e motivazioni:

Annotazioni medico legali:

Atteggiamento della donna durante la visita:

Difficoltà dell'operatore/trice:

Repertazione (cfr. ALLEGATO 5): indicare chiaramente le zone in cui vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati, e documentare, ove possibile, con rilievi fotografici, tutte le operazioni di prelievo:
.....

Durante la visita la donna esprime:

- rifiuto di sottoporsi alle procedure di repertazione per tracce biologiche
- rifiuto di esecuzione e conservazione di materiale fotografico

FIRMA

Signora:.....

FIRME

Medico/a di Pronto Soccorso:.....

Ginecologo/a:

Medico/a legale:

Infermiera/e-Ostetrica/o:.....

Allegato 3. Composizione kit per prelievi a fini medico-legali⁵⁷

a) kit per sospetto maltrattamento FISICO

(da utilizzare in caso di verosimile imbrattamento con liquidi biologici dell'aggressore)

- **lente di ingrandimento**
- **lampada scialitica**
- **guanti monouso**
- **matita**
- **tamponi senza terreno di coltura con cotton fioc** per eventuale tipizzazione del DNA (n. 5-6) per raccogliere il materiale biologico, come sperma, saliva, sangue od altro. Si impieghi tampone sterile asciutto, su cute ev. tampone bagnato in fisiologica. Sulle provette va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico
- **provette per raccolta campioni ematici e di urina per esami tossicologici**
- **busta con doppia tasca**, per contenere le provette ed i tamponi da inviare ai laboratori di riferimento
- **buste di carta** per prelievi di materiale vario (indumenti, peli, stoffa, etc.)
- **eventuali indumenti usa/getta**, se non è possibile reperire un cambio per la donna
- **frigorifero** per conservazione adeguata di tamponi e campioni prima della consegna ai laboratori nel più breve tempo possibile
- **macchina fotografica digitale**

b) kit per sospetta violenza SESSUALE

- **duplice telo** in cotone o carta su cui fare spogliare la vittima
- **lampada scialitica**
- **lente di ingrandimento con fonte luminosa interna**
- **colposcopio**
- **guanti monouso**
- **matita**
- **citofix**
- **tamponi** con terreno di coltura (N. 3):
 - **per Chlamydia** (prelievo endocervicale)
 - **per Gonococco** (prelievo endocervicale)
 - **per Trichomonas** (prelievo vaginale)
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per ricerca e coltura)

⁵⁷ Indicazione basata sulle "Linee guida per corsi di formazione in tema di violenza sulle donne e di abuso sui minori" A.O.G.O.I., https://www.aogoi.it/media/1244/appendice_ii_196-197.pdf

- **tamponi senza terreno di coltura con cotton fioc per tipizzazione del DNA** (n. 5-6) per raccogliere il materiale biologico, come sperma, saliva, sangue o altro. Si impieghi tampone sterile asciutto, su cute ev. tampone bagnato in fisiologica. Sulle provette va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico
- **provette per raccolta di campioni ematici e urina per esami tossicologici**
- **busta con doppia tasca**, per contenere le provette ed i tamponi da inviare ai laboratori di riferimento
- **buste di carta** per prelievi di materiale vario (indumenti, peli, stoffa, etc.)
- **eventuali indumenti usa/getta**, se non è possibile reperire un cambio per la donna
- **frigorifero** per conservazione adeguata dei tamponi e campioni prima della consegna ai laboratori, nel più breve tempo possibile
- **macchina fotografica digitale**

Allegato 4. Raccomandazioni per realizzazioni di immagini con macchina fotografica

La corretta realizzazione di immagini fotografiche utili ai fini forensi prevede l'esecuzione a centratura del bianco, la corrispondenza del datario della macchina fotografica, l'epoca della visita e la conservazione delle foto in file protetti posti in un computer NON in rete. Si rammenta come le foto debbano essere prodotte senza alterazioni nella sequenza, es. "da ... a ... estensione" (dovranno quindi essere classificate tutte le foto eseguite comprese quelle "venute male, sfocate, esposte a luce non corretta etc.", foto che non potranno MAI essere eliminate, ma saranno conservate insieme a tutte le altre). Infine, tutte le foto dovranno essere descritte e classificate con numero di riconoscimento progressivo nella scheda clinica. Non da ultimo, è sempre meglio realizzare una seconda memoria a parte per una duplice archiviazione e conservazione delle stesse.

È possibile fotografare gli indumenti, ed eventualmente le tracce sugli stessi, prima di conservarli nei tempi e nei modi opportuni (cfr. ALLEGATO 5).

Si raccomanda di predisporre una tabella all'interno della quale inserire la voce degli indumenti fotografati.

Allegato 5. Guida alla repertazione

Qualora insorga il sospetto di un contatto tra liquidi biologici dell'aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell'epidermide, ecc.) e corpo e/o indumenti della donna è necessario prevedere la ricerca e la possibile repertazione delle tracce di materiale biologico⁵⁸ (cfr. ALLEGATO 2).

Le procedure di ricerca e repertazione sono particolarmente intrusive e di difficile comprensione da parte della vittima; dovranno, quindi, essere oggetto di spiegazione particolareggiata, utilizzando tempi e modi rispettosi della capacità di comprensione ed accettazione della donna.

Le tracce di materiale biologico evidenziabili si possono cercare:

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

Deve essere conservato tutto ciò che è stato a contatto con cute e mucose dopo la presunta aggressione, anche eventuali assorbenti interni ed esterni nel caso di sospetta violenza sessuale.

B- sul corpo della donna: le tracce devono essere cercate facendosi guidare dal racconto della vittima

I prelievi devono essere effettuati sulle tracce evidenziate, sia nelle zone dove l'aggressore abbia effettuato dei contatti, fisici o attraverso fluidi biologici; sia nelle zone orale, periorale, vaginale, vulvare, perivulvare, anale, perianale, allorché ci sia stata una violenza sessuale.

In base al racconto, è opportuno valutare l'esecuzione di prelievi subungueali di ogni dito ("scrub") o dell'estremità delle unghie (prelievo) per ricerca di eventuale presenza di materiale biologico dell'aggressore. Ciascun singolo prelievo sottoungueale dovrà essere considerato come singolo reperto.

A tutela del professionista ed a tutela della donna è sempre utile realizzare almeno una duplice campionatura di ogni prelievo.

Modalità di repertazione/conservazione

Durante l'espletamento delle operazioni, i sanitari dell'equipe dedicata dovranno adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (operatore-reperto, repertoire-reperto, ambiente-reperto, ecc).

Inoltre, si raccomanda sempre di:

1. eseguire la repertazione sulla base dei dati circostanziali
2. indicare chiaramente le zone dove vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati, e documentare, ove possibile e ritenuto opportuno, con rilievi fotografici tutte le operazioni di prelievo.

⁵⁸ Qualora la donna, dopo adeguata informazione sulla necessità e modalità di repertazione e di conservazione di tracce biologiche (indumenti, corpo), nonché di esecuzione e conservazione di materiale fotografico, **rifiuti in modo manifesto di sottoporsi alle procedure proposte**, gli operatori non devono procedere. Tale rifiuto deve essere annotato nella documentazione sanitaria e segnalato nell'eventuale referto all'Autorità Giudiziaria.

A - Indumenti

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina;
2. utilizzare un duplice telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la donna per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti o sul corpo della donna.
Nota bene: Qualora la donna riferisca di essersi cambiata si consiglia di acquisire gli indumenti che indossa al momento, in particolare quelli intimi, e di suggerire di conservare (senza lavarli) quelli che indossava al momento del fatto per un ulteriore approccio tecnico forense ovvero di consegnarli (se in possesso al momento della visita) e conservarli con le opportune cautele;
3. maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli su se stessi;
4. conservare gli indumenti singolarmente e ben asciutti in buste di carta o in scatole di cartone, mai aperte o manipolate (**Nota bene; non usare buste di plastica per la conservazione!**) e mantenerli a temperatura ambiente;
5. asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, senza utilizzare fonti di calore (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta: in tal modo è possibile utilizzare gli indumenti anche per indagini genetiche di tipo istochimico. Qualora non sia possibile, per evitare degradazione del materiale biologico eventualmente presente, si possono congelare immediatamente gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica: in tal modo si potranno utilizzare gli indumenti per le indagini genetiche. **Nota Bene:** non usare buste di plastica per la conservazione a temperatura ambiente; non usare il frigorifero per la conservazione dei reperti poiché la temperatura interna, solitamente di 4 - 8° C, non è idonea alla conservazione di tracce biologiche;
6. le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto (numero o codice del reperto, data di conservazione, firma dell'esecutore);
7. allestire un **verbale di catena di custodia**, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto.

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

B - Corpo della donna

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina;
2. utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cottonfioc sterili; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-ungueale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti!); valutare se tagliare le unghie;
3. nel caso di violenza sessuale considerare, indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento e sulla base del dato anamnestico, le seguenti sedi: Orale-Periorale-Vulva-Vaginale-Perivaginale-Anale-Perianale-Cute
4. riporre il tampone nella propria custodia o, se sprovvisti di custodia, conservare il tampone in provette sterili da laboratorio (**Le provette NON DEVONO MAI CONTENERE GEL O TERRENI DI COLTURA**);
5. chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto;
6. congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. **LE**

7. **PROVETTE NON DEVONO MAI ESSERE CONSERVATE IN FRIGORIFERO.** allestire un **verbale di catena di custodia**, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto.

Nota bene: non utilizzare disinfettanti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse. Se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere e non appena acquisito questo dato anamnestico.

C - Verbale di catena di custodia⁵⁹

Indicare ogni "passaggio" della raccolta e campionatura del reperto, attraverso redazione di idoneo **verbale identificativo del numero, tipo di reperto e campione**, da allegare alla scheda di maltrattamento/violenza. Ogni reperto e campione dovrà essere firmato dall'operatore deputato alla raccolta e confezionamento. La conservazione dei reperti e dei campioni dovrà essere oggetto di specifica e adeguata procedura operativa concordata preventivamente tra l'Azienda Sanitaria e l'Autorità Giudiziaria.

Il responsabile della conservazione redigerà al momento del trasferimento dei reperti e dei campioni idoneo **verbale di consegna** da allegare alla scheda di rilevamento.

⁵⁹ Vedi Tabella 11. Modello di verbale catena di custodia, Quaderno n. speciale "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale". <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462> della collana regionale "I quaderni del professionista".

Allegato 6. Tabella guida alla valutazione psicologica e BRAFED

a) Valutazione psicologica (per medico/a di PS)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____

Anomalia	Sì	No	Particolarità
Tremore			
Ansietà			
Irrequietezza			
Apatia			
Paura			
Indifferenza			
Inespressività			

- Altro: anomalie della mimica (non coerente), gestualità (fissa), tono vocale (monotono), sguardo (sfuggente), postura (ripiegata), comportamento in presenza dell'accompagnatore

b) Brief Risk Assessment for Emergency Department⁶⁰ (BRAFED) (se applicabile al caso)

Domanda	Si	No
La frequenza e la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?		
L'aggressore ha mai utilizzato un'arma o l'ha mai minacciata con un'arma o ha tentato di strangolarla?		
Pensa che l'aggressore possa ucciderla?		
E' stata mai picchiata in gravidanza?		
L'aggressore è violentemente e costantemente geloso?		

- La risposta positiva ad almeno tre quesiti individua un elevato rischio di maltrattamento grave e di recidiva

Data _____

Il/La medico/a _____

⁶⁰ Snider et al, 2009

Allegato 7. Check list pre-dimissione in caso di maltrattamento, abuso o violenza

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____

	Pronto Soccorso		Reparto	
È stata raccolta l'anamnesi?	sì	no	sì	no
È stata indagata la presenza di minorenni al momento della violenza?	sì	no	sì	no
Si sono verificati precedenti analoghi accessi in ospedale?	sì	no	sì	no
Sono state descritte in modo chiaro, comprensibile e dettagliato la tipologia/modalità di aggressione	sì	no	sì	no
È stato attivato il/la medico/a legale?	sì	no	sì	no
È stata eseguita la visita generale?	sì	no	sì	no
È stato eseguito l'esame obiettivo ginecologico/chirurgico/ urologico?	sì	no	sì	no
Sono stati eseguiti prelievi ematici/urinari?	sì	no	sì	no
Sono stati eseguiti esami tossicologici?	sì	no	sì	no
Sono stati eseguiti tamponi?	sì	no	sì	no
Sono state fotografate tracce e lesioni se presenti?	sì	no	sì	no
Sono stati raccolti indumenti contaminati?	sì	no	sì	no
Se sono state fotografate tracce e lesioni e raccolti indumenti contaminati, è stato acquisito il consenso informato?	sì	no	sì	no
È stata applicata la procedura sul trattamento post-esposizione non professionale?	sì	no	sì	no
Sono stati dati appuntamenti per il <i>follow up</i> ?	sì	no	sì	no
Sono state date indicazioni sui percorsi di supporto?	sì	no	sì	no
È stata data informazione sul colloquio valutativo specialistico psicologico?	sì	no	sì	no
È stata fatta segnalazione agli assistenti sociali?	sì	no	sì	no
È stata data informazione relativa ai centri anti violenza di riferimento?	sì	no	sì	no
È stata formulata la prognosi?	sì	no	sì	no
È stata effettuata corretta codifica ICD-9-CM in uscita?	sì	no	sì	no
È stata fatta segnalazione all'Autorità Giudiziaria?	sì	no	sì	no
È stato allertato il posto di Polizia?	sì	no	sì	no
È stato attivato un percorso di protezione?	sì	no	sì	no
	Firma Medico/a Pronto Soccorso		Firma Medico/a Specialista	

Data _____

Allegato 8. Valutazione del rischio⁶¹

Di seguito vengono riportate una serie di domande alle quali le chiediamo di rispondere "sì" o "no" nel caso in cui rappresentino la sua situazione; "lui" si riferisce a un marito, partner o ex partner o a chi l'aggrede abitualmente.

	SÌ	NO
1. La violenza fisica è aumentata in frequenza rispetto all'anno passato?		
2. La violenza fisica è aumentata per gravità nell'ultimo anno e / o è mai stata sotto la minaccia di un'arma o è mai stata minacciata con un'arma?		
3. Lui ha mai cercato di soffocarla mettendo le mani alla gola?		
4. C'è una pistola in casa?		
5. Lui l'ha mai costretta a fare sesso quando non voleva farlo?		
6. Lui fa uso di droga?		
7. Lui minaccia di ucciderla / o lei crede che lui sia capace di ucciderla?		
8. È ubriaco ogni giorno o quasi ogni giorno?		
9. Lei è sotto controllo del partner per la maggior parte o per tutte le attività quotidiane? Per esempio: le dice che non deve chiamare o uscire con amici, quanti soldi può prendere per fare la spesa, o quando può prendere l'auto; (Se ci prova, ma lei non lo permette, lo segni qui: ____)		
10. È mai stata picchiata da lui mentre era incinta? (Se non è mai stata incinta di lui, lo segni qui: ____)		
11. Lui è violentemente e costantemente geloso di lei? (Per esempio, dice: "Se io non ti posso avere, nessuno ti deve avere ")		
12. Lui ha mai minacciato o tentato di suicidarsi?		
13. Lei ha mai minacciato o tentato di suicidarsi?		
14. Lui è violento verso i vostri bambini?		
15. È violento al di fuori della casa?		

⁶¹ Campbell, J. C. et al., (2003b). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Sage Publications, Inc. Traduzione italiana in Reale, E. (2021).

Allegato 9. Consenso informato al referto psicologico in seguito a violenza/maltrattamento

il referto psicologico costituisce un intervento a contrasto della violenza di genere a cui si accede su base volontaria.

A seguito del referto medico eseguito al pronto soccorso viene proposto un invio psicologico in modo tale da eseguire un colloquio che permetta di approfondire gli effetti della violenza, raccogliendo in modo sistematico il vissuto della vittima.

La sottoscritta:

- 1. Presa visione della disciplina vigente e dei propri diritti nell'ambito sanitario come da informativa (ex art. 13 Decreto Legislativo n. 196/2003);*
- 2. Individuato il ben delimitato e indispensabile ambito di comunicazione dei dati sensibili che saranno raccolti o prodotti;*
- 3. Preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni;*
- 4. Consapevole che i propri dati sensibili saranno trattati ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione e che comunque i risultati di eventuali studi e ricerche relativi ai propri dati sensibili saranno comunicati e diffusi esclusivamente in forma anonima;*

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AL COLLOQUIO PSICOLOGICO E ACCETTA LA STESURA DEL REFERTO PSICOLOGICO

NON ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AL COLLOQUIO PSICOLOGICO ED ALLA STESURA DEL REFERTO

Luogo e data _____

Firma dell'interessata _____

Firma dello/a Psicologo/a _____

Allegato 10. Fac simile referto psicologico

<p>REFERTO PSICOLOGICO di: _____</p> <p>INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. _____ DEL _____ (allegato)</p> <p>Il referto psicologico è da intendersi nell'accezione clinica, ovvero quale relazione scritta dettagliata rilasciata dalla/dal psicologa/o che abbia sottoposto la donna a un esame clinico. Qualora, nel corso della valutazione, emergano caratteristiche tali da ipotizzare "reati perseguibili d'ufficio", si procederà all'invio del referto all'autorità giudiziaria come inteso ai sensi dell'art. 365 c.p. e 334 c.p.p..</p> <p>art. 334 c.p.p.: "Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; fornisce inoltre 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".</p>	
<p><i>Data e luogo dell'intervento</i></p>	<p>La signora _____ si presenta all'osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data _____</p>
<p><i>Dati anagrafici</i></p>	<p>Cognome e Nome _____</p> <p>C.F. _____</p> <p>Data e luogo di nascita _____</p> <p>Stato civile _____</p> <p>Scolarità _____ Professione _____</p> <p>Residenza _____</p> <p>Tel. Personale _____ Numero figli _____ di cui minori _____</p>
<p><i>Rif. Referto medico</i></p>	<p>Referto N. _____ del _____</p> <p>Diagnosi medica _____</p> <p>Prognosi _____</p>
<p><i>Dati autore dell'aggressione</i></p>	<p>La donna riferisce <input type="checkbox"/> non riferisce <input type="checkbox"/> l'identità dell'autore dei comportamenti violenti.</p> <p>Se si tratta di ex coniuge, convivente, compagno, conoscente, indicare:</p> <p>Nome e cognome: _____</p> <p>Data di nascita: _____</p> <p>Tipologia di legame con la vittima: _____</p>
<p><i>Osservazione dello stato emotivo-cognitivo-comportamentale della donna</i></p>	<p>All'osservazione psicologica la donna presenta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p><i>Questionari somministrati</i></p>	<p>Alla donna <input type="checkbox"/> vengono <input type="checkbox"/> non vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress in risposta agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PDI (<i>Peri Traumatic Distress Inventory, Brunet et al. 2001</i>) che rileva un punteggio di ____/52, indice di disagio significativo (se il punteggio risultasse compreso tra 15 e 27); molto significativo (se tra 28 a 39); estremamente significativo (se tra 40 e 52), percepito durante o immediatamente dopo l'evento traumatico. <input type="checkbox"/> IES (<i>Revised Impact Of Event Scale, Horowitz et al., 1979</i>) che rileva un punteggio di ____ (cut-off 9), indice della presenza di sintomatologia post-traumatica lieve (9-25) / moderata (26-43) / severa (≥ 44), con un punteggio di ____ per la sottoscala Sintomi Intrusivi e di ____ per i Sintomi di Evitamento. <input type="checkbox"/> PCL (<i>Post Traumatic Stress Disorder Checklist, Weathers et al., 1991</i>) che rileva un punteggio di ____ /85, indice della presenza di sintomatologia post-traumatica da stress di entità moderata/rilevante (se >50). <input type="checkbox"/> Stalking Behavior Checklist (Coleman, 1997) che rivela un punteggio totale di ____ /6, (____ /6 sottoscala <i>Comportamenti Violenti</i> e ____/6 sottoscala <i>Comportamenti Molesti</i>, con presenza di comportamenti che coinvolgono i figli minori)
<p><i>Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995)</i></p>	<p>Questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995)</p> <p>La donna riferisce moderati/elevati timori per la vita e l'integrità psico-fisica personale come rilevato dal questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995), dal quale si evidenzia la presenza di N. ____ indicatori di rischio su 15. Emergono, inoltre, N. ____ dei principali fattori di letalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presenza e uso di un'arma o minaccia con l'uso di un'arma; <input type="checkbox"/> Minacce di morte; <input type="checkbox"/> Tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola); <input type="checkbox"/> Partner violento e costantemente geloso; <input type="checkbox"/> Costrizione a rapporti sessuali. <p>Una condizione di rischio particolare è determinata dal fatto che la donna ha comunicato al partner di voler cessare la convivenza.</p> <p>La donna mostra: <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave stato di paura personale.</p> <p>Altri indicatori di rischio emersi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escalation della violenza <input type="checkbox"/> Gelosia infondata o incoerente <input type="checkbox"/> Controllo e limitazioni <input type="checkbox"/> Precedenti aggressioni refertate <input type="checkbox"/> Aggressioni davanti a terzi e minori <input type="checkbox"/> Violenza in gravidanza <input type="checkbox"/> Il soggetto abusante fa uso abituale di droghe e di alcool <input type="checkbox"/> Il soggetto abusante ha precedenti penali per violenza e/o ha disatteso ordini di protezione <p>Altro _____</p>

<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce: " _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
<p><i>Analisi di contesto e anamnesi di eventuali eventi traumatici precedenti al fatto in oggetto e connessi a episodi di violenza</i></p>	<p>La donna riferisce: " _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
<p><i>Presenza di minori</i></p>	<p>La donna riferisce la presenza di minori testimoni di violenza (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa) <input type="checkbox"/> Sì; <input type="checkbox"/> No Che hanno a loro volta subito violenza: <input type="checkbox"/> Sì; <input type="checkbox"/> No Sono stati presenti durante episodi precedenti di violenza: <input type="checkbox"/> Sì; <input type="checkbox"/> No</p>
<p><i>Valutazione sintomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la somministrazione dei questionari, è compatibile con:</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomatologia da Stress Acuto <input type="checkbox"/> Sintomatologia da Stress Post-Traumatico con prevalenza di sintomi _____</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbo d'ansia reattivo all'evento traumatico <input type="checkbox"/> Altro _____ _____</p>
<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero:</p> <p><input type="checkbox"/> Violenza domestica (<input type="checkbox"/> Fisica, <input type="checkbox"/>Sessuale, <input type="checkbox"/> Psicologica/Verbale, <input type="checkbox"/> Economica) <input type="checkbox"/> Violenza sessuale <input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Minacce (di morte, di distruzione personale e di altri)</p>

	<input type="checkbox"/> Altro _____
<i>Indicazioni di trattamento</i>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di <i>follow up</i> a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia sostegno psicologico presso _____ di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia la visita psicologica del/i minore/i per gli esiti del maltrattamento assistito presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici _____ e tramite i Servizi Sociali di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consigliano misure di cautela e prevenzione del rischio _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>_____</p>
<i>Invii e Segnalazioni (ai sensi dell'art. 334 ccp)</i>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata:</p> <p><input type="checkbox"/> Contatto diretto con il Centro Antiviolenza del Comune di _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contatto diretto e intervento delle FF.OO.</p> <p>Inoltre, con il consenso dell'interessata:</p> <p><input type="checkbox"/> Si informa/invia al medico curante</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia ai servizi territoriali sociosanitari per la successiva presa in carico</p> <p><input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale di _____</p> <p>_____</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____</p> <p>Firma donna _____</p> <p>Firma psicologa/o _____</p>	

Allegato 11. Peritraumatic distress inventory - PDI⁶²

Di seguito sono elencati una serie di pensieri e situazioni che possono essersi verificati durante o immediatamente dopo l'evento critico; le chiediamo di leggerli e di segnalare l'espressione che meglio descrive la sua esperienza personale. Se un item non si applica alla sua situazione si prega di indicare "Non vero".

	Non vero (0)	Leggermente vero (1)	Abbastanza vero (2)	Molto vero (3)	Estrema- mente vero (4)
1. Mi sentivo impotente					
2. Ho sentito provato tristezza e dolore					
3. Mi sentivo frustrata o arrabbiata					
4. Ho avuto paura per la mia sicurezza					
5. Mi sentivo in colpa					
6. Mi vergognavo delle mie reazioni emotive					
7. Mi sentivo preoccupata per la sicurezza degli altri					
8. Ho avuto la sensazione che stavo per perdere il controllo delle mie emozioni					
9. Ho avuto difficoltà a controllare intestino e vescica					
10. Sono rimasta sconvolta da ciò che ho visto					
11. Ho avuto reazioni fisiche come sudorazione, tremori, cuore martellante					
12. Ho sentito che sarei potuta svenire					
13. Ho pensato che sarei potuto morire					

⁶² Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485. Traduzione italiana in: Reale E., (2011).

Allegato 12.

Revised Impact of Event Scale - IES ⁶³

Qui di seguito è riportata una lista di affermazioni fatte da persone che hanno vissuto eventi di vita traumatici. Le chiediamo di leggere ogni affermazione e di indicare, per ciascuna, la frequenza in cui NEGLI ULTIMI SETTE GIORNI lei ha avuto questi pensieri. Se le affermazioni sotto riportate non si applicano alla sua esperienza personale nel periodo segnalato, le chiediamo di indicare "mai".

	Mai (0)	Raramente (1)	Qualche volta (3)	Spesso (5)
1. Ho ripensato all'evento traumatico sebbene non avessi l'intenzione di farlo.				
2. Ho cercato di non lasciarmi prendere dal turbamento quando ci ho ripensato o l'ho ricordato.				
3. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria.				
4. Ho avuto difficoltà nell'addormentarmi o nel mantenere il sonno, a causa di immagini o di pensieri relativi all'evento traumatico che mi ritornavano alla mente.				
5. Ho provato forti emozioni ricorrenti legate ad esso.				
6. Ho fatto sogni che riguardavano quell'evento.				
7. Ho cercato di evitare ciò che me lo avrebbe potuto ricordare.				
8. Ho avuto la sensazione che non fosse accaduto o non fosse reale.				
9. Ho cercato di non parlarne.				
10. Immagini dell'evento sono entrate improvvisamente nella mia mente.				
11. Altri pensieri mi hanno portato a pensarci.				
12. Mi sono accorto di avere ancora molte emozioni legate ad esso, ma non le ho prese in considerazione.				
13. Ho cercato di non pensarci.				
14. Ogni ricordo mi ha richiamato alla memoria emozioni legate a quell'evento.				
15. Le emozioni legate ad esso mi hanno dato una sensazione di stordimento.				

⁶³ Horowitz M, Wilner N, Alvarez W., (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 41:209-218. Traduzione italiana: Pietrantonio, F., De Gennaro, L., Di Paolo, M. C., & Solano, L. (2003). The Impact of Event Scale, Validation of an Italian version. *Journal of psychosomatic research*, 55(4), 389-393.

Craparo, G., Faraci, P., Rotondo, G., & Gori, A. (2013). The Impact of Event Scale-Revised, Psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1427.

Allegato 13.

Post traumatic stress disorder Checklist - PCL⁶⁴

Di seguito è riportato un elenco di problemi che la gente sente o ha talvolta in risposta ad esperienze di vita stressanti e/o traumatiche. Si prega di leggere attentamente ciascun item e di indicare, con una "X" nella casella corrispondente, se e quanto si è stati colpiti da questo problema nel corso del MESE PASSATO.

Nel mese scorso:	Per niente (0)	Un po' (1)	Abbastanza (2)	Molto (3)	Moltissimo (4)
1. Si sono presentati inquietanti, ripetuti, ricordi, pensieri o immagini di quella esperienza stressante?					
2. Si sono presentati inquietanti e ripetuti, sogni della esperienza stressante?					
3. Si sono presentate improvvise sensazioni come se l'esperienza stesse accadendo di nuovo (come se la stesse rivivendo)?					
4. Si sono presentate sensazioni di malessere quando qualcosa le ha ricordato l'esperienza traumatica?					
5. Ha avuto reazioni fisiche (ad esempio, cuore in gola, difficoltà di respirazione, sudorazione) quando si ricordava di quell'esperienza traumatica?					
6. Ho cercato di evitare pensieri, ricordi o sensazioni legati a quella situazione stressante?					
7. Ha cercato di evitare situazioni collegate all'esperienza (ad esempio persone, cose, luoghi, conversazioni, attività o situazioni)?					
8. Ha avuto difficoltà a ricordare parti importanti di quella situazione traumatica?					
9. Ha avuto convinzioni negative su di sé, altre persone, o il mondo (ad esempio pensieri come: io sono cattivo, c'è qualcosa di seriamente sbagliato in me, nessuno si può fidare, il mondo è completamente pericoloso)?					

⁶⁴ Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX* (Vol. 462). Traduzione in Reale, E. (2021).

10. Ha avuto sensi di colpa o ha accusato qualcun altro per l'esperienza stressante o per quello accaduto come la sua conseguenza?					
11. Ha avuto sentimenti molto negativi come paura, terrore, colpa, angoscia o vergogna?					
12. Ha avuto perdita di interesse per le cose che prima faceva con piacere?					
13. Ha avuto la sensazione di essere lontana o tagliata fuori dalle altre persone?					
14. Ha avuto difficoltà nel provare sentimenti positivi (ad esempio essere incapace di provare gioia o sentimento di amore verso chi è vicino a lei)?					
15. Ha avuto comportamenti irritabili, scoppi di rabbia, atti aggressivi?					
16. Ha avuto comportamenti molto rischiosi facendo cose che possono procurare danni?					
17. Si è sentito/a in allarme, estremamente vigile, o in guardia?					
18. Si è sentito/a facilmente eccitabile e facilmente spaventabile?					
19. Ha avuto difficoltà di concentrazione?					
20. Ha avuto problemi di addormentamento o di mantenimento di sonno?					

Allegato 14. Stalking Behavior Checklist - SBC⁶⁵

Di seguito vengono riportate una serie di affermazioni che indicano comportamenti persecutori e violenti, le chiediamo di indicare con quale frequenza il suo ex partner ha messo in atto questi comportamenti negli ultimi SEI MESI.

	Mai (1)	Una volta al mese o meno (2)	Due o tre volte al mese (3)	Una o due volte a Settimana (4)	Da tre a sei volte la settimana (5)	Una volta al giorno o più (6)
1. Ha fatto irruzione in casa tua						
2. Ha violato un ordine restrittivo						
3. Ha tentato di violare la tua auto						
4. Ha minacciato di provocare danni alle persone; minaccia te ripetutamente						
5. Ha danneggiato l'auto						
6. Ha tentato di farti del male						
7. Ti ha fatto del male fisicamente						
8. Ha tentato di entrare in casa						
9. Si è fatto del male						
10. Legge la posta						
11. Ha danneggiato la proprietà del tuo nuovo partner						
12. Ha minacciato di danneggiare sé stesso						
13. Ti ha chiamato a casa, sul cellulare (ripetutamente nel cuore della notte)						

⁶⁵ Coleman, F. L. (1997). Stalking behavior and the cycle of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(3), 420-432. Traduzione Italiana in: Reale E., (2011).

14. È venuto a casa tua quando non volevi						
15. Ti ha seguito, pedinato a piedi o in auto						
16. Ha fatto telefonate a vuoto						
17. Ha inviato doni indesiderati						
18. Ha chiamato ripetutamente durante il lavoro; ha cercato di crearti difficoltà al lavoro o di farti licenziare						
19. Ti ha spiato						
20. È venuto sul posto di lavoro o a scuola quando non volevi						
21. Ha lasciato messaggi sulla segreteria telefonica, o inviato e-mail						
22. Ha utilizzato foto tue in modo non appropriato, ha violato la tua privacy, pubblicizzando fatti personali (anche via internet)						
23. Lancia minacce al tuo nuovo partner						
24. Invia lettere indesiderate						
25. Ha procurato lesioni al tuo nuovo partner						

Aggiungiamo, inoltre, un breve elenco di comportamenti (costruito dall'Associazione Salute Donna) in cui lo stalker nella figura di un ex-partner utilizza i figli (persone di età minore di anni 12) per creare uno stato di ansia ed apprensione:

- Pretende di vederli a qualsiasi ora, in qualsiasi giorno;
- Non li riporta a casa quando deve, non risponde al telefono quando sta con i figli, ti crea una situazione di ansia;
- Viene sotto casa a minacciarti, fa intervenire di frequente la forza pubblica se i figli sono malati, o per qualsiasi motivo non vogliono uscire con il padre;
- Utilizza gli incontri con i figli per aggredirti e minacciarti;
- Parla male costantemente di te, davanti ai figli, rivolge ingiurie al tuo indirizzo, provoca in loro continui turbamenti;
- Interroga ripetutamente i figli per sapere cosa fai, con chi ti vedi ecc.

Allegato 15. Glossario

Autorità Giudiziaria	<p>Autorità prevista dalla legge, in posizione imparziale, preposta all'esercizio della funzione giurisdizionale ed alla convalida degli atti di cui all'art. 13 della Costituzione. È in rapporto di alterità con la polizia giudiziaria, la quale opera in funzione di disponibilità verso l'A.G. con i compiti previsti dalla Costituzione e dal codice di procedura penale.</p> <p>Le competenze spettanti all'Autorità giudiziaria e pertinenti a questo contesto di analisi sono distribuite tra i seguenti soggetti: la Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario, il Tribunale ordinario.</p>
Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario	<p>Indaga ed esercita l'azione penale nei confronti del maggiorenne accusato di aver commesso reato anche in danno di un minore di età.</p>
Reato	<p>È un comportamento, commissivo od omissivo, per il quale l'Ordinamento Giuridico prevede una specifica sanzione penale, essendo tale comportamento considerato antigiuridico poiché offende beni tutelati da apposita norma codicistica. Ai sensi dell'art. 39 del Codice Penale (libro I, titolo III, capo I) <i>"i reati si distinguono in delitti e contravvenzioni, secondo la diversa specie delle pene per essi rispettivamente stabilite da questo codice"</i>.</p>
Perseguibilità del reato	<p>È la modalità con cui un reato può essere perseguito: a querela della persona offesa e/o d'ufficio. Nel primo caso l'azione penale viene avviata su richiesta della persona offesa con possibilità da parte della stessa di ritirare la querela (ad eccezione della querela sporta per reati di violenza sessuale); nel secondo caso l'azione penale è avviata automaticamente con il ricevimento da parte della Polizia Giudiziaria o del Pubblico Ministero della notizia di reato.</p>
Reato perseguibile a querela	<p>Il codice di procedura penale 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). I reati perseguibili a querela di parte sono quei reati in cui il codice di procedura penale pone in capo alla vittima la manifesta volontà di perseguire penalmente il fatto subito (querela). Per i delitti perseguibili a querela, quindi, è necessario che la persona offesa dal reato chieda formalmente che il colpevole venga penalmente punito. Il diritto di querela è garantito ad ogni persona offesa da un reato per cui non si debba procedere d'ufficio (art. 120 c.p.), deve essere esercitato entro tre mesi dal giorno in cui la Persona Offesa ha avuto notizia del fatto che costituisce reato (art. 124 c.p.) o entro dodici mesi nel caso di violenza sessuale, e si sostanzia di due elementi: la notizia di reato e la manifestazione della volontà che si proceda penalmente in ordine al medesimo. Può essere presentata oralmente (e in questo caso si redige un verbale per iscritto ad opera</p>

<p>Segue Reato perseguibile a querela</p>	<p>dell'autorità che la riceve), può inoltre essere anche rimessa (cioè ritirata se già presentata) o rinunciata (se non è stata ancora presentata). È una dichiarazione con cui la persona danneggiata da un reato perseguibile a querela di parte chiede alle autorità competenti di aprire un procedimento penale. In assenza della querela stessa l'autore del reato non sarà perseguito penalmente. Può essere sporta contro una persona nota o contro ignoti.</p>
<p>Reato perseguibile d'ufficio</p>	<p>La procedibilità d'ufficio è la qualità posta in capo ad alcuni reati: una volta commessi questi reati l'azione penale deve essere avviata al solo ricevimento della "notitia criminis". A differenza di quanto accade per i reati perseguibili a querela della persona offesa, l'Autorità Giudiziaria deve immediatamente perseguire il colpevole non appena acquisita la relativa denuncia, indipendentemente dalla eventuale lesione di diritti di terzi e dalla loro eventuale facoltà di rivalsa. Inoltre, l'azione avviata d'ufficio non prevede l'azione di remissione da parte della vittima, quindi non è possibile interromperla se non su indicazione del PM. La procedibilità d'ufficio è in relazione al tipo reato e alla gravità del nocumento arrecato all'ordinamento giuridico.</p>
<p>Querela</p>	<p>È la condizione di procedibilità che consente l'avvio dell'azione penale nel caso in cui il soggetto offeso da un reato chieda che si proceda contro l'autore dello stesso. Ai sensi degli artt.120 e seguenti del Codice Penale (libro I, titolo IV, capo IV) <i>"ogni persona offesa da un reato per cui non debba procedersi d'ufficio ... ha diritto di querela."</i> Ai sensi degli artt. 336 e seguenti <i>"la querela è proposta mediante dichiarazione nella quale... si manifesta la volontà che si proceda in ordine a un fatto previsto dalla legge come reato ..."</i>, è l'atto con cui la persona offesa dal reato manifesta la volontà di perseguire penalmente il fatto costituente reato che essa stessa ha subito. In sintesi, la querela è la dichiarazione con la quale la persona che ha subito un reato (o il suo legale rappresentante) esprime la volontà che si proceda per punire il colpevole. Non ci sono particolari regole per il contenuto dell'atto di querela, ma è necessario che, oltre ad essere descritto il fatto-reato, risulti chiara la volontà del querelante che si proceda in ordine al fatto e se ne punisca il colpevole. La querela deve essere presentata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 3 mesi dal giorno in cui si ha notizia del fatto che costituisce il reato; - entro 6 mesi per reati contro la libertà individuale (riconducibili ad atti persecutori) - entro 12 mesi per reati contro la libertà individuale (riconducibili a violenza sessuale). <p>È possibile ritirare la querela precedentemente proposta, tranne nel caso di violenza sessuale e nel caso di atti persecutori. La revoca della querela prende il nome di remissione. Affinché la querela sia archiviata, è necessario che la remissione sia accettata dal querelato che, se innocente, potrebbe avere invece</p>

Segue Querela	interesse a dimostrare attraverso il processo la sua completa estraneità al reato.
Referto	<p>È quella informativa obbligatoria mediante la quale l'esercente una professione sanitaria riferisce al Procuratore della Repubblica o alla Polizia Giudiziaria quando abbia prestato la propria assistenza (prestazione tecnica a carattere continuativo: si intende ogni atto o attività diagnostica e/o terapeutica effettuata indipendentemente dalla propria durata o continuità) od opera (prestazione occasionale e saltuaria: si intenda ogni attività sanitaria, che abbia finalità di accertamento indipendentemente dallo scopo terapeutico, ovvero ogni intervento singolo, occasionale o transitorio) in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, e ciò anche quando l'autore sia persona non imputabile. Sono esclusi quindi tutti i casi nei quali si procede solo a querela della persona offesa.</p> <p>Il referto rientra tra le attività doverose cui il medico è sottoposto, tanto che, come disciplinato dall'art. 365 c.p., l'inadempimento di tale obbligo è penalmente sanzionabile.</p> <p>In questo senso costituisce norma speciale e differenziata rispetto alla denuncia, in quanto individua un trattamento penalistico con riferimento specifico ed esclusivo per quanto attiene la materia "salute".</p>
Obbligo di referto	<p>Obbligo esclusivo per il professionista sanitario che deve comunicare all'Autorità Giudiziaria nei tempi e modi previsti (art 334 c.p.p.). L'obbligo deriva da un intervento attivo sulla persona: il professionista sanitario limita di fatto la propria incombenza alla valutazione tecnica del fatto che ha richiesto il proprio intervento senza indagare sulla natura giuridica del fatto che invece compete all'Amministrazione di Giustizia. L'obbligo non sussiste nel caso in cui il referto esponga la persona assistita a procedimento penale.</p>
Denuncia	<p>Atto con il quale chiunque abbia notizia di un fatto che se vero costituisce reato, ne informa l'Autorità Giudiziaria e non implica la certezza che il reato sia effettivamente avvenuto, essendo sufficiente un contesto indiziario che vada oltre il mero sospetto soggettivo. La denuncia ha la funzione di attivare un procedimento giudiziario finalizzato a stabilire la sussistenza del reato ed accertare le possibili responsabilità individuali. Nel caso di denuncia il procedimento si avvia d'ufficio, cioè senza che sia necessario l'intervento della persona offesa dal reato. Per i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio la denuncia è obbligatoria, deve essere in forma scritta e "presentata o trasmessa senza ritardo al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia Giudiziaria".</p>
Obbligo di denuncia	<p>In tutte le situazioni in cui, nell'esercizio della professione sanitaria, il personale dipendente o convenzionato (Pubblico Ufficiale), viene a conoscenza di casi che possono presentare i caratteri di un reato perseguibile d'ufficio, diventa un obbligo</p>

<p>Segue Obbligo di denuncia</p>	<p>effettuare la segnalazione all'Autorità Giudiziaria (denuncia art.331 c.p.p.). La denuncia costituisce, infatti, l'atto scritto con il quale il Pubblico Ufficiale segnala all'Autorità Giudiziaria un reato procedibile d'ufficio, o il sospetto di esso, di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo servizio. Non è quindi necessario che il denunciante abbia prestato la propria assistenza od opera, essendo sufficiente che il professionista sanitario ne "abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni".</p>
<p>Pubblico Ufficiale</p>	<p>Colui che esercita una funzione pubblica in ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinata da norme di diritto pubblico. In pratica chiunque svolga un pubblico servizio come dipendente di una Pubblica Amministrazione. Nell'ambito scolastico, per esempio, sono Pubblici Ufficiali i Dirigenti scolastici delle scuole di ogni ordine e grado, gli insegnanti, gli psicopedagogisti ecc. Nell'ambito sanitario sono Pubblici Ufficiali tutti i professionisti sanitari dipendenti della Pubblica Amministrazione che abbiano capacità di tipo certificativo ed autoritativo. Sono pubblici ufficiali i medici che svolgono funzioni esercitate in ambito ospedaliero da direttori sanitari, medici di accettazione e Pronto Soccorso, primari ma anche aiuti che, in assenza del primario svolgono mansioni dirigenziali sostitutive. Tali funzioni possono essere estese comunque a qualsiasi sanitario in rapporto organico con il Servizio Sanitario Nazionale o altri istituti assistenziali e previdenziali.</p>
<p>Incaricato di Pubblico Servizio</p>	<p>Colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio fatta esclusione per le prestazioni d'opera meramente materiali. Nell'ambito scolastico, per esempio, sono Operatori incaricati di Pubblico Servizio tutti gli operatori dei servizi scolastici privati (insegnanti, educatori, dirigenti, coordinatori) nonché tutto il personale educativo assistenziale che opera nella scuola privata pur essendo assunto in convenzione o dipendente da enti privati. Nell'ambito sanitario e dei servizi sociali complessivamente intesi, sono Operatori incaricati di Pubblico Servizio tutti i liberi professionisti che operano privatamente o che operano nell'ambito delle strutture pubbliche ma con contratti libero-professionali o in convenzione (per es. PLS, MMG).</p>
<p>Esercente un servizio di pubblica necessità</p>	<p>Colui che è svincolato da qualsiasi rapporto di dipendenza o convenzione con la pubblica amministrazione (cioè il libero professionista) o privato che esercita professione sanitaria (art. 359 c.p.).</p>
<p>Informazione e "consenso" al trattamento sanitario</p>	<p>L'informazione deve essere somministrata alla donna in modo chiaro ed adeguato, nonché partecipato alla situazione contingente. L'acquisizione del "consenso" (assenso e/o dissenso) alla attività sanitaria deve prevedere un coinvolgimento attivo della donna sia come espressione di validità sia come espressione di una compliance efficace ai fini clinico e giudiziari.</p>

La tutela della privacy	<p>Il Decreto Legislativo n.196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" riconosce il diritto alla protezione dei propri dati personali ed alla tutela della propria riservatezza.</p> <p>I soggetti coinvolti nella rete (operatori sanitari, servizi sociali, etc.) devono trattare tali dati secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità e nel pieno rispetto del segreto professionale e d'ufficio.</p> <p>I dati personali e sensibili forniti a seguito di prestazioni sanitarie e consulenziali sono trattati dal personale incaricato (medici, psicologi, assistenti sanitari e sociali, etc.) nel rispetto della normativa "privacy".</p> <p>In particolare, nelle fasi di diagnosi e di cura che prevedono il contatto e la collaborazione tra sanitari, per lo più medici, afferenti a diversi settori specialistici e a diversi servizi (medico di guardia del P.S., ginecologo, radiologo, medico di Medicina generale, etc.), è necessario che tutte le informazioni vengano trattate solo per le finalità correlate alla presa in carico globale della vittima.</p> <p>I dati possono essere comunicati, nel rispetto delle disposizioni vigenti, ai soggetti coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (es. Autorità Giudiziaria).</p>
--------------------------------	--

ALLEGATO 16.

Cenni generali, reati procedibili d'ufficio e normativa

Cenni generali

La dottrina giuridica in campo di violenza di genere trova la sua espressione in numerosi articoli di codice penale e di codice di procedura penale, in quanto il presupposto base è in capo a violazioni di diritti della persona e della libertà della stessa. In tal senso la giurisprudenza con sentenze specifiche e su specifici richiami procedurali riporta interpretazioni attuali sui diversi punti discussi in dottrina, ed hanno capacità esplicativa di attuali provvedimenti in capo al caso in discussione, che spesso assumono rango di abitudine processuale o di pensiero giudicante.

In questi anni si è avuto un incremento di attività legislativa, che deve essere integrata con quella già esistente, nel presupposto di evadere richieste sia da parte della vittima che da parte dell'Autorità competente.

Si danno di seguito alcune importanti premesse:

- Assemblea generale delle Nazioni Unite, Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne, entrata in vigore il 3 settembre 1981, specificatamente rivolta all'eliminazione di ogni forma di discriminazione verso le donne
- Assemblea generale delle Nazioni Unite, Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne del 20 dicembre 1993
- Quarta Conferenza mondiale di Pechino tenutasi nel 1995 la quale ha identificato dodici ambiti che costituiscono ostacoli alla promozione delle donne e che quindi devono essere oggetto di azioni specifiche
- Raccomandazione del 30 aprile 2002 (Rec 2002/5) del Consiglio d'Europa in tema di «Protezione delle donne dalla violenza»
- Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come Convenzione di Istanbul, per il nome della città dove è stata aperta alla firma l'11 maggio 2011, ratificata con legge 27 giugno 2013 n. 77, ed entrata in vigore il 1° agosto 2014 dopo l'adesione dell'ultimo Stato.

Sul piano della Legislazione interna si riportano:

- la Legge 15 febbraio 1996 n. 66 «Norme contro la violenza sessuale» che ha ricollocato le fattispecie penali nel titolo XII del codice penale che tutela il bene giuridico della persona riconoscendo la libertà sessuale come bene afferente esclusivamente al patrimonio morale del soggetto ed eliminando tutte le categorie dei 24 relativi reati come orientate alla anacronistica offesa alla morale pubblica e al buon costume
- la Legge 4 aprile 2001 n. 154 in tema di contrasto alla violenza nelle relazioni familiari, che ha introdotto in ambito civile misure giudiziarie provvisorie, rapide ed efficaci, che portino all'allontanamento dalla dimora coniugale dell'autore del comportamento violento
- Art. 76, comma 4-ter, del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115 "Testo unico in materia di spese di giustizia"
- Codice penale: art. 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili); art. 583-ter (Pena accessoria)

- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"
- Decreto Legge 23 febbraio 2009 n. 11 «Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori» convertito nella legge 23 aprile 2009 n. 38, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2009
- Decreto Legge 14 agosto 2013 n.93 convertito con modificazioni nella legge 15 ottobre 2013 n.119, che costituisce il testo normativo base per fronteggiare sul piano preventivo e repressivo il fenomeno della violenza domestica
- Decreto legislativo 15 giugno 2015 n. 80, art. 24 "Congedo per le donne vittime di violenza di genere"
- Decreto legislativo 15 dicembre 2015 n. 212, attuativo della direttiva 2012/29/UE, in vigore dal 20 gennaio 2016, ha introdotto il diritto alla conoscenza per quanto riguarda le diverse informazioni, connesse al procedimento penale in essere, fin dal primo contatto con l'autorità procedente.
- Legge 11 gennaio 2018 n. 4 che introduce una disciplina specifica in favore degli orfani per crimini domestici
- DPCM 24 novembre 2017 in materia di Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e ospedaliere in tema di assistenza alle donne vittima di violenza
- Legge 19 luglio 2019 n. 69 c.d. sul codice rosso recante "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere"
- D.M. 22 novembre 2019 Individuazione di ulteriori soggetti tenuti alla trasmissione, al Sistema tessera sanitaria, dei dati relativi alle spese sanitarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata
- Legge 28 febbraio 2020 n. 8, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, recante disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica.

In ultimo, la **Legge 19 luglio 2019, n. 69** (recante "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere") **denominata "Codice Rosso"**, in vigore dal 9 agosto 2020, che innova e modifica la disciplina sostanziale e processuale penale.

Le **novità in ambito procedurale** sono:

- la polizia giudiziaria, acquisita la notizia di reato, riferisce immediatamente al pubblico ministero, anche in forma orale;
- il pubblico ministero, nelle ipotesi ove proceda per i delitti di violenza domestica o di genere, entro tre giorni dall'iscrizione della notizia di reato, deve assumere informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato i fatti di reato;
- gli atti d'indagine delegati dal pubblico ministero alla polizia giudiziaria devono avvenire senza ritardo;
- modificata la misura cautelare del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa.

La legge in questione **inserisce 4 nuovi reati nel codice penale**:

- il delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti senza il consenso delle persone rappresentate (cd. *revenge porn*), sanzionato con la reclusione da uno a sei anni e la multa da 5mila a 15 mila euro. La fattispecie è aggravata se i fatti sono commessi nell'ambito di una relazione affettiva, anche cessata, ovvero mediante l'impiego di strumenti informatici;
- il reato di deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, sanzionato con la reclusione da 8 a 14 anni;
- il reato di costrizione o induzione al matrimonio, sanzionato con la reclusione da uno a cinque anni;
- violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, sanzionato con la detenzione da sei mesi a tre anni.

La legge **accresce le sanzioni** già previste dal Codice penale:

- il delitto di maltrattamenti contro familiari e conviventi ad un minimo di 3 e un massimo di 7 anni;
- lo stalking ad un minimo di un anno e un massimo di 6 anni e 6 mesi;
- la violenza sessuale a minimo 6 e massimo 12 anni;
- la violenza sessuale di gruppo a minimo 8 e massimo 14 anni,

In relazione alla violenza sessuale viene esteso il termine concesso alla persona offesa per sporgere querela, dagli attuali 6 mesi a 12 mesi.

La pena è aumentata fino a un terzo quando gli atti sono posti in essere con individui minori di 14 anni, in cambio di denaro o di qualsiasi altra utilità, pure solo promessa. Nell'omicidio viene estesa l'applicazione delle circostanze aggravanti, facendovi rientrare finanche le relazioni personali.

I maltrattamenti contro familiari e conviventi

L'articolo 572 del Codice Penale, che rappresenta la norma base di riferimento per contrastare e reprimere la violenza domestica, punisce chiunque maltratti una persona della sua famiglia, o sua convivente o sottoposta alla sua autorità o a lui affidata e riguarda tutte le relazioni tra vittima e agente caratterizzate da un rapporto stabile di affidamento e solidarietà (per esempio datore di lavoro e lavoratrice in imprese medio-piccole, docente e studentessa). Poiché siamo in presenza di un reato abituale, che richiede cioè la realizzazione di più atti di aggressione, con una condotta non definita, rientrano nel concetto di maltrattamento una serie di attività di vessazione di qualsiasi contenuto o tipologia, che possono variare dalla violenza fisica, a quella psicologica, a quella economica (come gestire le uscite patrimoniali della parte lesa) o anche a condotte che di per sé non costituiscono reato, quali gli atti di denigrazione, di controllo e di sistematica demolizione dell'autostima. Il reato di maltrattamento comprende anche comportamenti omissivi, normalmente caratterizzati da una deliberata indifferenza e trascuratezza da parte dell'agente verso i bisogni affettivi ed esistenziali della vittima. La condotta oppressiva deve essere reiterata per un tempo apprezzabile. La legge n. 69/2019 ha inasprito il quadro sanzionatorio; inoltre, il minore che assista ai maltrattamenti è considerato persona offesa dal reato.

La pena prevista per il reato base è la reclusione da 3 a 7 anni, aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in

stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi.

Il realizzarsi di eventi ulteriori aggrava la sanzione del delitto di maltrattamenti e rende applicabile a titolo di concorso anche il reato di lesioni o di omicidio; in tal caso, il delitto di maltrattamenti è "aggravato dall'evento" e l'evento specifico ulteriormente realizzatosi è posto a carico dell'agente a titolo di responsabilità oggettiva. Tale principio è previsto dall'art. 42 c.p. ("Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità oggettiva"), il cui III comma prevede che "la legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente come conseguenza della sua azione od omissione."

Se, dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

Violenza assistita: quando la condotta maltrattante è realizzata in presenza di soggetti minorenni. La giurisprudenza ci dice che «integrano il reato di maltrattamenti in danno dei figli minori anche condotte di reiterata violenza fisica o psicologica nei confronti dell'altro genitore, quando i discendenti siano resi sistematici spettatori obbligati di tali comportamenti, in quanto tale atteggiamento integra anche una omissione connotata da deliberata e inconsapevole indifferenza e trascuratezza verso gli elementari bisogni affettivi ed essenziali della prole». Recentemente la giurisprudenza di legittimità ha sottolineato come non sia necessario che il minorenne assista ad episodi di violenza essendo sufficiente un quadro familiare violento all'interno del quale lo stesso possa percepire l'alterazione dei rapporti relazionali. È obbligatorio l'arresto in flagranza di reato da parte della polizia giudiziaria e possono essere applicate tutte le misure coercitive previste dal codice di procedura penale (dall'allontanamento dalla casa familiare alla custodia in carcere). Il reato è procedibile d'ufficio. Ciò significa che in presenza di un **comportamento violento reiterato nel tempo, verso l'altro genitore o verso adulto a cui il minore è legato affettivamente (= condotta maltrattante)**, sussiste un obbligo di denuncia da parte degli operatori che rivestano la qualifica di pubblici ufficiali o di incaricati di un pubblico servizio (medici ospedalieri e di medicina generale, assistenti sociali, operatori dei consultori pubblici, insegnanti, ma non operatrici dei centri antiviolenza non collocati in presidi pubblici le quali vengono considerate soltanto esercenti un servizio di pubblico di necessità come tali non soggetti ad un obbligo di denuncia) e che la volontà della parte lesa, una volta attivato lo strumento penale, diventa indifferente sul piano del prosieguo dell'azione.

Il reato di **stalking** all'art. 612-bis c.p., come reato di "atti persecutori", ha come elemento costitutivo, la reiterazione delle condotte persecutorie, idonee, alternativamente, a cagionare nella vittima un "perdurante e grave stato di ansia o di paura", a ingenerare un "fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva" ovvero a costringerla ad alterare le "proprie abitudini di vita". È un reato abituale per la cui configurazione è necessaria: la reiterazione delle condotte.

Il concetto di "reiterazione" chiarisce in modo univoco che sono sufficienti anche due condotte di minacce o molestia ai fini della configurazione del reato (Cass. n. 45648/2013).

Il reato è sanzionato con la reclusione da 1 anno a 6 anni e 6 mesi.

Al fine di tutelare la vittima che subisce atti di violenza, prevede la misura cautelare del divieto di avvicinamento dello stalker nei luoghi frequentati dalla persona offesa, nonché la possibilità per il giudice di poter assicurare il rispetto della misura coercitiva tramite l'utilizzo di strumenti elettronici, quale ad esempio il braccialetto elettronico

Il reato di stalking è punibile a querela della persona offesa, che deve essere presentata entro il termine di 6 mesi dall'ultimo atto che determina uno degli eventi previsti dalla norma. La remissione può essere solo processuale. La querela è irrevocabile se il fatto è commesso con minacce reiterate nelle modalità di cui all'art. 612, secondo comma, c.p..

Il reato è procedibile d'ufficio nei casi in cui:

- Il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con le disabilità indicate dall'art. 3 l. 104/1992;
- Il fatto è connesso con un altro delitto, per il quale si può procedere d'ufficio.

Reati sessuali

La legge n. 69/2019 interviene su tutti i reati sessuali: interviene da un lato inasprendo le pene, per l'ipotesi-base e per le aggravanti speciali, dall'altro ampliando dei casi di procedibilità d'ufficio e raddoppio del termine per proporre la querela.

La pena per il reato di violenza sessuale è quella della reclusione da sei a dodici anni; essa è aumentata fino a un terzo quando gli atti sono posti in essere con individui minori di 14 anni, in cambio di denaro o di qualsiasi altra utilità, pure solo promessa.

La legge prevede:

- che la violenza sessuale commessa dall'ascendente, dal genitore anche adottivo o dal tutore sia sempre aggravata (aumento di un terzo della pena), a prescindere dall'età della vittima;
- che le aggravanti, quando la violenza sessuale è commessa in danno di minore, siano:
 - fino a 10 anni di età della vittima, con reclusione da minimo 12 a massimo 24 anni;
 - da 10 a 14 anni di età della vittima, con reclusione da minimo 9 a massimo 18 anni;
 - da 14 a 18 anni di età della vittima, con reclusione da minimo 8 a massimo 16 anni;
- che la pena sia aumentata di un terzo se:
 - i fatti sono commessi nei confronti di persona della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il tutore;
 - con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
 - da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
 - su persona sottoposta a limitazioni della libertà personale;
 - nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto;
 - nei confronti di donna in stato di gravidanza;

- nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza;
 - se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolarne l'attività;
 - se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave;
- che la pena sia ulteriormente aggravata, con un aumento della metà, se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto anni 14;
 - che la pena sia aumentata se i fatti di cui all'art. 609 bis sono commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 10.

Spesso il reato di violenza sessuale nella coppia si accompagna a quello di maltrattamenti: l'agente in un clima di sopraffazione e umiliazione della compagna la costringe anche a subire rapporti sessuali indesiderati. Tale forma di violenza sessuale (agita da persona conosciuta) spesso viene taciuta dalla vittima per vergogna e per le caratteristiche di prevaricazione e controllo totale che la caratterizzano. L'assenza del consenso alla consumazione dell'atto può derivare anche dalla paura di essere maltrattata durante lo stesso.

Reati procedibili d'ufficio

Fra essi, si annoverano:

A) delitti di pericolo, quali l'abbandono di minore o di incapace, l'omissione di soccorso e, per i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio, il rifiuto/omissione di atti d'ufficio;

B) delitti contro l'incolumità individuale, quali, le lesioni personali dolose (anche come indicata nel numero 1 e nell'ultima parte dell'art. 577 c.p.), le lesioni conseguenti ad altro delitto, procurata incapacità a seguito della violenza diversa da quella fisica (shock posttraumatico) o a seguito di somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti (art. 613 c.p.); violenza commessa da o a pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (artt.336,337 c.p., artt.610 e 61 c.p.); minaccia grave o commessa con armi o da più persone riunite (art.612, 2° comma c.p.); le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili;

Si precisa che le lesioni personali si classificano in:

- **lievissime** = malattia della durata uguale o inferiore a 20 giorni;
- **lievi** = malattia della durata da 21 a 40 giorni;

- **gravi** = malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni della durata superiore a 40 giorni; malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa; malattia che produca un indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- **gravissime** = malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso o dell'uso di un organo, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita della capacità di procreare, difficoltà grave e permanente della favella, deformazione o sfregio permanente del viso.
- **Dolose o volontarie; colpose o involontarie**, ma realizzate con imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di leggi, ordini e regolamenti

Tra tutte le lesioni personali, sono perseguibili di ufficio:

- lesioni personali dolose con prognosi da 1 a 20 giorni, allorquando sia identificabile tra l'autore del reato e la vittima, un legame di parentela, ascendente o discendente che sia, il fratello o la sorella, o se l'autore del reato agisce contro persona stabilmente convivente con lui o a lui legata da relazione affettiva; o se il fatto è commesso contro il coniuge divorziato, l'altra parte dell'unione civile, anche ove cessata; o se il fatto è commesso contro persona legata al colpevole da stabile convivenza o relazione affettiva, anche cessata; l'adottante o l'adottato nei casi regolati dal titolo VIII del libro primo del codice civile, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo, o contro un affine in linea retta;
- lesioni personali dolose con prognosi superiore ai 20 giorni;
- lesioni personali dolose con prognosi pari o inferiore ai 20 giorni commesse con l'uso di armi, di mezzi venefici o insidiosi, di sostanze corrosive;
- percosse e lesioni personali dolose con prognosi inferiore ai 20 giorni commesse su minori, in cui la numerosità degli atti e la reiterazione nel tempo configuri un maltrattamento in famiglia (è sempre opportuno attuare una verifica nella anagrafica di Pronto Soccorso);
- lesione personale colposa con prognosi superiore ai 40 giorni, o gravissima (malattia certamente o probabilmente insanabile), limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (articolo 590 c.p. e L. 689/1981) o relative alla tutela dell'igiene del lavoro.

C) delitti sessuali (si vedano di seguito gli artt. del codice penale) quali violenza sessuale; violenza commessa da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; violenza connessa a un altro delitto perseguibile d'ufficio.

D) delitti contro la vita, quali l'omicidio (doloso, colposo, preterintenzionale, omicidio del consenziente), l'istigazione e aiuto al suicidio, la morte conseguente ad altro delitto;

Il referto va emesso ancora nei seguenti casi: interruzione della gravidanza al di fuori dei legittimi casi stabiliti dalla legge 194; fraudolenta distruzione della cosa propria e mutilazione fraudolenta della propria persona; suicidio o tentato suicidio.

E) delitti contro la libertà personale, quali il sequestro di persona da intendersi come privazione della libertà personale; la violenza privata.

F) delitti contro la famiglia, quali i maltrattamenti in famiglia da parte di una persona della famiglia o dell'ambiente con lei convivente

Articoli di legge

Di seguito vengono riportati alcuni articoli del codice penale e codice di procedura penale, che hanno attinenza specifica a quanto trattato.

- Art. 572 c.p. Maltrattamenti contro familiari o conviventi:
- Art. 582 c.p. Lesione personale
- Art. 577 c.p. Altre circostanze aggravanti
- Art. 583 c.p. Circostanze aggravanti
- Art. 583-bis c.p. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili
- Art. 583-ter c.p. Pena accessoria
- Art. 585 c.p. Circostanze aggravanti
- Art. 605 c.p. Sequestro di persona
- Art. 609-bis c.p. Violenza sessuale
- Art. 609-ter c.p. Circostanze aggravanti
- Art. 609-septies c.p. Querela di parte
- Art. 609-octies c.p. Violenza sessuale di gruppo

- Art. 609-*nonies* c.p. Pene accessorie ed altri effetti penali
- Art. 612 *bis* c.p. Atti persecutori
- Art. 331 c.p.p. Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio
- Art. 332 c.p.p. Contenuto della denuncia

- Legge 19 luglio 2019, n. 69: "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" (G.U. 25 luglio 2019)
- LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c.d. legge di stabilità 2016)
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015 e registrato dalla Corte dei Conti il 25 agosto 2015 «Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere»
- Legge 7 agosto 2015, n. 124, Art. 14, comma 6
- Legge 13 luglio 2015, n. 107, Art. 1, comma 16, della "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti"
- lgs. 15 giugno 2015, n. 80, Art. 24 "Congedo per le donne vittime di violenza di genere
- LEGGE 15 ottobre 2013, n. 119
- Legge 27 giugno 2013, n. 77
- Decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7
- Art. 76, comma 4-ter, del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115 "Testo unico in materia di spese di giustizia".
- Legge 4 aprile 2001, n. 154, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"
- Art.18-bis (Permesso di soggiorno per le vittime di violenza domestica) del DI 25 luglio 1998, n. 286 recante "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"
- Direttiva 2000/43/CE del Consiglio del 29 giugno 2000, che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica
- Direttiva 97/80/CE del Consiglio del 15 dicembre 1997, riguardante l'onere della prova nei casi di discriminazione basata sul sesso
- Legge 15 febbraio 1996, n. 66, "Norme contro la violenza sessuale".

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 159° - Numero 24

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 30 gennaio 2018

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima**, oltre alla **Serie Generale**, pubblica cinque **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1^a **Serie speciale**: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2^a **Serie speciale**: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3^a **Serie speciale**: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4^a **Serie speciale**: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5^a **Serie speciale**: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda**, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale*, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 15 dicembre 2017, n. 230.

Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) n. 1143/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2014, recante disposizioni volte a prevenire e gestire l'introduzione e la diffusione delle specie esotiche invasive. (18G00012) Pag. 1

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 24 novembre 2017.

Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (18A00520) Pag. 18

DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 gennaio 2018.

Proroga dello stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni dal 21 al 23 gennaio 2017 nel territorio della provincia di Ragusa e del comune di Marineo in provincia di Palermo. (18A00562) . Pag. 30

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero dell'economia
e delle finanze

DECRETO 22 gennaio 2018.

Indicazione del prezzo medio ponderato dei buoni ordinari del Tesoro a 367 giorni. (18A00676)..... Pag. 31



DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 24 novembre 2017.

Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400 recante la «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, recante «Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59» e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il decreto legislativo 5 dicembre 2003, n. 343, recante «Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303 sull'ordinamento della Presidenza del Consiglio di ministri, a norma dell'art. 1, della legge 6 luglio 2002, n. 137»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 novembre 2010, concernente la disciplina dell'autonomia finanziaria e contabile della Presidenza del Consiglio dei ministri e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° ottobre 2012, recante «Ordinamento delle strutture generali della Presidenza del Consiglio dei ministri» e in particolare l'art. 16, concernente il Dipartimento per le pari opportunità che lo descrive come «Struttura di supporto al Presidente che opera nell'aria funzionale inerente alla promozione ed al coordinamento delle politiche dei diritti della persona, delle pari opportunità e della parità di trattamento e delle azioni di Governo volte a prevenire e rimuovere ogni forma e causa di discriminazione»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 dicembre 2012 di organizzazione del Dipartimento per le pari opportunità;

Vista la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, cosiddetta «Convenzione di Istanbul», ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013, n. 77, entrata in vigore il 1° agosto 2014 e in particolare il comma 2 dell'art. 20 «Servizi di supporto generali» il quale prevede che «gli Stati membri adottino misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che le vittime abbiano accesso ai servizi sanitari e sociali e che tali servizi dispongano di risorse adeguate e di figure professionali adeguatamente formate per fornire assistenza alle vittime e indirizzarle verso i servizi appropriati»;

Visto il «Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere» adottato il 7 luglio 2015 che prevede al punto 3.1 la costituzione di un Osservatorio nazionale sul fenomeno della violenza con il compito di supportare la Cabina di regia interistituzionale e di fornire proposte di intervento derivanti anche dai risultati dei gruppi di lavoro sulla violenza contro le donne appositamente costituiti;

Vista la direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio d'Europa del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, sottolineando che le vittime di reato dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni di sorta fondate su motivi quali razza, colore della pelle, origine etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, appartenenza a una minoranza nazionale, patrimonio, nascita, disabilità, età, genere, espressione di genere, identità di genere, orientamento sessuale, status in materia di soggiorno o salute;

Visto il decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito in legge dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, recante «Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province»;

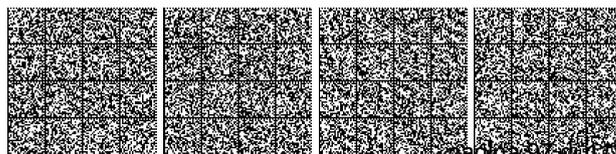
Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c.d. legge di stabilità 2016)» che all'art. 1, commi 790 e 791 prevede l'istituzione, nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, di un percorso di protezione a tutela delle persone vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking) e la definizione di apposite Linee guida nazionali, volte a rendere operativo il percorso;

Vista la nota del Capo del Dipartimento per le pari opportunità del 17 gennaio 2017, prot. n. DPO/291 con la quale, a seguito degli esiti della riunione del 21 novembre 2016 del citato Osservatorio nazionale sul fenomeno della violenza sessuale e di genere è stato costituito il gruppo di lavoro «percorso di tutela», con il compito di definire una proposta di Linee guida nazionali in conformità con quanto dettato dall'art. 1, commi 790 e 791 della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Preso atto che il citato gruppo, composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali, regionali e locali e dall'associazionismo di riferimento, ha definito una proposta di Linee guida nazionali che forniscono un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna, che garantiscono una tempestiva e adeguata presa in carico delle stesse a partire dal *triage*, fino all'accompagnamento/orientamento ai servizi pubblici e privati presenti sul territorio di riferimento, al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita;

Ritenuto di approvare la suddetta proposta di Linee guida nazionali per rendere attivo e operativo, nelle Aziende sanitarie e nelle Aziende ospedaliere, il percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza;

Acquisiti gli atti di concerto con il Ministro della giustizia, il Ministro della salute e il Ministro dell'interno, così come previsto dall'art. 1, comma 791 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (c.d. legge di stabilità 2016);



Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano così come previsto dall'art. 1, comma 791 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (c.d. legge di stabilità 2016), nella seduta del 23 novembre 2017;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 2017 con il quale alla dott.ssa Giovanna Boda, Capo del Dipartimento per le pari opportunità è riconosciuta la titolarità del centro di responsabilità amministrativa n. 8 «Pari opportunità» del bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 gennaio 2017 che agli articoli 2 e 3 delega le funzioni in materia di pari opportunità alla Sottosegretaria di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri on. le Avv. Maria Elena Boschi;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 16 dicembre 2016, con il quale alla Sottosegretaria di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, on. avv. Maria Elena Boschi, è stata conferita la delega per la firma di decreti, atti e provvedimenti di competenza del Presidente del Consiglio dei ministri;

Decreta:

Art. 1.

1. Sono adottate le allegate Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, con la denominazione «Percorso per le donne che subiscono violenza» a norma dell'art. 1, commi 790 e 791 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (c.d. legge di stabilità 2016), costituenti parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto è inviato ai competenti organi di controllo e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sul sito internet della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Roma, 24 novembre 2017

p. *Il Presidente del Consiglio dei ministri*
La Sottosegretaria di Stato
BOSCHI

Il Ministro della giustizia
ORLANDO

Il Ministro della salute
LORENZIN

Il Ministro dell'interno
MINNITI

Registrato alla Corte dei conti il 9 gennaio 2018
Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.
n. prev. n. 42

LE LINEE GUIDA NAZIONALI

PER LE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE IN TEMA DI SOCCORSO E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

PARTE PRIMA

Denominazione e obiettivo delle LINEE GUIDA NAZIONALI

Sono definite a livello nazionale le Linee guida di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza con la denominazione di PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA.

Le presenti Linee guida nazionali saranno recepite dalle Aziende sanitarie e dalle Aziende ospedaliere che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti, compatibilmente con le risorse disponibili stanziare per il Fondo Sanitario Nazionale.

Le esperienze esistenti e consolidate nelle singole realtà territoriali potranno temporaneamente conservare le denominazioni in uso, ma dovranno progressivamente adeguarsi alla nuova denominazione di livello nazionale ed alle raccomandazioni contenute nelle Linee guida nazionali, entro e non oltre un anno dalla loro entrata in vigore.

Obiettivo delle Linee guida nazionali è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Il Percorso per le donne che subiscono violenza, di seguito delineato, dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal *triage* e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.

Destinatari

Destinatari del Percorso per le donne che subiscono violenza sono le donne (con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni come previsto dall'art. 3 lettera f) della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza.(1)

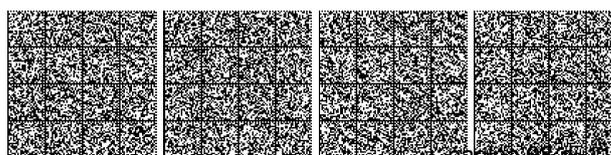
Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni.

Rete e attori coinvolti

Le Linee guida nazionali si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio-sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che a diverso titolo operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne, come di seguito individuati:

Servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ospedaliere e territoriali;

(1) Art. 3 Convenzione di Istanbul a) con l'espressione «violenza nei confronti delle donne» si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata; b) l'espressione «violenza domestica» designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima; c) con il termine «genere» ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini; d) l'espressione «violenza contro le donne basata sul genere» designa qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato; e) per «vittima» si intende qualsiasi persona fisica che subisce gli atti o i comportamenti di cui ai precedenti commi a e b; f) con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni.



Servizi socio-sanitari territoriali;
 Centri antiviolenza e Case rifugio(2);
 Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali;
 Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni;
 Tribunale (civile-penale-per i Minorenni);
 Enti territoriali (Regioni - Province - Città metropolitane - Comuni).

Ogni attore della rete antiviolenza territoriale agisce secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere.

Gli attori della rete potranno formalizzare protocolli operativi di rete specifici e strutturati che garantiscano il raccordo operativo e la comunicazione tra la struttura sanitaria e ospedaliera e i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento. Tali protocolli dovranno individuare interventi comuni e condivisi tra tutti gli attori della rete territoriale, per assicurare adeguata assistenza, accompagnamento e orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna.

Le Regioni, in virtù della loro competenza di tipo concorrente in materia di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi socio-sanitari ai sensi dell'art. 117 Cost., devono adoperarsi affinché le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere diano puntuale attuazione alle presenti Linee guida nazionali.

PARTE SECONDA

Accesso al Pronto Soccorso e *Triage*

La donna può accedere al Pronto Soccorso:

- Spontaneamente (sola o con prole minore);
- Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle FF.OO.;
- Accompagnata dalle FF.OO.;
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza;
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati;
- Accompagnata da persone da identificare;
- Accompagnata dall'autore della violenza.

Il personale infermieristico addetto al *triage*, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi al Pronto Soccorso del territorio da parte della donna.

Si raccomanda alle Regioni di adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, per consentire all'Azienda sanitaria o all'ospedale di riferimento di essere in rete con tutte le altre strutture della regione di appartenenza.

Nella zona del *triage* deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

- Tipologie di violenza;
- Effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;
- Normativa di riferimento;

Indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;

Servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza;

Indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522(3).

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

(2) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, prevista dall'articolo 3, comma 4, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 luglio 2014.

(3) Linea telefonica nazionale gratuita attiva H24 che rappresenta lo snodo operativo dei servizi specializzati pubblici e privati presenti sul territorio.

Alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico.

L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del Percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice di *triage* verrà assegnato un identificativo di Percorso definito nell'ambito della organizzazione del Pronto Soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso.

Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

Trattamento diagnostico - terapeutico

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.

L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.

L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà:

Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;

Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;

Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;

Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche;

Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;

Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;

Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso.

Al fine di:

Rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;

Verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza;

Informare la donna della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;

Avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale;

Informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO. qualora previsto per legge.

Per i dettagli e le indicazioni sulle modalità di svolgimento della visita medica, si rinvia al contenuto dei seguenti allegati delle presenti Linee guida nazionali:

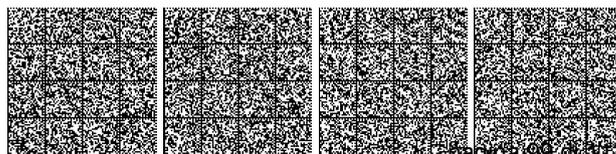
Allegato A) Trattamento diagnostico - terapeutico, fornito e redatto dal Ministero della salute;

Allegato C) Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento, a cura della Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.).

Repertazione e conservazione delle prove

Per evitare la contaminazione, la degradazione e la perdita di tracce biologiche, ed ottenere risultati fruibili per successivi ed eventuali procedimenti giudiziari, sono indispensabili una corretta repertazione, una successiva corretta conservazione, e la predisposizione della catena di custodia dei reperti.

Per quanto sopra, si rinvia all'Allegato C) Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento, a cura della Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.) delle presenti Linee guida nazionali.



Dimissione dal Pronto Soccorso

L'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna deve refertare tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso e redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i 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.

PARTE TERZA

Attivazione della rete anti violenza territoriale

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna utilizza lo strumento di rilevazione "Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5"⁽⁴⁾, indicato dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite:

a) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso:

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

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

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

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

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

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

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

PARTE QUARTA

Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali.

Dovranno di conseguenza impegnarsi a:

Realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete anti violenza territoriale;

(4) Si rimanda all'Allegato B) Rilevazione del rischio di revittimizzazione nei casi di maltrattamento.

Garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale - compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici) -, partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi, anche avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni a partire dal proprio territorio;

Partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete anti violenza territoriale;

Assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del *triage*, schede di dimissione);

Effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente del Percorso per le donne che subiscono violenza che deve interfacciarsi con gli altri attori della rete anti violenza territoriale.

Le Aziende sanitarie locali, in attuazione delle presenti Linee guida nazionali e nel rispetto degli indirizzi e degli assetti organizzativi definiti a livello regionale, dovranno coordinare e supervisionare il Percorso per le donne che subiscono violenza e trasmettere periodicamente, ai competenti referenti regionali⁽⁵⁾, una relazione aggiornata sullo stato e sugli esiti delle procedure, nonché comunicare e far confluire i dati raccolti nell'ambito del sistema di monitoraggio previsto a livello regionale e nazionale.

Formazione professionale

La formazione professionale e l'aggiornamento continui di operatrici e operatori sono indispensabili per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione.

I moduli formativi dovranno fornire una adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza maschile contro le donne in merito a:

Dinamiche della violenza da parte dei soggetti autori di violenza: come nasce e si sviluppa, il ruolo degli stereotipi e degli atteggiamenti sessisti;

Conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i;

Tutela delle categorie vulnerabili: quali sono, specifici obblighi e possibili percorsi per donne disabili, in gravidanza, minori ecc.;

Criteri e metodologie per instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza;

Conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio;

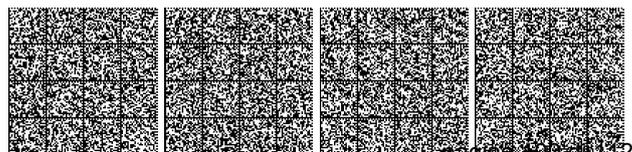
Collaborazione fattiva con la rete territoriale intra ed extra ospedaliera;

Lettura della rilevazione del rischio in Pronto Soccorso di recidiva e letalità;

Promozione condivisa e sinergica di un sapere comune, volto al confronto e alla conseguente crescita professionale.

Per obiettivi, struttura e contenuto dei moduli formativi, si rinvia all'Allegato D) Formazione professionale delle presenti Linee guida nazionali.

(5) In conformità a quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 novembre 2016 "Ripartizione delle risorse del «Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità» 2015-2016, di cui all'articolo 5-bis, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito nella legge 15 ottobre 2013, n. 119".



PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

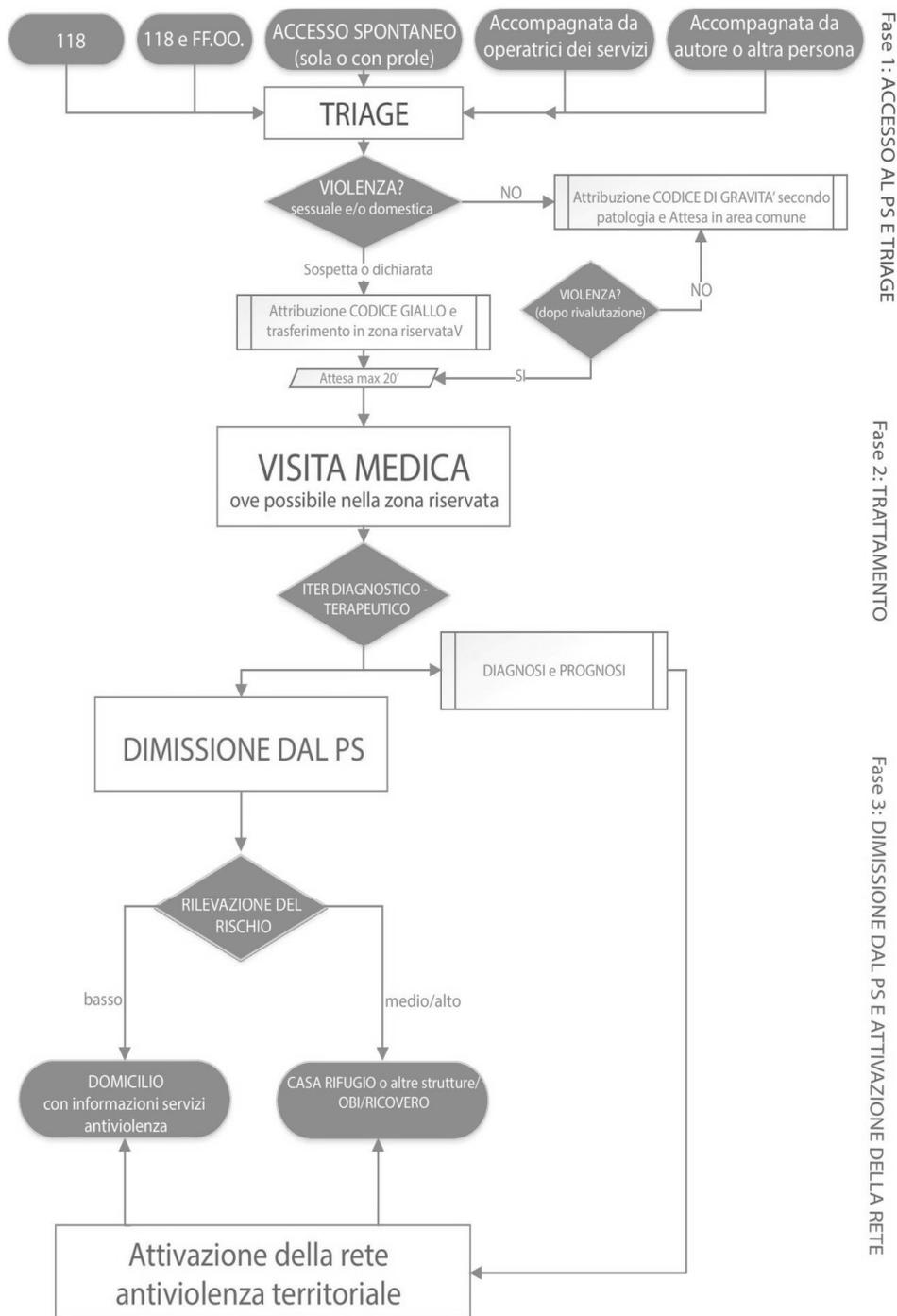
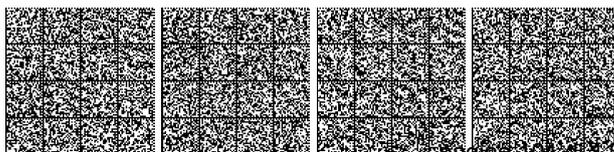


Diagramma elaborato in collaborazione con il Ministero della Salute



ALLEGATO A

TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO(6)

Di fronte a episodi di violenza fisica, avvenuti da poco tempo, è molto importante che l'intervento sanitario in emergenza tenga conto sia degli aspetti clinici che delle successive implicazioni medico - legali. È necessario garantire una corretta raccolta dell'anamnesi e degli elementi di prova, e una descrizione accurata delle lesioni corporee che faciliti, in caso di indagini giudiziaria, la valutazione dei tempi e delle modalità della loro produzione.

I medici che entrano in contatto con la donna che ha intrapreso il Percorso per le donne che subiscono violenza, a partire dal medico che farà la prima visita, dovranno refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti della violenza subita.

La visita medica dovrà prevedere i seguenti momenti:

Accoglienza e indici di sospetto (psicologici, anamnestici, fisici), ed eventuale screening (domande di approfondimento);

Acquisizione del consenso informato al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie (in caso di violenza sessuale). Il consenso informato deve essere articolato e comprensivo di tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'operatrice/l'operatore sanitaria/o abbia il consenso a procedere da parte della donna;

Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione;

Esame obiettivo completo;

Acquisizione delle prove (eventuale documentazione fotografica, tamponi, ecc.);

Esecuzione degli accertamenti strumentali e di laboratorio;

Esecuzione delle profilassi e cure eventualmente necessarie;

Richiesta di consulenze.

Nei casi di violenza sessuale, questa raramente si associa a gravi ferite, sia in sede genitale che extragenitale. La sintomatologia con cui si presentano all'osservazione del medico le donne vittime di violenza sessuale è estremamente variabile, in quanto dipende dal contesto in cui la violenza è avvenuta, da chi ne è stato l'autore e dalla storia personale della persona offesa. La violenza può essere stata vissuta come una aggressione mortale o può essere solo l'ultimo di una lunga serie di episodi, per cui la donna ha sviluppato nel tempo una sorta di anestesia dei sentimenti. La visita medica è un'occasione irripetibile per garantire un'assistenza adeguata alle necessità psicologiche e sanitarie della donna. Al contempo sarà assicurata una successiva assistenza psicologica, qualora la donna lo desideri, che potrà essere effettuata dalla psicologa dell'ospedale, se presente, o da una professionista della rete territoriale anti-violenza. Gli accertamenti sanitari, le eventuali terapie, la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse possono avere il significato di restituire l'immagine di un'integrità fisica ancora presente o comunque recuperabile, e aiutare la donna a superare il senso di frantumazione che la violenza sessuale può causare. La raccolta di prove utili in un eventuale futuro *iter* giudiziario, per quanto importante, non deve condizionare la relazione terapeutica e il riconoscimento della difficoltà della donna di accettare un'ulteriore invasione del corpo già violato dall'aggressione subita.

Procedure in caso di violenza sessuale:

Attenzione nel porre domande dirette sul fatto e sui segni obiettivi, limitandosi a chiederne l'origine, utilizzando domande aperte e riportando fedelmente "virgolettate" le parole della donna;

Attenzione nella raccolta dei dati relativi all'evento (data, ora e luogo, numero dei soggetti coinvolti ed eventuali notizie sugli stessi, presenza di testimoni, verbalizzazione di minacce ed eventuali lesioni fisiche);

Valutazione della situazione di violenza (associazione con furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o di altre sostanze, perdita di coscienza o sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo);

(6) Fonte: Ministero della salute

Attento esame obiettivo generale avendo cura di visitare tutto il corpo della donna, ponendo molta attenzione alle sue reazioni emotive ed ai suoi comportamenti relazionali, evitando ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo. In questa fase la descrizione di eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo) dovrà essere precisa e puntuale specificando sempre la sede, le dimensioni e i caratteri generali (colore, forma, profondità, dimensioni). L'esame obiettivo dovrà includere un'attenta descrizione dello stato emotivo, psicologico e relazionale della donna;

Realizzazione di documentazione fotografica relativa a tutte le lesioni o agli esiti di lesioni obiettivate. Le fotografie rappresentano un elemento di forte tutela per la donna poiché rendono "osservabili" le lesioni anche a distanza di tempo;

Ricerca e repertazione, nell'ambito della visita stessa, delle tracce di materiale biologico, avendo cura di adottare tutte le procedure capaci di evitare eventuali fenomeni di contaminazione (operatore-reperto, reperto, ambiente-reperto, ecc.), qualora l'operatore sanitario sospetti l'ipotesi di un contatto tra liquidi biologici dell'aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc.) e corpo e/o indumenti della donna;

Effettuazione, nel caso di evidenza o sospetto di violenza sessuale, previa adeguata comunicazione e consenso da parte della donna vittima di violenza, di accertamenti diagnostici tramite prelievo ematico o tampone mucosale (cervico-vaginale, rettale, uretrale), volti ad escludere o accertare la presenza di eventuali infezioni sessualmente trasmissibili di natura batterica (Sifilide, Gonorrea, Clamidia, altri), virale (HIV, Epatite B e C, Herpes Simplex, Mononucleosi), protozoaria (Tricomoniassi) o micotica (Candidosi);

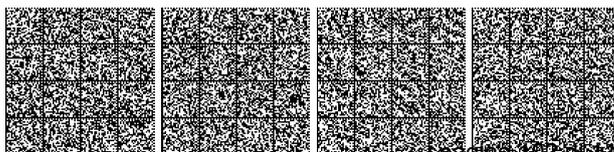
Effettuazione, nel caso di violenza sessuale o di traumi che possano avere determinato soluzioni di continuità della cute o delle mucose - previa adeguata comunicazione e consenso da parte della donna vittima di violenza - di terapia antibiotica e anti-protozoaria con una combinazione di farmaci a diverso meccanismo di azione in grado di esercitare un'adeguata profilassi delle infezioni di natura batterica o protozoaria. Risulta fondamentale anche al fine di effettuare, laddove prevista, la profilassi (ad esempio profilassi per Epatite B nel caso la vittima non sia vaccinata);

Effettuazione, previa adeguata comunicazione e consenso da parte della donna di violenza, di terapia anti-retrovirale a scopo di profilassi (profilassi post-espositiva - *PPE*) dell'infezione da HIV nel caso risulti la concreta probabilità del rischio di trasmissione di questa infezione in seguito a violenza sessuale o a trauma che ha determinato soluzione di continuità della cute o delle mucose. Tale trattamento deve essere iniziato al più presto, preferibilmente entro 1-4 ore, e non oltre le 48 ore, dalla esposizione al virus e deve essere protratto per 4 settimane sotto la supervisione di un medico competente in malattie infettive;

Offerta e somministrazione della prima dose della vaccinazione per l'Epatite B e per il Papillomavirus, in caso di violenza sessuale da sconosciuti, qualora non effettuate in precedenza;

Offerta di trattamento anti-concezionale (intercezione post-coitale) nel caso di violenza sessuale. Il trattamento, che deve essere adeguatamente monitorato a livello clinico e di esami di laboratorio sotto la supervisione di un medico competente in ginecologia ed ostetricia, è efficace entro 5 giorni dall'episodio riportato di violenza, ma la sua efficacia è tanto più elevata quanto prima viene somministrato il farmaco per la contraccezione d'emergenza;

Importanza di porre attenzione alla catena di custodia delle prove.



RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI REVITTIMIZZAZIONE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO(7)

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

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

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

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

|Si |No

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

|Si |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?

|Si |No

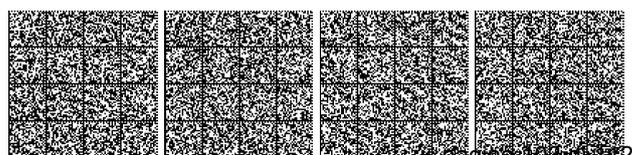
4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?

|Si |No

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

|Si |No

(7) Snider e colleghi (2009) hanno analizzato i risultati dello studio RAVE, con l'obiettivo di sviluppare uno strumento di valutazione breve adatto ai servizi di emergenza (Pronto Soccorso), in grado di identificare le vittime con elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali da parte di partner attuali o passati, partendo dalla versione a 20 items del DA. Sono state condotte delle regressioni logistiche multiple per identificare gli items del DA con maggior potere predittivo, permettendo lo sviluppo di una versione breve del DA, denominata DA5, composta da 5 items. La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità dell'83% (intervallo di confidenza al 95%= 70,6%-91,4%) e denota un rischio elevato. Questo strumento rappresenta quindi un valido aiuto per gli operatori di Pronto Soccorso nell'individuazione delle vittime di violenza con elevato rischio di re-vittimizzazione, permettendo l'attuazione di un intervento mirato e tempestivo.





Genetisti Forensi Italiani

Presidente:

Prof. Francesco De Stefano

Dipartimento di Medicina
Legale, del Lavoro,
Psicologia Medica e
Criminologia (DIMEL)
Università degli Studi di
Genova
Fdestefano@unige.it
(+39) 010353-7616

Vice Presidente:

Prof.ssa Susi Pelotti

Sezione di Medicina Legale
Università di Bologna
susi.pelotti@unibo.it
tel. (+39) 051 2088343
fax (+39) 051 2088342

Segretario:

Dott.ssa Loredana Buscemi

Sezione Medicina Legale
Dipartimento Neuroscienze
Università Politecnica delle
Marche
Ancona
buscemi@univpm.it
tel. (+39) 071 5964721
Fax (+39) 071 5964721/23

Tesoriere:

Dott.ssa Eugenia Carnevali

Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Medicina
Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di
Perugia
Sede di Terni
eugeniacarnevali@libero.it
tel. 0744 205055
fax 0744 220236

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA

Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.)

Presidente Prof. Francesco De Stefano

LINEE GUIDA PER LA REPERTAZIONE DI TRACCE BIOLOGICHE PER LE ANALISI DI GENETICA FORENSE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE DELLE VITTIME DI VIOLENZA SESSUALE E/O MALTRATTAMENTO

a cura del gruppo di lavoro* coordinato dalla Prof.ssa Susi Pelotti

Finalità: lo scopo delle linee guida è quello di pianificare l'intervento dei professionisti della salute coinvolti nella repertazione di tracce biologiche nei casi di violenza sessuale e/o maltrattamento, dichiarati o sospetti.

Gli **obiettivi** sono:

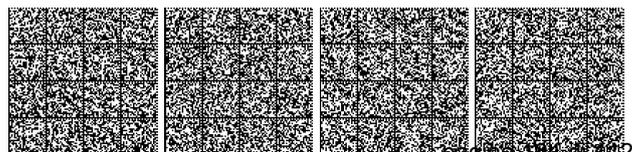
- facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di maltrattamento e/o violenza sessuale;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove e della catena di custodia, al fine di assicurare valenza probatoria delle fonti di prova, specie se accertamenti irripetibili;
- fornire anche un valido strumento per la formulazione di una diagnosi o di un sospetto diagnostico di violenza sessuale e/o maltrattamento, in particolare nei minori.

Campo di applicazione: le presenti linee guida trovano applicazione nel percorso assistenziale di **minori** e/o **adulti** vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento.

Le presenti linee guida devono essere considerate a completamento dei protocolli per il percorso assistenziale delle vittime di abuso sessuale e/o maltrattamento in uso presso le strutture ospedaliere/universitarie e presso i centri di accoglienza.

Le raccomandazioni generali contenute rappresentano i "requisiti minimi" che potranno essere implementati nelle singole realtà sanitarie.

I professionisti sanitari devono fornire una continua e chiara informazione alle vittime di abuso sessuale e/o maltrattamento sulle procedure previste dai Protocolli, ivi compresa la repertazione di eventuali tracce biologiche al fine di analisi del DNA e più in





Genetisti Forensi Italiani

Presidente:

Prof. Francesco De Stefano

Dipartimento di Medicina Legale, del Lavoro, Psicologia Medica e Criminologia (DIMEL)
Università degli Studi di Genova
Fdestefano@unige.it
(+39) 010353 - 7616

Vice Presidente:

Prof.ssa Susi Pelotti

Sezione di Medicina Legale
Università di Bologna
susi.pelotti@unibo.it
tel. (+39) 051 2088343
fax (+39) 051 2088342

Segretario:

Dott.ssa Loredana Buscemi

Sezione Medicina Legale
Dipartimento Neuroscienze
Università Politecnica delle Marche
Ancona
buscemi@univpm.it
tel. (+39) 071 5964721
Fax (+39) 071 5964721/23

Tesoriere:

Dott.ssa Eugenia Carnevali

Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia
Sede di Terni
eugeniacarnevali@libero.it
tel. 0744 205055
fax 0744 220236

generale di analisi di genetica-forense.

Il consenso alle procedure di repertazione di eventuali tracce biologiche dovrà essere formalizzato nella documentazione sanitaria.

È auspicabile, considerata la peculiarità e la delicatezza dell'indagine, contattare, qualora possibile, un esperto in genetica forense per eventuali consigli sulla repertazione e conservazione.

Materiale da repertare

Le tracce di materiale biologico (tracce di sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc) che si possono reperire sono soprattutto:

A - sugli indumenti: le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. **Tutti gli indumenti**, pertanto, **devono essere repertati**.

Devono essere repertati anche eventuali assorbenti, pannolini o quanto a contatto con le regioni intime;

B - sul corpo della vittima: i prelievi devono essere guidati anche dal racconto della vittima. Per tale motivo devono essere effettuati **almeno due** tamponi sia nelle zone tipiche - 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.

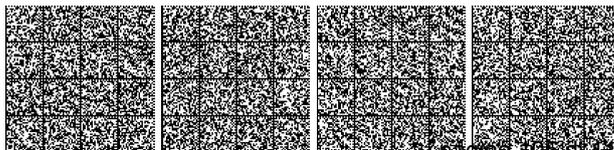
È utile effettuare un tampone sotto le unghie di ogni dito o il prelievo dell'estremità delle unghie della vittima (ricerca di eventuale materiale biologico dell'aggressore depositato durante azioni di difesa della vittima, magari non riferite o percepite dalla stessa), da considerare ciascuno come singolo reperto.

Nota bene - Altre tracce biologiche potrebbero essere rinvenute **nel luogo ove si è verificato il fatto**: trattasi di situazioni particolari che prevedono l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, con cui il genetista forense dovrà concordare un eventuale sopralluogo. È fondamentale che l'operatore sanitario che raccoglie il dato circostanziale segnali all'Autorità Giudiziaria, sulla base del racconto fornito dalla vittima, la possibilità di rinvenire tali tracce.

MODALITÀ DI REPERTAZIONE

Gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni, devono **obbligatoriamente** adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto, contaminazione ambiente-reperto, etc).

Ge.F.I.
Genetisti Forensi Italiani





Genetisti Forensi Italiani

Presidente:

Prof. Francesco De Stefano

Dipartimento di Medicina Legale, del Lavoro, Psicologia Medica e Criminologia (DIMEL)
Università degli Studi di Genova
Fdestefano@unige.it
(+39) 010353 - 7616

Vice Presidente:

Prof.ssa Susi Pelotti

Sezione di Medicina Legale
Università di Bologna
susi.pelotti@unibo.it
tel. (+39) 051 2088343
fax (+39) 051 2088342

Segretario:

Dot.ssa Loredana Buscemi

Sezione Medicina Legale
Dipartimento Neuroscienze
Università Politecnica delle Marche
Ancona
buscemi@univpm.it
tel. (+39) 071 5964721
Fax (+39) 071 5964721/23

Tesoriere:

Dot.ssa Eugenia Carnevali

Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia
Sede di Terni
eugeniacarnevali@libero.it
tel. 0744 205055
fax 0744 220236

A - Indumenti della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina.

2. Aiutare nella svestizione, qualora gli indumenti siano quelli che la vittima indossava al momento del fatto. Utilizzare un telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la donna per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti o sul corpo della vittima.

Nota bene: qualora la vittima riferisca di essersi cambiata si consiglia di acquisire gli indumenti che indossa al momento, in particolare quelli intimi, e di suggerire di conservare (senza lavarli) quelli che indossava al momento del fatto per una eventuale consegna alle Forze di Polizia.

3. Conservare gli indumenti singolarmente.

4. Maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli su se stessi.

5. Conservare gli indumenti ben asciutti in buste di carta o in scatole di cartone, mai aperte o manipolate (**nota bene:** non usare buste di plastica per la conservazione!) e mantenerli a temperatura ambiente.

6. Fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, **senza utilizzare fonti di calore** (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta; qualora non sia possibile, congelare gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica.

Nota bene: non usare il frigorifero per la conservazione dei reperti, poiché la temperatura interna, solitamente di 4 - 8° C, non è idonea alla conservazione di tracce biologiche.

7. Le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto.

B - Corpo della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina.

2. Utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cotton-fioc sterili; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-unguale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti!); valutare se tagliare le unghie.

3. Considerare (**indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento**) e sulla base del dato anamnestico le seguenti sedi: orale - periorale - vulva - vaginale - perivaginale - anale - perianale - peniena - cute.

4. Riporre il tampone nella propria custodia o, se sprovvisti di custodia, conservare il tampone in provette sterili da laboratorio (le provette **NON DEVONO MAI CONTENERE GEL O TERRENI DI COLTURA**).

Ge.F.I.
Genetisti Forensi Italiani





Genetisti Forensi Italiani

Presidente:

Prof. Francesco De Stefano

Dipartimento di Medicina Legale, del Lavoro, Psicologia Medica e Criminologia (DIMEL)
Università degli Studi di Genova
Fdestefano@unige.it
(+39) 010353 - 7616

Vice Presidente:

Prof.ssa Susi Pelotti

Sezione di Medicina Legale
Università di Bologna
susi_pelotti@unibo.it
tel. (+39) 051 2088343
fax (+39) 051 2088342

Segretario:

Dott.ssa Loredana Buscemi

Sezione Medicina Legale
Dipartimento Neuroscienze
Università Politecnica delle Marche
Ancona
buscemi@univpm.it
tel. (+39) 071 5964721
Fax (+39) 071 5964721/23

Tesoriere:

Dott.ssa Eugenia Carnevali

Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia
Sede di Terni
eugeniacarnevali@libero.it
tel. 0744 205055
fax 0744 220236

5. Chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto (è opportuno preparare le etichette identificative prima di procedere con la repertazione).

6. Congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. **LE PROVETTE NON DEVONO MAI ESSERE CONSERVATE IN FRIGORIFERO.**

Nota bene: non utilizzare disinfettanti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse.

Se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico.

La scheda di repertazione nei casi di maltrattamento e/o violenza sessuale

È necessario:

1. compilare una scheda dedicata (vedi fac-simile) che contenga tutte le operazioni relative alla repertazione/custodia delle eventuali tracce biologiche;
2. raccogliere gli elementi salienti da un punto di vista circostanziale che possono guidare la repertazione e l'esame dei reperti;
3. indicare chiaramente le zone dove vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati, e documentare, ove possibile, con rilievi fotografici tutte le operazioni di prelievo (**verbale di prelievo**);
4. allestire un **verbale di catena di custodia**, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto. Tale verbale deve contenere la data delle operazioni svolte e le generalità dell'esecutore.

Si consiglia di allestire una check list delle attività eseguite.

Situazioni particolari

Rifiuto di sottoporsi alle procedure di repertazione di tracce biologiche

Qualora nei casi di **violenza sessuale sospettata e/o dichiarata**:

- un **soggetto adulto**, dopo essere stato adeguatamente informato di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposto alle procedure di repertazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla propria persona, gli operatori devono astenersi dal procedere ed avvisare l'autorità giudiziaria solo se si configura l'ipotesi di delitto procedibile d'ufficio.

Qualora nei casi di **maltrattamento sospettato e/o dichiarato**:

- un **soggetto adulto**, dopo essere stato adeguatamente informato di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposto alle procedure di

Ge.F.I.

Genetisti Forensi Italiani





Genetisti Forensi Italiani

Presidente:

Prof. Francesco De Stefano

Dipartimento di Medicina Legale, del Lavoro, Psicologia Medica e Criminologia (DIMEL)
Università degli Studi di Genova

Fdestefano@unige.it
(+39) 010353 - 7616

Vice Presidente:

Prof.ssa Susi Pelotti

Sezione di Medicina Legale
Università di Bologna
susi.pelotti@unibo.it
tel. (+39) 051 2088343
fax (+39) 051 2088342

Segretario:

Dott.ssa Loredana Buscemi

Sezione Medicina Legale
Dipartimento Neuroscienze
Università Politecnica delle Marche
Ancona
buscemi@univpm.it
tel. (+39) 071 5964721
Fax (+39) 071 5964721/23

Tesoriere:

Dott.ssa Eugenia Carnevali

Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi di Perugia
Sede di Terni
eugeniacarnevali@libero.it
tel. 0744 205055
fax 0744 220236

reperazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla propria persona, gli operatori devono astenersi dal procedere ed avvisare l'Autorità Giudiziaria in quanto trattasi di delitto procedibile d'ufficio.

Qualora il genitore/i o il legale rappresentante, dopo essere stati adeguatamente informati della ipotesi diagnostica di maltrattamento e/o violenza sessuale nei confronti del **minore** e di tutti i passi previsti dalla procedura, non diano il consenso alle procedure di reperazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla persona del minore, gli operatori devono far presente che, a fronte del rifiuto, il caso verrà segnalato all'Autorità Giudiziaria competente (fatta eccezione dei rari casi in cui non si configuri la procedibilità d'ufficio).

Il rifiuto di sottoporsi alle procedure di reperazione delle tracce biologiche deve essere annotato nella documentazione sanitaria.

*Gruppo di lavoro che ha elaborato le Linee Guida:

Coordinatore

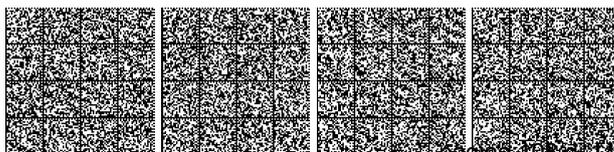
Prof.ssa Susi PELOTTI - Università di Bologna

Membri

Prof. Francesco DE STEFANO - Università degli Studi di Genova
Dott.ssa Loredana BUSCEMI - Università Politecnica delle Marche
Dott.ssa Eugenia CARNEVALI - Università degli Studi di Perugia

Membri revisori

Milena ALÙ - Università degli Studi di Modena
Anna D'AMBROSIO - Laboratorio Genetica Medica San Camillo Roma
Sarah GINO - Università degli Studi di Torino
Paolo FATTORINI - Università degli Studi di Trieste
Massimo LANCIA - Università degli Studi di Perugia
Pasquale LINARELLO - NGB Genetics - Bologna
Gabriele MARGIOTTA - Università degli Studi di Siena
Lucia NUTINI - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Firenze
Andrea PICCININI - Università degli Studi di Milano
Isabella SPINELLI - Università degli Studi di Pisa
Camilla TETTAMANTI - Università degli Studi di Genova
Marina VENTURI - Università degli Studi di Ferrara



ALLEGATO D

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Le professionalità che entrano in contatto con i destinatari del Percorso per le donne che subiscono violenza devono essere in grado di individuare i casi di violenza dichiarati, le situazioni di rischio e gli eventi sentinella, fornire assistenza specifica secondo un modello condiviso e attraverso una rete di servizi dedicati, che operano secondo modalità strettamente integrate.

Si suggerisce una formazione articolata in un minimo di 8 moduli formativi, sia residenziale che coadiuvata da strumenti di formazione a distanza, per un totale di ore di frequenza da un minimo di 20 fino a 50. La didattica, sia in presenza che a distanza, potrà prevedere momenti di confronto interattivo attraverso tavole rotonde, forum di discussione, lavori di gruppo e simulazione di casi clinici.

Le/i docenti dovranno essere selezionati tra i massimi esperti della tematica, provenienti dalle diverse professionalità coinvolte al fine di assicurare una formazione multidisciplinare, riconoscendo particolare rilievo all'esperienza acquisita e consolidata delle operatrici dei Centri antiviolenza.

Esempio di obiettivi formativi nel corso con 2 moduli

Prima Unità - Inquadramento del fenomeno e identificazione dei casi di violenza maschile contro le donne

Obiettivo 1 - Conoscere le dimensioni e le caratteristiche della violenza maschile contro le donne;

Obiettivo 2 - Descrivere gli strumenti (segni e sintomi) e gli indicatori standardizzati per una corretta identificazione e registrazione dei casi;

Obiettivo 3 - Descrivere i principali effetti della violenza maschile contro le donne sulla salute psico-fisica e sulle conseguenze sociali per le donne colpite, nonché su tutte le conseguenze per le/i bambine/i;

Obiettivo 4 - Descrivere le più appropriate strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e la gestione dei casi di violenza;

Obiettivo 5 - Rappresentare le fasi del percorso diagnostico - terapeutico appropriate alle evenienze dei traumi multipli riportati dalle donne che hanno subito violenza.

Seconda Unità - Il ruolo delle reti territoriali multidisciplinari nella violenza maschile contro donne

Obiettivo 1 - Individuare le procedure di riferimento per una corretta gestione dei casi di violenza maschile contro le donne;

Obiettivo 2 - Identificare gli strumenti per una corretta rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di re-vittimizzazione attraverso lo strumento *Danger Assessment* codificato su 5 item prestabiliti (DA5);

Obiettivo 3 - Individuare la normativa di riferimento;

Obiettivo 4 - Descrivere il ruolo e la rilevanza dei diversi attori coinvolti nella rete antiviolenza territoriale.

Esempio di struttura e contenuto del corso con moduli

Modulo A: Rafforzare e approfondire la conoscenza del fenomeno della violenza su donne e figlie/i minori: le radici della cultura della violenza, le sue cause, gli stereotipi, le minimizzazioni e i giustificazionismi legati ai ruoli di genere e al sessismo.

Modulo B: Comprendere le dinamiche della violenza agita da parte dei soggetti autori di violenza, compresa la lettura della rilevazione del rischio di recidiva e letalità.

Modulo C: Promuovere la capacità di instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza, mediante l'utilizzo di un linguaggio comune semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale, e garantire un approccio empatico e non giudicante.

Modulo D: Specializzare le competenze delle/degli operatrici/tori nella corretta ed adeguata presa in carico della donna che ha subito violenza.

Modulo E: Conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i.

Modulo F: Conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio e promozione di una collaborazione fattiva con la rete antiviolenza territoriale intra ed extra ospedaliera per la gestione dell'intero percorso di uscita dalla violenza a partire dall'emergenza fino alla completa autonomia.

Modulo G: Individuazione ed elaborazione di percorsi personalizzati di uscita dalla violenza.

Modulo H: Sensibilizzazione sulle tematiche riguardanti la pratica delle mutilazioni genitali femminili/matrimoni forzati.

Modulo I: Sensibilizzazione sulle specifiche forme di violenza a danno delle donne affette da disabilità diverse e sugli specifici percorsi da attivare.

Modulo L: Conoscenza degli aspetti legislativi e obblighi giuridici relativi ad ogni forma di violenza sulle donne e sui figli minori.

Modulo M: Promozione condivisa e sinergica di un sapere comune volto al confronto e alla conseguente crescita professionale.

Modulo N: Trasferimento competenze tecnico - professionali in materia di processo diagnostico - terapeutico nei casi di violenza maschile contro le donne (fisica, sessuale, psicologica, economica ecc.).

18A00520

DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 gennaio 2018.

Proroga dello stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni dal 21 al 23 gennaio 2017 nel territorio della provincia di Ragusa e del comune di Marineo in provincia di Palermo.

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI
NELLA RIUNIONE DEL 19 GENNAIO 2018

Visto l'art. 5, della legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni;

Visto l'art. 107, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2012, n. 100, recante: «Disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile»;

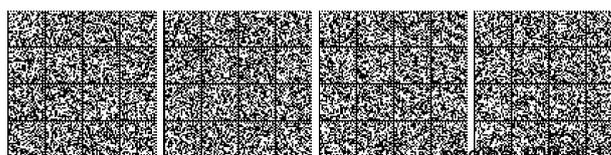
Visto l'art. 10, del decreto-legge del 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 10 luglio 2017 con la quale è stato dichiarato, per centottanta giorni, lo stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni dal 21 al 23 gennaio 2017 nel territorio della provincia di Ragusa e del comune di Marineo in provincia di Palermo;

Considerato che la dichiarazione dello stato di emergenza è stata adottata per fronteggiare situazioni che per intensità ed estensione richiedono l'utilizzo di mezzi e poteri straordinari;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile del 4 agosto 2017, n. 472 recante: «Primi interventi urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni dal 21 al 23 gennaio 2017 nel territorio della provincia di Ragusa e del comune di Marineo in provincia di Palermo»;

Vista la nota dell'11 gennaio 2018 del Presidente della regione Siciliana - Commissario delegato con la quale è stata richiesta la proroga dello stato di emergenza;



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Maurizia Rolli, Responsabile di SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2022/1772

IN FEDE

Maurizia Rolli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Luca Baldino, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2022/1772

IN FEDE

Luca Baldino

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1712 del 17/10/2022

Seduta Num. 43

OMISSIS

L'assessore Segretario

Felicori Mauro

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi