

maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

Numero Speciale
Violenza di genere.
Raccomandazioni
per la **valutazione clinica e
medico-legale**

 Regione Emilia-Romagna

La collana è curata dal Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna

Responsabili della collana

Antonio Brambilla, Massimo Masi

Redazione della collana a cura di

Michela Bragliani

Redazione del numero speciale a cura di

Virginia Peschiera, Cristina Karadole

Impaginazione e stampa

Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna

Bologna, novembre 2016

Questo quaderno è consultabile sul portale Saluter del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna:

www.saluter.it

sul sito dei consultori familiari della Regione Emilia-Romagna alla pagina:

www.saperidoc.it/consultori-famigliari

e sul sito dell'Assessorato alle Pari Opportunità della Regione Emilia-Romagna alla pagina:

www.parita.regione.emilia-romagna.it

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

*Giunta Regionale
Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare*

*Collana
Maltrattamento e abuso sul minore
I quaderni del professionista*

Numero Speciale
Violenza di genere.
Raccomandazioni
per la **valutazione clinica e**
medico-legale



La redazione del quaderno è stata curata da

Maria Stella D'Andrea, medico legale, criminologo clinico, U.O.C. Medicina Legale, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Rosa Maria Gaudio, medico legale, ricercatore, Dipartimento Provinciale Strutturale di Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria – Arcispedale Sant'Anna, Università degli Studi di Ferrara

Ringraziamenti

Alessandra Campani, Responsabile Area Formazione, Associazione Nondasola Reggio Emilia

Giovanna Fava, Avvocata, Associazione Nondasola Reggio Emilia

Il presente quaderno viene pubblicato ora, ma la sua stesura è contemporanea e in parte antecedente a Quaderni del professionista n. 1 *"Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale"*.

La compresenza di una parte degli Autori in entrambi i quaderni rende ragione delle parti comuni o molto simili presenti in entrambi i quaderni.

INDICE

1. Introduzione	Pg. 11
2. Modello organizzativo	Pg. 17
3. Valutazione clinica e medico-legale della donna vittima di sospetta violenza di genere	Pg. 18
I fase Accoglienza	Pg. 19
II fase Intervento operativo	Pg. 20
III fase Redazione della scheda di rilevamento di sospetta violenza di genere	Pg. 23
IV fase Attivazione di un percorso di supporto e di accompagnamento in "uscita"	Pg. 24
4. Indicazioni operative	Pg. 26
Bibliografia	Pg. 27
Allegati	Pg. 31

ALLEGATI

1. Scheda rilevamento sospetta violenza di genere	30
A. Parte generale	30
B. Parte speciale: sospetto maltrattamento fisico	41
C. Parte speciale: sospetto abuso sessuale	43
2. Modulo di informazione e recepimento di consenso	52
3. Composizione dei kit	54
a. Kit per sospetto maltrattamento fisico	54
b. Kit per sospetto abuso sessuale	55
4. Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica e videoregistratore	56
5. Repertazione	58
6. Quadro normativo	63
1. Cenni generali	63
2. Informativa: referto vs denuncia	65
3. Reati procedibili d'ufficio	66
4. Articoli di Legge	68
5. Schema per i criteri di procedibilità per i reati sessuali	76
6. Glossario	77

Con la pubblicazione delle raccomandazioni per la valutazione clinica e medico/legale la Regione Emilia-Romagna aggiunge un ulteriore tassello al processo di consolidamento della rete di intervento, formalizzata con le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e allegati adottate entrambe nel 2013.

Recentemente la Regione è stata interessata da un'intensa attività normativa sul tema del contrasto alla violenza maschile, che ha rafforzato l'intervento già presente a livello territoriale e distrettuale, grazie all'approvazione della LR. 6/14 "Legge quadro per le pari opportunità e contro le discriminazioni di genere", che vi dedica il titolo V e del Piano regionale contro la violenza di genere, adottato con deliberazione di Assemblea Legislativa 69/16.

In particolare il tema della formazione specifica dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale alle donne che subiscono violenza ci sta molto a cuore, e lo abbiamo eletto tra gli obiettivi prioritari triennali di attuazione del Piano regionale, nella consapevolezza che solo una risposta adeguata ai bisogni delle donne vittime di violenza, e una conoscenza approfondita dei vari aspetti in essa coinvolti, possa consentire un percorso efficace di fuoriuscita dalle situazioni di violenza.

Auspichiamo pertanto che questo volume rappresenti, oltre ad un valido strumento di lavoro per operatori e operatrici incaricati della valutazione clinica e medico/legale, altresì un canale per incrementare la sensibilizzazione rispetto al drammatico tema della violenza di genere, che richiama tutti i settori e le discipline a un cambiamento culturale per il riconoscimento di pari diritti e dignità alle donne, come unico antidoto alle sopraffazioni e alle discriminazioni, che ancora permangono nella società e legittimano la violenza nelle relazioni intime.

Emma Petitti
Assessora al Bilancio, Riordino istituzionale,
Risorse umane e Pari opportunità

Con questo quaderno vedono la luce le raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale della donna vittima di violenza di genere nella collana "I Quaderni per il professionista". Si affianca al Quaderno n.1 dedicato al "Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale", dedicato ai bambini e agli adolescenti, già pubblicato.

Entrambi i quaderni sono stati concepiti all'interno del gruppo di lavoro regionale istituito dalla Regione Emilia-Romagna che ha steso le "*Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere*" e "*Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*", poi adottate dalla Regione (DGR n.1677/2013).

Il presente quaderno è stato prodotto da Maria Stella D'Andrea e Rosa Maria Gaudio, medici legali esperti nella gestione di casi di violenza e abuso sessuale nell'ambito del sottogruppo "Donne" del suddetto gruppo di lavoro regionale; l'altro, il Quaderno 1, nel sottogruppo "Minori" che ha mutuato parte dell'elaborato del quaderno "Donne" adattandole alle esigenze della valutazione clinica della persona di minore età, con il contributo aggiuntivo di Alessandra De Palma e Naike Sola, medici legali, e del sottoscritto, pediatra.

Successivamente, mentre il quaderno dedicato alla valutazione clinica e medico legale del minore ha visto la luce rapidamente, quello delle donne viene pubblicato solo ora. Si tratta quindi di un "corpus" unitario, che per comodità il professionista può tenere disponibile sulla sua scrivania di lavoro in forma cartacea o, come raccomandiamo, direttamente apribile sul suo personal computer, nella versione "Donna" o "Persona di minore età" a seconda del caso, e da utilizzare come traccia nel lavoro di raccolta dati/reperti sul caso specifico.

Obiettivo di questi quaderni è rendere disponibile per il professionista sanitario che deve accogliere e gestire la persona vittima di violenza, che si tratti di donna adulta o di persona di minore età, un concreto strumento di supporto alla sua attività.

Massimo Masi

Pediatra - Professore Ass. Clinica Pediatrica-Alma Mater studiorum Università di Bologna.
Policlinico S. Orsola-Malpighi - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

1. Introduzione

La Dichiarazione delle Nazioni Unite del 1993 definisce la violenza "contro le donne" (Gender Violence or Violence Against Women) come: "Qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata" (ONU Risoluzione A/RES/48/104 "Declaration on the Elimination of Violence against Women", 20 Dicembre 1993). Quindi, per violenza contro le donne, o violenza di genere, intendiamo indicare tutte quelle violazioni, discriminazioni, soprusi, disparità, subite dal genere femminile ed agite dal genere maschile. La violenza quindi, va sempre distinta dal conflitto, laddove per conflitto si intende una situazione in cui persiste la parità di potere relazionale tra i due partner e l'identità e la dignità di ciascun partner sono preservate.

La violenza di genere comprende molteplici forme di violenza; quelle di interesse clinico e medico legale sono:

Violenza fisica: ogni forma d'intimidazione e/o azione in cui vengano esercitata coercizione e/o violenza fisica sulla donna. La letteratura internazionale inserisce tra le violenze fisiche anche: spintonare, costringere nei movimenti, sovrastare fisicamente, rompere oggetti come forma di intimidazione, sputare contro, dare pizzicotti, tirare i capelli, privare di cure mediche, privare del sonno, impedire di uscire o di allontanarsi.

Violenza sessuale: qualsiasi tipo d'imposizione di pratiche sessuali (agite o subite contro la volontà della donna) compresi insulti e umiliazioni a sfondo sessuale.

Violenza psicologica: ogni manifestazione di maltrattamento, prevaricazione e mancanza di rispetto che leda l'identità della donna, indipendentemente dalla propria consapevolezza. La violenza psicologica può sussistere da sola od essere associata più frequentemente alle altre forme di violenza. L'uomo maltrattante "convince" la donna a pensarsi priva di valore determinando in lei l'accettazione di altri comportamenti violenti. Spesso queste manifestazioni si insinuano lentamente nella relazione; con gradualità e con il passare del tempo la donna, è sempre più succube dell'uomo maltrattante, non riuscendo più a cogliere la violenza e la lesività insite in questi atteggiamenti.

Stalking: (dall'inglese to stalk: fare la posta, braccare la preda) ogni condotta persecutoria (comportamenti invadenti, di intromissione, di controllo, di minacce con telefonate, messaggi, appostamenti, pedinamenti), che si protrae nel tempo (mesi o anni), verso una persona, interferendo nella sua vita privata, tesa a farla sentire continuamente controllata ed in uno stato di pericolo e di tensione costante.

La maggior parte delle violenze di genere avviene all'interno delle mura domestiche (**Violenza di genere nelle relazioni d'intimità**): una delle forme più frequenti e misconosciute di violenza contro le donne è rappresentata dalla violenza agita da un uomo con cui la donna ha, o ha avuto in precedenza, una relazione affettiva (marito, convivente, compagno, fidanzato o ex). Il fatto che le donne siano spesso affettivamente coinvolte ed economicamente dipendenti dall'uomo maltrattante, ha notevoli implicazioni sia per la dinamica della violenza sia per gli approcci che gli operatori sanitari devono tenere nella gestione della stessa.

"... Inizialmente vissuta come una questione legata ai diritti umani, oggi la violenza di genere nelle relazioni d'intimità viene sempre più interpretata come un problema di salute pubblica. Per violenza di genere nelle relazioni d'intimità si intende qualsiasi comportamento connotato da violenza che si esplica all'interno della relazione di coppia che provochi o possa provocare un nocimento fisico, psicologico o sessuale alla donna. La violenza contro le donne nelle relazioni di intimità è, quindi, un evento molto frequente e che si manifesta sotto varie forme (fisica e psicologica, sessuale, o solamente psicologica) e a differenti livelli di gravità (percosse, lividi, ferite gravi, omicidio) e presenta inoltre diverse prognosi in diversi stati. ..." (Echeburúa et al., 2009).

La violenza di genere nelle relazioni di intimità è tipicamente ripetitiva (stessa vittima e stesso autore di violenza) e tende ad aumentare di intensità e di frequenza nel corso della relazione.

“ ... Sminuire la portata della violenza ritenendo “fisiologica” l’episodica aggressione nella sfera del privato di coppia, o definire genericamente “conflittualità di coppia” l’agire violento del partner maschile, o ancora ricercare nella vittima, nel suo comportamento e/o nella sua psicologia, le cause della violenza, dà luogo a quel processo, che negli ultimi anni è stato definito di *vittimizzazione secondaria*, e che consiste proprio nel cercare la causa della violenza, di cui le donne sono vittime, in tratti di personalità, in particolari comportamenti delle donne o caratteristiche morali di queste ultime. ...” (Regione Basilicata “Linee guida per contrastare la violenza verso le donne. Strumenti per le professioni d’aiuto” 2008).

La donna che ha subito violenza può presentarsi ai diversi nodi della rete sanitaria (medico medicina generale, medico di continuità assistenziale, Pronto Soccorso, consultorio ecc.) con una molteplicità di sintomi e segni non sempre inquadrabile in una sequela lesiva ben definita.

Quando si sospetta una situazione di violenza di genere nelle relazioni d’intimità, l’intervento sanitario deve poter dare voce alla donna nell’interezza del suo racconto. Alcuni sintomi e segni sono facilmente identificabili altri, invece, meno evidenti, vengono riconosciuti soltanto se, con cura e competenza, si valuta l’ipotesi della violenza nella vita della donna.

Nell’incontro con la donna è essenziale che il professionista sanitario valuti il suo stato di tensione che si può esplicitare attraverso:

- sintomi di disagio psicologico o emotivo: nervosismi, soprassalti, pianti, inquietudine, paura, sudditanza, silenzi, disagio, imbarazzo, sguardo sfuggente, confusione, ansia e stati di depressione;
- dipendenza nei confronti del maltrattante: l’autore della violenza controlla fisicamente, psicologicamente ed emotivamente la donna, anche durante le visite mediche, e chiede sempre di essere presente.
- Di non secondaria importanza risulta essere la valutazione attenta e puntuale di:
 - visite mediche frequenti e ripetute per traumatismi anche lievi;
 - ritardo agli appuntamenti, dimenticanza degli appuntamenti, partenze precipitose dall’ambulatorio medico o fretta eccessiva;
 - incoerenza nel raccontare i fatti, rifiuto nello spiegare l’origine dei segni o dei sintomi, lungo intervallo di tempo tra l’episodio violento e la richiesta di cure (le donne maltrattate spesso negano la violenza, la nascondono perché ne hanno vergogna);

Tutti questi elementi devono sempre indurre il professionista sanitario a sospettare una violenza nelle relazioni d’intimità anche in assenza di segni traumatici evidenti.

Ascoltare in modo diverso, prestare attenzione ad altro, anche alle parole non dette, quelle taciute perché troppo difficili da esprimere, curare con attenzione ferite nascoste e non visibili e approfondire, con domande specifiche, il contesto sociale e familiare delle donne, rappresenta un nuovo assetto di “cura” e di intervento sanitario che la specificità della violenza subita dalle donne comporta e richiede. Ogni ambito sanitario, in caso di violenza di genere nelle relazioni d’intimità, è un luogo privilegiato dove riconoscere i segnali della violenza ma, soprattutto, dove è possibile darle un nome all’interno di una storia affettiva in essere o già conclusa, in poche parole un luogo dove poter nominare la violenza subita, spesso per la prima volta.

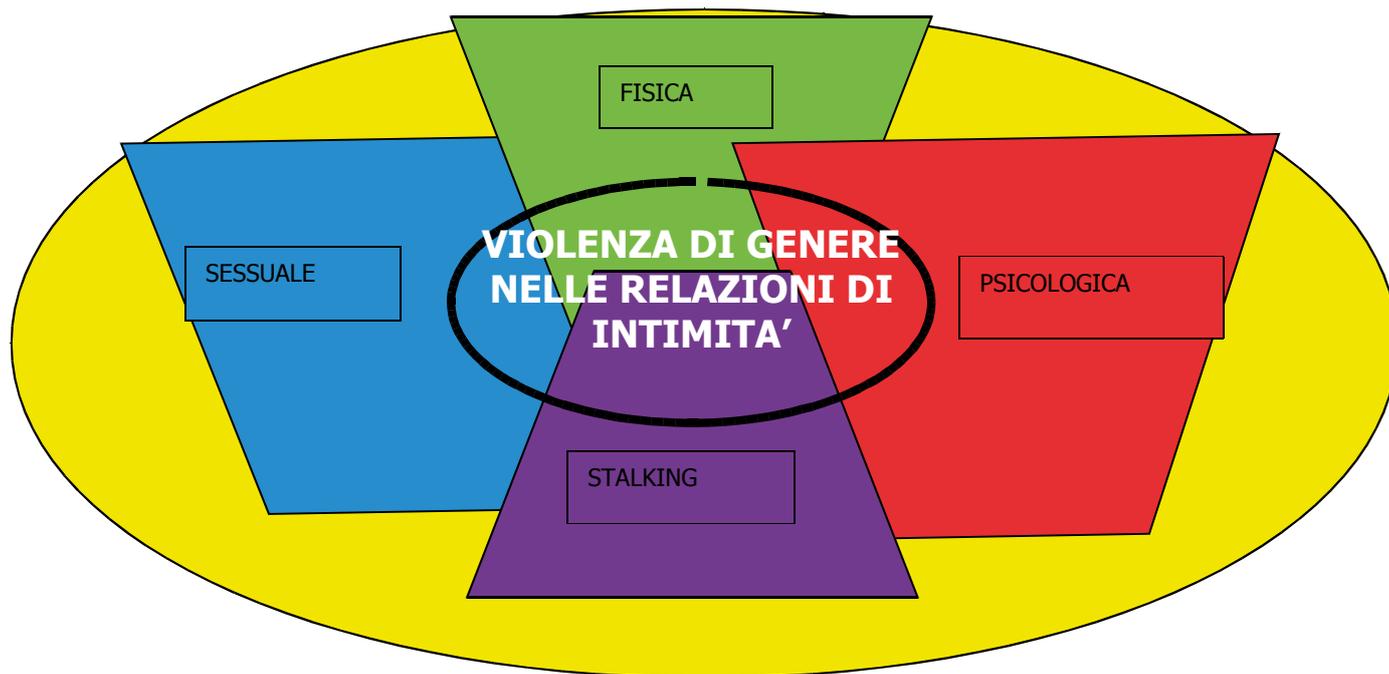
“... Fornire quindi un primo supporto efficace potrà aiutare la donna a pensare alla possibilità di soluzioni alternative al subire.

Porre domande sulla violenza di genere può avere molti vantaggi: le donne spesso si sentono sole e isolate nella loro esperienza di abuso e, il solo fatto di poterne parlare, può essere il primo passo per uscire da una situazione di chiusura, isolamento e vergogna che si portano dentro.

Il ruolo degli operatori è quello di identificare e valutare la violenza di genere e gli effetti sulla salute della donna e di assisterla affinché ottenga tutto l’aiuto necessario per contrastarne gli effetti. ...” (Regione Basilicata “Linee guida per contrastare la violenza verso le donne. Strumenti per le professioni d’aiuto” 2008)

Diventa essenziale quindi inserire all’interno dei diversi setting clinici domande di routine capaci di far emergere il fenomeno, quando non direttamente raccontato dalla donna stessa (Regione Emilia Romagna, “Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza di donne vittime della violenza di genere” 2013; Regione Emilia Romagna “Non da sola. Comprendere e vivere la propria gravidanza insieme” 2015)

Figura 1. Violenza di genere



Il pericolo che, ancora oggi, possano essere commessi errori diagnostici in tema di violenza di genere, sia essa fisica, sessuale, psicologica (falsi negativi e/o falsi positivi) impone che ciascuna realtà sanitaria, territoriale od ospedaliera, possa garantire che la valutazione sia sempre condotta da professionisti qualificati, dotati di competenze specifiche ed inseriti in un'organizzazione che preveda l'attivazione di una equipe multi specialistica e la possibilità di accedere ad una "second opinion".

In particolare, i professionisti chiamati a valutare i casi di sospetta violenza di genere nelle relazioni d'intimità e/o di sospetta violenza sessuale devono necessariamente possedere:

- abilità comunicative:
 - per relazionarsi con la donna sospetta vittima di violenza e con gli adulti che si occupano di lei;
- abilità tecniche:
 - per effettuare un esame obiettivo generale e, nel caso di sospetta violenza sessuale, dell'apparato ano-genitale;
 - per documentare ogni lesione obiettivata;
 - per conoscere le diagnosi differenziali dei segni fisici associati alla violenza;
 - per redigere una accurata relazione contenente la descrizione e l'interpretazione dell'obiettività clinica;
- attitudine al lavoro interdisciplinare in equipe multispecialistica intesa come l'insieme dei professionisti sanitari di differenti specialità integrati nel caso specifico.

"... E' importante una descrizione precisa delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione, anche dello stato psicologico, nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per le vittime da un punto di vista giudiziario se decidono di presentare querela per la violenza subita. ..." (SVS "Linee guida assistenza sanitaria, medico legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini" 2006)

Per contro, siamo tutti consapevoli che, purtroppo, la prima valutazione medica, relativa ad una sospetta violenza di genere nelle relazioni d'intimità si realizza frequentemente in un contesto operativo "difficile". Spesso le donne che hanno subito violenza accedono alle cure sanitarie rivolgendosi al Pronto Soccorso, di notte, durante i giorni festivi, nel contesto di situazioni che richiedono rapidità d'intervento ed azioni tempestive.

Eppure ciascuno di noi è ben consapevole che il contesto assistenziale, in un caso di sospetta violenza nelle relazioni d'intimità, è fondamentale per evitare ulteriori traumi nella

donna stessa. L'assenza di un contesto autenticamente tutelante aumenta l'ansia e la sofferenza della donna, rendendo così più difficile la sua collaborazione e trasformando quel gesto che ciascuno di noi considera terapeutico in potenzialmente "maltrattante".

Qualsiasi intervento di tipo assistenziale che si realizzi nella fase acuta di una sospetta violenza comporta la necessità, per ciascun professionista, di sapersi confrontare con la sofferenza, l'angoscia, i sentimenti di orrore, la paura, l'incredulità, e di saper restituire alla donna, attraverso la visita, gesti umanizzanti e ristrutturanti.

"... La violenza è una forma di coercizione, di sopraffazione di una persona verso un'altra.

Dunque l'operatore ha l'obbligo di porsi nei confronti della vittima in modo trasparente e non direttivo; spiegare ciò che sta per fare e cercare sempre l'assenso di chi ha di fronte per garantire un contesto "sano", ristrutturante, dove la persona si senta accolta. Un contesto opposto a quello della violenza. ..." (SVS "Linee guida assistenza sanitaria, medico legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini" 2006).

Per un professionista sanitario assistere una donna maltrattata nelle relazioni d'intimità vuol dire compiere essenzialmente tre azioni:

1. curare la donna indipendentemente dalla gravità delle lesioni facendo particolare attenzione alla salute psico-fisica intesa nel suo unicum fisico e psicologico;
2. avere cura di raccogliere ogni elemento utile ai fini forensi e di documentare la presenza di eventuali lesioni o esiti delle stesse;
3. umanizzare la donna maltrattata cioè restituirla, con gesti e parole, l'integrità corporea perduta nell'aggressione e la dimensione più autentica del suo essere.

Ciò si traduce:

- nella costruzione di un "setting" terapeutico adeguato;
- nell'uso di tempo non vincolato;
- nella capacità di ascolto e dialogo empatico permettendo alla donna di piangere, di prendersi lunghe pause di silenzio, di urlare, di misurarsi con quanto accaduto.

In altre parole, sarà possibile restituire alla donna, attraverso la visita, un volto ed uno sguardo smarriti e calpestati dal maltrattante nel momento della violenza. (D'Andrea Maria Stella "Lo sguardo medico legale" in "La violenza contro le donne. Segni parlanti, occhi che ascoltano. Semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo della cura", La professione medicina scienza etica e società, FNOMCeO Editore, Roma 2014)

Pur in assenza di segni specifici di violenza di genere, è indispensabile che il professionista chiamato ad ascoltare e a visitare la donna sia in grado di mettere in campo, da subito, conoscenze autenticamente tutelanti ed un approccio adeguato sia a livello clinico che a livello medico legale. E' molto importante, infatti, capire come la violenza si ripeta e si alterni a fasi di apparente tranquillità in quanto permette ai professionisti di comprendere meglio le dinamiche della relazione violenta nonché di leggere con maggiore attenzione eventuali ripensamenti o tentennamenti della donna.

La somma di queste fasi viene denominata "ciclo della violenza" ed è la rappresentazione di un circuito che si sviluppa nel corso del tempo in modo graduale, a partire da violenze verbali o atteggiamenti svalorizzanti. Gli episodi violenti si scatenano spesso per motivi banali e sono seguiti da scuse e pentimento da parte del maltrattante, alternando così la crisi violenta con periodi più o meno lunghi di quiete e di serenità. In questo periodo di tempo, apparentemente "tranquillo", il rapporto tra la donna e l'uomo che agisce violenza riprende come se niente fosse accaduto. La donna, sperando in un ravvedimento autentico, immagina un futuro diverso, migliore in cui il pentimento dell'uomo maltrattante sia foriero di un cambiamento strutturale, tende a minimizzare le tensioni e a nascondere all'esterno e a se stessa il proprio disagio e la pericolosità della situazione.

Il "ciclo della violenza" (proposto da Lenore E. Walker nel 1979) schematizza tali dinamiche in tre macro fasi che si alternano tra loro:

... I Fase: accumulo della tensione. In questa fase si verificano episodi di microconflittualità: aggressioni psicologiche, cambi repentini ed imprevisti dello stato di animo, incidenti "minori" di maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo sempre più stretti. La donna cerca di calmare il partner, controllarne la rabbia, ed evitare un escalation di violenze: tende quindi a non reagire. (...)

II Fase: Esplosione. quando la prima fase arriva al limite, di solito esplode il maltrattamento fisico, sessuale o psicologico grave. Questa fase si distingue dalla precedente per l'assenza di controllo negli atti da parte del maltrattante. Si producono per la vittima i danni maggiori che possono causarne anche la morte. Ed a questo punto del ciclo che la donna può cercare

strategie di difesa chiamando la Polizia, andando all'Ospedale, o scappando. La durata di questa fase è solitamente breve: statisticamente da 2 a 24 ore.

III Fase: Riconciliazione o luna di miele. In questa fase il maltrattante si pente e chiede perdono, promettendo che non accadrà mai più. Si comporta in modo affettuoso e romantico con la donna, arrivando a farle credere che sarà capace di controllarsi. A questa convinzione si affianca sempre anche quella che lei abbia "imparato la lezione", per cui se lei non si comporterà più in "modo inadeguato" lui non si vedrà "obbligato a maltrattarla di nuovo". ... Questa fase causa difficoltà emotiva per la donna ad interrompere la relazione, è raro però che la calma duri molto: passato lo spavento, dalla fase della luna di miele si torna rapidamente alla fase dell'accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo. Gli episodi di violenza ad ogni ripetizione del ciclo sono più intensi e pericolosi. ... E' quindi importantissimo per gli operatori cercare di porre fine alla situazione di violenza immediatamente, perché con il passare del tempo aumenta il pericolo di morte per la vittima. ..." (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013). Subire violenza nelle relazioni d'intimità, quindi, è un'esperienza traumatica, le cui conseguenze possono essere molto gravi ed è necessario considerare che la degenerazione di alcune situazioni dipende spesso dal tipo di risposta che una donna riceve nel momento in cui chiede aiuto all'esterno, dal sostegno o dal mancato sostegno che ha trovato nei familiari non maltrattanti, nelle amiche, nei professionisti o nella rete del volontariato (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013).

Il percorso di ricerca di aiuto può essere lungo e difficile. Ogni donna è diversa, ciascuna ha una propria soglia di tolleranza della violenza e si trova ad agire in contesti differenti. Alcune pongono fine alla relazione dopo il primo episodio, altre cercano per mesi e per anni di fare in modo di innestare un cambiamento nel partner violento e decidono di lasciarlo soltanto quando ogni strada è stata percorsa. Il fatto stesso di ammettere che c'è un problema e che non può risolverlo da sola produce sofferenza. Inizialmente la donna, mantenendo la relazione con il partner, cerca in tutti i modi di fermare la violenza, senza ricorrere all'aiuto esterno, facendo leva sulle sue risorse personali. Successivamente cerca l'appoggio di familiari e parenti e, infine, nel caso in cui non si sia verificato alcun cambiamento, ricorre a soggetti istituzionali come Servizi sociali e Forze dell'Ordine. Ed è in questa fase che tutte le figure sanitarie devono essere preparate a rispondere adeguatamente e con professionalità alla domanda di aiuto e a dare le giuste informazioni sul centro antiviolenza presente in città a cui la donna autonomamente potrà successivamente rivolgersi (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013).

Il mondo scientifico internazionale ha condiviso in maniera forte le raccomandazioni del WHO ("Violence Against Women. The Health Sector Responds." WHO, 2013; "Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline." WHO, 2013; "London School of Hygiene and Tropical Medicine. South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence." WHO, 2013) che indicano come elemento prioritario dell'assistenza alla donna maltrattata nelle relazioni d'intimità, la possibilità che, ad operare con la donna stessa, sia solo personale sanitario competente e specificatamente formato "La donna che ha subito violenza dovrebbe poter trovare assistenza in un luogo il più possibile vicino a dove il fatto si è verificato...., in grado di affrontare correttamente la visita e la raccolta delle prove..." ("Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" WHO, 2003).

Il WHO, infatti, dichiara che il benessere della vittima è assolutamente prioritario e che, in un'ottica davvero tutelante, l'organizzazione sanitaria ideale, deve saper accogliere e prendersi cura della vittima: questa tipologia di "care" è quella in cui cura ed indagine forense sono attuate nel medesimo momento secondo un modello integrato medico clinico e forense ed in cui la relazione con gli altri servizi è assicurata attraverso la continuità nell'assistenza alla donna ("Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" WHO 2003).

Nel caso di sospetta violenza di genere e/o violenza sessuale, la valutazione medica multispecialistica (medico di Pronto soccorso, medico legale, ginecologo) rappresenta solo ed esclusivamente una piccola parte, molto spesso non dirimente, di una valutazione ben più ampia ed approfondita di tipo interdisciplinare che comprende sempre altre figure quali lo psicologo e l'assistente sociale e, dove possibile, le operatrici dei centri anti-violenza.

L'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa nella raccomandazione 1582/2002 afferma che la violenza contro le donne "... e' 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 sarebbe per le donne di eta' tra i 16 e i 44 anni la principale causa di decesso e di invalidità..." e raccomanda agli stati membri di "... offrire al personale medico una formazione che permetta di individuare le vittime di violenza ... e di assicurare ad ogni vittima, senza discriminazione alcuna, assistenza immediata ed esauriente, frutto di sforzi coordinati, multidisciplinari e professionali ...".

Si tenga presente, in proposito, quanto stabilito dal Codice di Deontologia Medica (FNOMCeO maggio, 2014) all'art. 32 - "Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente. Il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona".

Quanto riportato "impone" che il professionista sanitario abbia quella preparazione tecnica e quegli strumenti culturali e operativi, tali da saper individuare situazioni di violenza di genere anche laddove non vi siano manifestazioni dirimpenti o evidenti o che invece siano addirittura nascoste.

"... Alcune raccontano di sentirsi delle sopravvissute, di aver temuto di essere uccise. L'evento traumatico, imprevisto e minaccioso, può aver avuto un effetto "paralizzante"; molte donne raccontano la tremenda paura sperimentata per la propria incolumità, che le ha bloccate nei movimenti, nell'eloquio e anche nei pensieri.

Inoltre, spesso gli autori della violenza sono persone conosciute, con cui vi era una relazione affettiva, amicale o di lavoro; questo rende ancora più complesso parlarne e aggrava le conseguenze psicologiche. ... Alcune persone non riescono immediatamente a raccontare quanto successo per l'intensità dei vissuti e le gravi conseguenze della violenza sessuale. Non è utile in questo caso forzare un racconto. Meglio attendere che si sia creata un'atmosfera che favorisca il disvelamento dell'evento traumatico. In tali circostanze potrebbe essere molto importante che l'operatore sanitario si limiti a raccogliere, almeno inizialmente, solo quelle informazioni utili alla visita, ma che lasci ad un secondo momento o ad altri operatori sanitari o alle operatrici del centro antiviolenza un eventuale approfondimento. Essere accolti in un luogo strutturante e in un modo strutturato può essere il primo aiuto necessario per iniziare un percorso di superamento del trauma. ... E' difficile stabilire un modello unico di intervento, in quanto ogni caso e ogni situazione ha esigenze e un andamento non prevedibile in anticipo. ... I colloqui si dovrebbero dunque "costruire" sulla persona, considerando che l'approccio potrebbe essere misto e prevedere dalla rielaborazione dei vissuti traumatici ad aspetti più psico-educativi. ... All'interno di una relazione terapeutica la donna può essere aiutata a parlare, a rielaborare le immagini (flashback) che si ripresentano in modo intrusivo e imprevedibile, a rileggere gli incubi che tormentano il sonno, a ristrutturare le erronee convinzioni maturate dopo la violenza, a confrontarsi sugli aspetti problematici della quotidianità. L'obiettivo è di favorire la possibilità di riappropriarsi della propria vita che la violenza ha interrotto o compromesso, e di re-istituire la sua soggettività e integrità. ...". (SVS "Linee guida assistenza sanitaria, medico legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini" 2006).

Ecco quindi che il professionista chiamato a valutare clinicamente un sospetto caso di violenza di genere nelle relazioni d'intimità deve sempre contestualizzare ogni segno obiettivato, nell'ambito di una diagnostica differenziale clinica ben più ampia, alla luce della storia personale della donna, del suo racconto dei fatti ed in particolare di una valutazione psicologica agita da professionisti esperti, poiché i segni diagnostici diretti per trauma o violenza sessuale spesso sono esigui, aspecifici se non addirittura assenti.

Proprio alla luce di tutto ciò il mondo scientifico ha più volte affermato che, il mancato rilievo di segni fisici obiettivabili nell'ambito di una visita medica generale o l'assenza di segni anali e/o genitali obiettivabili nell'ambito di una visita ginecologica non può mai escludere la reale possibilità che la violenza fisica e/o la violenza sessuale siano state consumate.

2. Modello organizzativo

E' possibile prevedere, in ambito provinciale (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013), un modello organizzativo che risponde alle differenti esigenze delle donne ed alle reali possibilità assistenziali offerte mediante:

- l'organizzazione di percorsi operativi per l'accoglienza e l'assistenza delle donne maltrattate nelle relazioni d'intimità presso tutti i pronti soccorsi presenti in ambito provinciale;
- l'organizzazione di un unico pronto soccorso di riferimento per le donne che hanno subito violenza sessuale, secondo il modello hub and spoke. In tal caso andranno previste le modalità di trasferimento della donna dalla sede di primo accesso al pronto soccorso di riferimento.

E' inoltre necessario creare nei servizi di pronto soccorso, siano essi generale e/o ostetrico ginecologico, spazi protetti e dedicati alle donne maltrattate o che hanno subito violenza sessuale (WHO "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" 2003).

Il professionista che accoglierà la donna al pronto soccorso, dovrà attivare personale sanitario medico, medico legale, infermieristico, e se necessario ostetrico-ginecologico, adeguatamente formato. Le figure professionali sopra citate costituiranno l'equipe multidisciplinare dedicata (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013). Laddove tali professionisti non siano presenti nei turni di guardia, ne va prevista la reperibilità h24.

Nel caso la presunta violenza sia dichiarata esplicitamente dalla donna, la presenza del medico legale dovrà essere attivata sin dalle prime fasi di accesso al pronto soccorso. Per contro, qualora il medico di pronto soccorso ravvisi durante gli accertamenti clinici e/o strumentali eseguiti per altri motivi, il sospetto di maltrattamento nelle relazioni d'intimità attiverà immediatamente la consulenza del medico legale.

In entrambi i casi la presenza del medico legale è ritenuta essenziale a tutela sia della donna che dei professionisti che intervengono (WHO "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" 2003). La consulenza medico legale è indispensabile per completare al meglio questo complesso iter che permetterà di confermare o ragionevolmente escludere il maltrattamento/violenza e di garantire, in caso di procedimento giudiziario, documentazione e repertazione corretta utilizzabili in questa sede.

L'equipe dedicata dovrà inoltre garantire un giusto numero di presenze femminili in tutti i turni (guardia e/o reperibilità) per evitare alla donna situazioni traumatiche, origine di vittimizzazione secondaria (WHO "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" 2003).

La donna sarà affiancata durante le diverse fasi di accertamento clinico e strumentale da una "case manager", infermiera/ostetrica, con compiti assistenziali ed organizzativi.

A tal fine le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, dovranno definire le modalità di consulenza specialistica fra i diversi reparti, anche tramite accordi operativi, privilegiando, laddove sia possibile, la permanenza della donna presso un luogo dedicato.

Ad oggi non tutte le aziende sono dotate delle risorse umane necessarie per garantire nelle 24 ore la presenza del medico legale durante le fasi dell'accertamento clinico. Nell'attesa di rendere operativa, nel più breve tempo possibile, l'equipe multidisciplinare, comprensiva della figura del medico legale nelle 24 ore, si rende indispensabile la presenza e l'attività medico-legale nelle fascia diurna (08.00 - 20.00), mentre, nelle fasce notturne (20.00 - 08.00) e festive, il medico, che interviene nell'accoglienza e nell'assistenza della donna, dovrà procedere a tutte le fasi dell'accertamento e diagnosi, attuando una rigorosa metodologia medico legale, come da procedure di seguito indicate e supportato da consulenza medico legale "a distanza" (via telefonica, via digitale, via skype, ecc.) di cui deve rimanere traccia documentale.

3. Valutazione clinica e medico-legale della donna vittima di sospetta violenza di genere

La donna che riferisce di aver subito maltrattamento e/o violenza, si può rivolgere a:

- Forze dell'ordine;
- Servizio di emergenza territoriale (118);
- Pronto Soccorso di riferimento;
- Pronto Soccorso Generale/Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico;
- Consultorio familiare territorialmente competente;
- Medico di medicina generale;
- Medico di continuità assistenziale territorialmente competente;
- Centro antiviolenza.

In tutti i casi la donna potrà, se acconsente, essere accompagnata/inviata al Pronto Soccorso di riferimento.

Analizzando la casistica a nostra disposizione, riteniamo opportuno suddividere così le ipotesi di possibile accesso al Pronto Soccorso di riferimento a seguito di:

- sospetti e/o dichiarati maltrattamenti fisici nell'ambito di una relazione d'intimità;
- sospetti e/o dichiarati maltrattamenti psicologici nell'ambito di una relazione d'intimità;
- sospetta e/o dichiarata violenza sessuale;
- eventi in cui può essere ipotizzato un reato perseguibile d'ufficio;
- eventi in cui può non essere ipotizzato un reato perseguibile d'ufficio.

Le ipotesi su indicate possono presentarsi sia in maniera singola che multipla identificando momenti di approccio clinico-diagnostico simili e tecnico-giuridico differenti (es referto vs denuncia da parte della donna).

Le figure professionali che la donna incontra al Pronto Soccorso di riferimento sono:

- infermiere triagista;
- medico di Pronto Soccorso;
- medico legale;
- medico ginecologo e/o ostetrica;
- medico specialista.

Il medico di Pronto Soccorso procede agli accertamenti necessari per la definizione dello stato di salute e, se necessario, invia la donna al Pronto Soccorso ginecologico per le operazioni definite di seguito.

Il medico legale reperibile è il consulente privilegiato e necessario per formulare una diagnosi relativa all'ipotesi di maltrattamento/violenza nei confronti della donna e per realizzare accertamenti ed adempimenti utili ai fini forensi.

Il materiale seguente elaborato per migliorare gli interventi dei professionisti è distinto in 4 fasi successive:

- I. Accoglienza
- II. Intervento operativo
- III. Redazione della scheda di rilevamento di sospetta violenza di genere
- IV. Attivazione del percorso di supporto e di accompagnamento "in Uscita"

I fase - Accoglienza

Le situazioni di vulnerabilità, che possono coesistere con il trauma della violenza, in particolare della violenza sessuale, determinano una molteplicità di bisogni difficilmente affrontabili da un singolo professionista, per quanto adeguatamente preparato, soprattutto in un Pronto Soccorso Ospedaliero.

Vi è quindi la necessità di prevedere l'intervento di professionalità differenti, che garantiscano un approccio non solo clinico e medico legale, ma anche psicologico e sociale, sempre in relazione con i Centri antiviolenza.

Tutti i professionisti devono predisporre all'ascolto empatico (non sono rari i casi in cui la donna si lascia investire dai sensi di colpa) e astenersi dai giudizi: la sensazione di non essersi opposta adeguatamente, di non avere previsto che la violenza accadesse o di esserne lei stessa la causa scatenante sono alcune delle ragioni per cui la donna può decidere di non denunciare il suo aggressore (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013).

Il medico del Pronto Soccorso di riferimento congiuntamente al medico legale, e/o al ginecologo, procederanno all'ascolto attento ed empatico del racconto della donna accogliendola in un luogo idoneo, dedicato, riservato, e facendo attenzione ai tempi ed ai modi che dovranno essere adeguati alle necessità della situazione. Al termine dell'ascolto, i medici procederanno all'informazione sulle diverse fasi della visita, nel modo più chiaro possibile, rispettando i tempi ed i modi di ascolto della donna, affinché la stessa possa essere partecipe e consapevole dell'evoluzione dell'accertamento clinico (tale atteggiamento è importante per una donna maltrattata poiché le restituisce la sensazione di aver di nuovo il controllo di sé riappropriandosi del proprio corpo e della propria storia) (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013).

Inoltre, i medici dovranno sempre informare la donna sull'eventuale necessità di provvedere alla raccolta di campioni biologici, all'esecuzione di fotografie, nonché all'acquisizione degli indumenti.

Si procederà quindi alla raccolta in forma scritta del "consenso" (anche dell'eventuale dissenso, vd. allegato) rispetto alle procedure che eventualmente saranno poste in essere.

Tutti gli elementi raccolti (clinici, iconografici e documentali) saranno conservati in sede idonea e per tutto il tempo necessario (in accordo con le Procure della Repubblica competenti) nonché messi a disposizione della donna o dell'autorità giudiziaria a seconda delle finalità tecnico giuridiche.

All'ingresso in Pronto Soccorso, l'infermiere di triage, a fronte di una sospetta/dichiarata violenza di genere nelle relazioni d'intimità e/o violenza sessuale:

- attribuisce Codice prioritario o altra sigla¹ in modo da assicurare un percorso agevolato e riservato e lo inserisce nello specifico percorso, preventivato ed adottato dal Pronto Soccorso;
- colloca la donna in ambiente idoneo riservato e tranquillo;
- avvisa il medico di guardia ed attiva il medico legale.

Il medico di guardia ed il medico legale provvedono a valutare il caso con la massima priorità ed, eventualmente, attivano l'equipe sanitaria multispecialistica, intesa come l'insieme degli specialisti sanitari utili nel caso specifico, per poter lavorare in modo integrato con professionisti di differenti specialità e di altre aree. I professionisti devono inoltre:

- garantire la gestione dell'emergenza sanitaria;
- dedicare tutto il tempo necessario al caso;
- ridurre il numero di professionisti, degli spostamenti, delle procedure a quelli strettamente necessari, consapevoli che è comunque opportuno garantire sempre la presenza di un secondo professionista (medico o non medico) a supporto sia di chi effettua la visita che della donna;
- informare la donna, rivolgendosi esclusivamente a lei in merito alle diverse fasi della visita, nel modo più chiaro possibile, affinché possa essere partecipe e consapevole;

¹Eventuale altra sigla o acronimo condiviso fra gli operatori, utilizzato per identificare il caso quando ci sia un sospetto di violenza di genere nelle relazioni d'intimità e/o di violenza sessuale, qualora si voglia tutelare la privacy della donna e non si voglia rendere palese tale sospetto agli accompagnatori e agli astanti.

- raccogliere il racconto spontaneo della donna evitando che l'eventuale accompagnatore/ice sia presente. Spesso il maltrattante (o un suo familiare di sesso femminile) chiede di starle accanto nelle varie fasi della visita per agire ancora una volta il proprio controllo su di lei. Nel caso di sospetta violenza sessuale alcune donne non riescono immediatamente a raccontare quanto successo per l'intensità dei vissuti e le gravi conseguenze. Non è utile in questo caso forzare un racconto. Meglio attendere che si sia creata un'atmosfera che favorisca il disvelamento dell'evento traumatico. In tali circostanze potrebbe essere molto importante che il professionista sanitario si limiti a raccogliere, almeno inizialmente, solo quelle informazioni utili alla visita, ma che lasci ad un secondo momento o ad altri operatori un eventuale approfondimento. Essere accolti in un luogo strutturante e in un modo strutturato può essere il primo aiuto necessario per iniziare un percorso di superamento del trauma (Linee Guida SVS, Linee Guida per l'assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini 2006);
- non utilizzare mai forza, coercizione e/o inganno durante la visita;
- assicurare la donna sul suo stato di salute fisica;
- prevedere e programmare eventuali incontri successivi con le modalità più congrue per la donna, in tempi compatibili con le esigenze del caso.

II fase - Intervento operativo

Il medico di Pronto Soccorso e il medico legale (e il ginecologo in caso di violenza sessuale), eseguiranno, attraverso un dettagliato protocollo, una serie di controlli clinici, laboratoristici e strumentali, e provvederanno all'eventuale produzione di materiale iconografico.

Nel caso di sospetta violenza sessuale si procederà anche ad adottare un protocollo di accertamenti utili alla diagnosi laboratoristica di malattie sessualmente trasmissibili, per le quali i professionisti sanitari indicheranno la profilassi, valutando anche l'opportunità di somministrare terapia antiretrovirale, e si proporrà la possibilità di assunzione dell'anticoncezionale post-coitale.

Il medico di Pronto Soccorso, il medico legale (e il ginecologo in caso di violenza sessuale) procederanno alla:

1. raccolta dati

con particolare attenzione all'inviante (es. auto-presentazione, MMG/Continuità Assistenziale/118, altro Ospedale, servizi territoriali, Centri Antiviolenza, forze dell'ordine, Procura), ed alla motivazione della richiesta (se disponibile, allegare la richiesta scritta);

2. rilevazione anamnestica

con particolare attenzione ad abitudini alimentari, uso di farmaci, alcool, sostanze xenobiotiche, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, caratteristiche del ciclo mestruale, eventuale gravidanze o interruzione di gravidanza, eventuali precedenti accessi al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri. Questi possono essere ricercati immediatamente presso lo stesso Pronto Soccorso e dallo stesso Medico di Guardia o presso gli altri Pronto Soccorso o Ospedali limitrofi, tramite collegamento diretto fra gli Ospedali e i rispettivi PS se i sistemi informatizzati in uso lo permettono. In caso contrario la ricerca andrà fatta tramite contatto telefonico con i colleghi del Pronto Soccorso e delle altre Divisioni;

3. raccolta del racconto

del modo in cui è avvenuta la sospetta violenza specificando data, ora, luogo e descrizione dell'evento/i, tempo intercorso tra la violenza e la visita, autore della violenza, presenza di testimoni, presenza di figli minori, minacce, aggressioni verbali, furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze², perdita di coscienza, sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo;

²L'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 CM. 1999), l'uso di sostanze psicotrope viene registrato nel 40% circa delle violenze (Seifert SA . 1999).

4. esame clinico generale con descrizione dell'obiettività fisica e psichica.

L'esame clinico comprenderà l'obiettività di tutto il corpo (anche in caso di riferita violenza sessuale) per evidenziare in maniera particolareggiata eventuali lesività 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). Preliminarmente è opportuno acquisire informazioni sull'eventuale pulizia e detersione del corpo e delle zone lesionate, al fine di ricercare tracce biologiche con la lampada di Wood, utili ai successivi accertamenti tecnici laboratoristici di tipizzazione del DNA (es. in caso di morso, o di contaminazione cutanea da parte di liquidi biologici dell'aggressore) (Allegato 3 ed allegato 5).

Devono essere **valutati 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, bruciature/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;
- **numerosità 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 numerose lesioni in diversa fase evolutiva (riscontro, 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**: nel corso della visita.

Nel caso di **maltrattamento su donna in gravidanza** si procederà anche a visita ostetrico-ginecologica, pur in assenza di dichiarata violenza sessuale.

Infine, si dovrà prevedere una attenta valutazione dello stato psichico della donna, facendo particolare attenzione a manifestazioni tipo: 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, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro.

5. accertamenti strumentali, clinico-specialistici e di laboratorio

6. 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;

7. esame clinico dell'area genito-anale

L'anamnesi deve prevedere l'acquisizione di informazione relativa 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 degli slip 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).

Nell'ambito della visita per sospetta violenza sessuale dovranno essere attentamente valutati il capo (specie le labbra ed il cavo orale), il collo, le estremità, il tronco, i fianchi, gli arti, specie la superficie mediale delle cosce, sedi più frequentemente coinvolte nell'ambito dell'aggressione (Sommers MS e coll 2001). Frequentemente sono lesioni di tipo ecchimotico, escoriativo, soluzioni di continuo, mentre risulta meno rappresentata la percentuale di lesioni con grave interessamento clinico. L'incidenza varia secondo gli studi: 45% (Muram D. e coll 1992), 46% (Jones J. e coll 2004), 53.8% (Sommers M. e coll. 2006), 81% (Maguire W. e coll. 2009), 45% (Gray- Eurom K. e coll .2002), 72% (McLean I. e coll. 2011).

L'esplorazione deve sempre interessare i genitali esterni (piccole e grandi labbra, forchetta posteriore, fossa navicolare, area periuretrale, perineo), genitali interni (imene, vagina, cervice) e ano (Sommers M. e coll 2008).

L'osservazione dei genitali può avvenire attraverso tre modalità: visione diretta, applicazione di coloranti, utilizzo di colposcopio.

Occorre puntualizzare come la frequenza di rilievo di lesioni anogenitali però varia molto a seconda della modalità d'osservazione utilizzata e può variare dal 5% con visione diretta (per molti anni è stato l'unico metodo di rilevazione) all' 87% con colposcopio. L'incidenza di lesioni dopo violenza sessuale viene riferita con percentuali variabili dal 5.2% (Massey J.B. e coll. 1971) al 40% (Goodyear-Smith F.A.1989), mentre in studi più recenti è riportata tra il 50 % e 60% (Riggs N. e coll. 2000, Gray-Eurom K. 2002).

Tra i coloranti usati a tale proposito il più utilizzato è il blu di toluidina che, applicato sulla cute o sulle mucose, aderisce alle aree abrase ed alle microlesioni, colorandole per fissaggio alle cellule squamose nucleate. Già nel 1982 (Lauber A.A. e Souma M.L.) e nel 1987 (McCauley e coll.) il suo utilizzo permise di osservare un aumento nel riscontro di lesioni dopo violenza sessuale con percentuali riferite dal 40% al 58%.

L'utilizzo del colposcopio strumento ottico che consente l'osservazione dei genitali a vari ingrandimenti, chiarendo localizzazione ed estensione di eventuali lesioni, ha permesso un ulteriore incremento nel riscontro di lesioni genitali con un'incidenza che varia mediamente dal 81% al 87% (87% Slaughter L. e Brown C.R. 1992; 81% Sachs C.J. e Chu L.D. 2002; 87-92% Mancino P. e coll. 2003; 83% Jones J.S. e coll. 2003; 87% Sommers M.S. e coll. 2005). E' diventato lo strumento di elezione nella valutazione dei casi di sospetta violenza sessuale.

Alla luce della letteratura scientifica internazionale diventa necessario, quindi, realizzare l'esame dell'area ano-genitale mediante l'uso del colposcopio al fine di poter cogliere tutte le varianti morfologiche, eventuali alterazioni e/o lesioni, anche quelle meno evidenti, e di effettuare 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, forchetta e fossa navicolare e meno frequentemente a livello imenale. Slaughter L. e coll. (1997) affermano che le lesioni anali sono più frequentemente associate ad altre lesioni corporee.

La stessa letteratura internazionale, nel descrivere le lesioni anogenitali dopo rapporto sessuale consenziente o non, fa riferimento, già da alcuni anni, alla classificazione TEARS (Slaughter e coll. 1992, Slaughter e coll. 1997, Sommers e coll. 2001, 2008): TEARS è l'acronimo che elenca le 5 lesioni caratteristiche riscontrabili nell'ambito della lesività anogenitale dopo rapporto sessuale e sono:

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

C'è unanime consenso nel ritenere opportuno che l'osservazione delle lesioni anogenitali dopo rapporti sessuali violenti debba essere eseguita il prima possibile e, comunque, entro le 72 ore dall'episodio. Le lesioni genitali generalmente si riparano rapidamente e la

maggioranza di esse non lascia esiti cicatriziali. Si è calcolato che mediamente le abrasioni genitali guariscono nell'arco di 3 giorni, l'edema dura circa 5 giorni, le ecchimosi si risolvono in 2-18 giorni a seconda della gravità (Mc Cann J. e coll. 2007). La profondità delle lesioni determina, comunque, il tempo di guarigione.

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). (SVS "Linee guida assistenza sanitaria, medico legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini" 2006).

Il mancato rilievo di spermatozoi in vagina non esclude il rapporto sessuale o la violenza sessuale (McGregor M.J. e coll. 2002; Evard e Gold 1979).

Purtroppo, la valutazione medico legale delle lesioni è resa particolarmente difficoltosa da una scarsa conoscenza di quelle indotte, sui genitali, da un atto sessuale consenziente, esaminate con procedure analoghe a quelle utilizzate nei casi di violenza sessuale (Cattaneo C., Gentilomo A., Motta T., Ruspa M. 2006). Nonostante i pareri possano essere contrastanti, è riconosciuto che chi subisce un rapporto non consenziente ha un rischio tre volte superiore di riportare lesioni e otto volte superiore di riportare lesioni multiple rispetto a chi ha rapporti consensuali (Anderson S. 2006; McLean I. 2011). L'associazione di lesioni genitali e lesioni non genitali fa propendere per un rapporto violento, anche se è stata valutata una correlazione positiva tra condanna per stupro e lesioni genitali o non, solo quando queste sono di grave entità (McGregor M.J. e coll. 2002, Tintinalli J.E. e Hoelzer M. 1985, Pentilla A. e Karhunen P.J. 1990).

Si può affermare che la mancanza di lesioni genitali o la scarsità di lesioni non esclude una violenza sessuale (Bowyer L. e Dalton M. 1997, McGregor M.J. 2002, Gray Eurom K. e coll 2002, Du Mont J. e White D. 2007, Heger A. e coll. 2002, Jewkes R. e coll. 2009, McLain 2011). Comunque è importante riaffermare, ancora una volta, che né la presenza né l'assenza di lesioni genitali possono essere interpretate come unica prova di avvenuta violenza sessuale.

L'esame clinico sarà poi completato dalla raccolta di eventuali reperti accessori (es. fotografie, indumenti).

Si procederà alla raccolta di fluidi biologici attraverso l'esecuzione di tamponi ed allestimento di vetrini smerigliati, utile per la ricerca di tracce di sperma nonché di spermatozoi. A questo proposito vengono in aiuto le indicazioni proposte dal gruppo di Genetica Forense (Ge.F.I. 2013) (Allegato 5) e l'utilizzo del kit ginecologico proposto dall'AOGOI e ormai di uso pratico nell'ambiente ginecologico (Allegato 3).

Nei casi di apprezzamento di esiti derivanti da morsi, è possibile rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria del sospetto aggressore, ovvero, attraverso l'esecuzione di tamponi, prelevare materiale biologico per eventuale tipizzazione genica.

Si procederà quindi alla somministrazione di terapia antibiotica (secondo schema prestabiliti e nei casi opportuni con l'intervento dell'infettivologo); se sono trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale in unica somministrazione.

Il medico legale procederà alla realizzazione della documentazione fotografica, al perfezionamento della valutazione etiopatogenetica e circostanziale, nonché alla refertazione ed alla conservazione di tutti gli elementi utili ai fini forensi e tecnico-giuridici (catena di custodia) (Allegato 5).

III fase. Redazione della scheda di rilevamento di sospetta violenza di genere (Allegato 1)

Al fine di documentare ogni fase operativa realizzata al Pronto Soccorso, si ritiene utile predisporre una specifica scheda clinica dedicata all'evento. 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. La scheda sarà parte integrante della documentazione sanitaria del Pronto Soccorso di riferimento e della Cartella Clinica della paziente (in caso di ricovero).

La scheda proposta come modello (Allegato 1) è da intendersi come suggerimento operativo e dovrebbe comprendere:

1. generalità della donna e dei suoi accompagnatori (E' possibile come gesto di estrema tutela verso la donna procedere alla registrazione della stessa mediante codici alfanumerici che permettano l'anonimato e la codifica di questi codici sarà possibile esclusivamente a richiesta della donna e/o dell'Autorità Giudiziaria);
2. data e ora in cui la donna si presenta alla visita
3. nome dei professionisti intervenuti.
4. raccolta delle circostanze dell'evento, data, ora, luogo, e dell'eventuale presenza di testimoni;
5. informazione circa tutte le successive fasi della visita (eventuale esecuzione di prelievo di materiali biologici, esecuzioni di tamponi, esecuzioni di fotografie, consegna di indumenti);
6. raccolta del consenso rispetto a tutte le procedure che saranno messe in atto (Allegato 2);
7. visita (attraverso protocollo dettagliato);
8. utilizzo del Kit indicato (Allegato 3);
9. indicazione sullo schema corporeo di tutte le lesioni riscontrate, specificandone, in particolare, aspetto, forma, colore, dimensione e sede, documentando fotograficamente tutte le lesioni o gli esiti di lesioni obiettivate (Allegato 4);
10. gestione e archiviazione della scheda clinica e dei reperti (raccolta di materiale biologico e tamponi, fotografie, indumenti etc) da parte del medico legale, nei tempi e modi opportuni, comunque tali sia da consentire alla donna la possibilità di promuovere successive azioni in ambito forense e giudiziario, sia da consentire all'autorità giudiziaria di procedere nella determinazione di indagini specifiche (Allegati 4 - 5 - 6).

IV fase - Attivazione di un percorso di supporto e di accompagnamento in "uscita"

Nel 1996, la 49° Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la risoluzione WHA49.25, in cui si dichiara che la violenza è un problema di salute pubblica di fondamentale importanza e in progressiva espansione in tutto il mondo.

In questa risoluzione, l'Assemblea ha sottolineato in particolare le gravi conseguenze della violenza – sia a breve che a lungo termine – per i singoli individui, le famiglie, le comunità e i paesi e ha evidenziato gli effetti dannosi della violenza stessa sui servizi di assistenza sanitaria.

La donna non conosce gli effetti della violenza sulla sua salute e non sa che, tollerare la violenza, ha "costi" davvero elevati sul suo equilibrio psico-fisico.

Informare la donna sui possibili effetti della violenza subita, diviene allora uno tra i compiti prioritari di ogni servizio sanitario e socio-sanitario che ha tra la sua utenza prevalente le donne. L'informazione precisa e dettagliata deve riguardare sia il rapporto violenza-salute sia i luoghi dedicati all'ascolto (Centri antiviolenza, Servizi, ecc.), alla protezione (anche in emergenza) ed alla presa in carico globale prima che la violenza stessa si trasformi in percorso di malattia. "Per fare questo il mondo sanitario deve entrare in rete con altri servizi non sanitari, comportandosi come parte di un tutto che coopera al sostegno alla donna nel percorso di uscita dalla violenza. Nell'azione sulle conseguenze della violenza le parti in gioco sono molte: gli operatori sanitari, sociali, della giustizia, il mondo dell'associazionismo delle donne che costituiscono il supporto più incisivo per offrire solidarietà alle altre donne." (E. Reale, 2001).

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

In fase di dimissione dal Pronto Soccorso, indipendentemente dalla scelta della donna, quindi è importante che il professionista sanitario le fornisca tutte le informazioni relative:

- ad un possibile ricovero ospedaliero motivandone il significato clinico e/o di protezione;
- ad un eventuale percorso di cura in ambito territoriale;
- ad un possibile accesso al centro antiviolenza territorialmente competente.

Inoltre il medico è tenuto a spiegare, in modo semplice e chiaro, le opportunità in tema di denuncia-querela o la necessità di procedere a referto.

Prima che la donna formuli una qualsiasi decisione o scelta in merito al suo percorso di uscita, è necessario che sia realizzata la valutazione del rischio di recidiva (metodo applicativo tipo *Espousal Absolute Risk Assessment*, SARA) e che le sia comunicato, a sua tutela, l'esito della valutazione eseguita. Tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di donne vittime di violenza dovranno, quindi, applicare questa valutazione ad ogni caso che si presenti loro; ciò potrà avvenire solo dopo un'attenta formazione del personale sanitario ad opera dei centri antiviolenza a cui spetterà anche il compito di revisionare nel tempo la formazione del personale sanitario stesso; solo così sarà possibile realizzare un utilizzo competente dell'applicativo (SARA) nel rispetto dei tempi e secondo modalità relazionali tutelanti la donna (Ravazzolo 2010).

E' fondamentale, in fase conclusiva, chiedere sempre alla donna se è intenzionata a tornare a casa. Nel caso la donna decida di rientrare nella propria abitazione 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;
- lasciarle sempre del materiale informativo, sul centro antiviolenza territorialmente competente e su tutti i servizi che in futuro potrà attivare.

Se invece la donna decide di non tornare a casa è importante assicurarsi che abbia un luogo sicuro dove recarsi.

In conclusione, dopo il primo intervento, laddove non vi siano estremi clinici che rendano necessario il ricovero in altra struttura, reparto, unità operativa nosocomiale, potranno essere concordati con la donna:

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

4. Indicazioni operative

Di seguito le indicazioni operative in ordine cronologico:

1. Accoglienza e gestione dell'eventuale emergenza sanitaria
2. Attivazione della medicina legale
3. Redazione scheda di rilevamento sospetta violenza di genere
4. Redazione scheda di rilevamento sospetta violenza sessuale
5. Anamnesi
6. Informazione alla donna circa le successive fasi della visita
7. Acquisizione del consenso
8. Esame obiettivo completo, clinico e psicologico
9. Richiesta di consulenze specialistiche
10. Raccolta, conservazione e custodia dei reperti
11. Valutazione del rischio di recidiva (tipo SARA)
12. Indicazioni dettagliate e puntuali su quali sono gli obblighi di legge previsti per il sanitario e sulla possibilità che lei stessa ha di sporgere querela
13. Indicazione dettagliata e puntuale alla donna relativa al più vicino "centro antiviolenza" (fornire sempre materiale informativo)
14. Dimissione della donna o ricovero in regime di degenza
15. Informativa all'autorità giudiziaria, nei casi previsti dalla legge
16. Controllo della procedura.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson S., McClain N., Riviello RJ. "Genital finding of women after consensual and non-consensual intercourse". *J Foren Nurs.* 2006;2(2):59-65;
2. AOGOI (Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), in www.aogoi.it;
3. Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1582/2002;
4. Baker R. e Sommers M. "Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors". *JOGNN* .2008;37:282-289;
5. Bownes IT e O'Gorman E.C. "Assailants' sexual dysfunction during rape reported by their victims". *Med Sci Law.*1991;31:322-8;
6. Bowyer L., Dalton M. "Female victims of rape and their genital injuries". *Br J Obstet Gynecol.* 1997; 104:617-620;
7. Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M. "Abuso e violenza sessuale". Edi-Ermes, Milano, 2006;
8. Consiglio d'Europa, Assemblea Permanente "Raccomandazione 1582/2002";
9. Creazzo G. "Mi prendo e mi porto via. Le donne che hanno chiesto aiuto ai Centri antiviolenza in Emilia-Romagna", ed. Franco Angeli, Milano, 2003;
10. Creazzo G. (a cura di) "Scegliere la libertà: affrontare la violenza. Indagini ed esperienze dei Centri antiviolenza in Emilia-Romagna", ed. Franco Angeli, Milano, 2008;
11. Crowley S.R. "Sexual assault: the medical examination", ed. McGraw Hill, New York, 1999;
12. D'Andrea Maria Stella "Lo sguardo medico legale" in " La violenza contro le donne. Segni parlanti, occhi che ascoltano. Semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo della cura", La professione medicina scienza etica e società , Fnomceo Editore, Roma 2014;
13. Du Mont J., With D., McGregor MJ. "Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women". *Social Science and Medicine.* 2009; 68:774-780;
14. 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;
15. Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P., y López-Goñi, J.J.. "Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument ». *Journal of Interpersonal Violence,* 24: 925-939, 2009;
16. Elam A.L. e Ray V.G. "Sexually related trauma: a review". *Annals Emergency Medicine,* 15:576-584; 1986;
17. Evard J.R. e Gold E.M. "Epidemiology and management of sexual assault victims". *Obstet Gynecol;* 53:381-7, 1979;
18. Field H. e Bienen L. "Jurors and Rape: A Study in Psychology and Law"; Lexington books, Lexington Massachusetts, 1980;
19. FNOMCeO "Codice di Deontologia Medica" maggio 2014;
20. Ge.F.I. – Genetisti Forensi Italiani "Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di maltrattamento e/o violenza sessuale", 2013; in: www.gefi-isfg.org/temp/2202201374428.pdf;
21. Geist R. "Sexually related trauma". *Emergency Medicine, North Am.* 6(3):439-466, 1988;
22. Goodyear-Smith FA. "Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region". *New Zealand Medical Journal,* 102 (876):493-495; 1989;
23. Gray-Eurom K., Seaberg DC., Wears RL. "The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence". *Annals Emergency Medicine,* 39 (1):39-46, 2002;
24. Groth AN. E Burgess AW. "Sexual dysfunction during rape". *N. England Medical Journal,* 297:764-6; 1977;
25. Ison C.A. "Factors affecting the microflora of the lower genital tract of healthy women". *Human microbial ecology.* M.J. Hill, March PD (Eds), CRC Press, Boca Raton, p. 111, 1990;
26. 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,* 6(10):1-8, 2009;

27. Jones JBN.,S., Rossman L., Wynn BN., Dunnuck C., Schwartz N. "Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: Epidemiology and patterns of anogenital injury". *Academic Emergency Medicine Journal*, 10(8):872-877, 2003;
28. Jones JS., Dunnuck C., Rossman L., Wynn BN., Nelson-Horan C."Significance of toluidine blue findings after speculum examination for sexual assault". *Am J Emerg Med.*2004;22 (3):201-203;
29. Jones JS., Rossman L., Wynn BN., Ostovar H. "Assailants' sexual dysfunction during rape: prevalence and relationship to genital trauma in female victims". . *Emergency Medicine Journal*, 38(4):529-535, 2010;
30. Jones JS., Wynn BN., Kroeze B., Dunnuck C., Rossman L. "Comparison of sexual assaults by strangers versus Known assailants in a community-based population". *Emergency Medicine Journal*,22(6):454-459, 2004;
31. Lauber A. A. e Souma M. L. "Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse". *Obstet. Gynecol.*, 60 (5):644-648; 1982;
32. Lincoln C. "Genital injury: is it significant? A review of the literature". *Medicine, Science and Law*, 41 (3):206-216, 2001;
33. Maguire W., Goodall E., Moore T. "Injury in adult female sexual assault complainants and related factors". *Eur. J Obstet Gynecol Reprod Biol* 142 (2):149-53, 2009;
34. Mancino P., Parlavecchio E., Melluso J., Monti M., Russo P. "Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault". *Clin Exp Obstet Gynecol*, 30 (1):40-2, 2003;
35. Massey JB., Garcia CR., Emich JP. "Management of sexually assaulted females". *Obstet Gynecol*, 38 (1):29-36, 1971;
36. McCauley J., Guzinski G., Welch R., Gorman R., Osmers F. "Toluidine blue in the corroboration of rape in the adult victim". *Am J Emerg Med*,5 (2):105-108, 1987;
37. 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;
38. McLean I., Roberts S., White C., Paul S. "Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse". *Forensic International Science*, 204:27-33, 2011;
39. Muram D., Miller K., Cutler A. "Sexual assault of the elderly victim". *J Interpersonal Violence*, 7:70-75, 1992;
40. Norvell M.K., Benrubi G. I., Thompson R. J. "Investigation of microtrauma after sexual intercourse". *J Reprod Med*, 29(4):269-271, 1984;
41. ONU "Dichiarazione di Vienna adottata nella II Conferenza Mondiale sui diritti umani" Vienna, 1993;
42. ONU Risoluzione A/RES/48/104 "Declaration on the Elimination of Violence against Women", 20 Dicembre 1993;
43. Pentilla A. e Karhunen P.J. "Medico-legal findings among rape victims". *Med Law*, 9:725-737, 1990;
44. Provincia Autonoma Di Trento, "Linee Guida per il contrasto della violenza sulle donne nella Provincia di Trento. Strumenti per gli operatori e le operatrici della rete a sostegno delle donne vittime di violenza", 2014;
45. Ravazzolo T., Valanzano S., "Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio", ed. F. Angeli, Milano, 2010;
46. Reale E., "Introduzione ai Seminari di formazione degli operatori sanitari", Napoli, 19-20 febbraio 2001;
47. Regione Basilicata, "Linee guida per contrastare la violenza verso le donne. Strumenti per le professioni d'aiuto", 2008;
48. Regione Emilia Romagna "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere", 2013;
49. Regione Emilia Romagna "Non da sola. Comprendere e vivere la propria gravidanza, insieme" , 2015;
50. Rennison C.M. "Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 With Trends 1993-1998". Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, 1999;
51. Riggs N., Houry D., Long G., Markovchick V., Feldhaus KM. "Analysis of 1076 cases of sexual assault". *Annals Emergency Medicine*, 35 (4):358-362, 2000;
52. Roodman A.A., Clum G.A. "Re victimization rates and method variance: A meta-analysis". *Clin Psychol Rev*,21: 183-204, 2001;

53. Rossman L., Jones J.S., Dunnuck C., Wynn B.N., Bermingham M. "Genital trauma associated with forced digital penetration". *Am J Emerg Med.*, 22:101-4, 2004;
54. Sachs C.J. e Chu L.D. "Predictors of genitorectal injury in female victims of suspected sexual assault". *Academic Emergency Medicine*, 9 (2):146-151, 2002;
55. Seifert S.A. "Substance abuse and sexual assault". *Substance Use Misuse*, 34: 935-945, 1999;
56. 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;
57. Slaughter L. e Brown C.R. "Colposcopy to establish physical findings in rape victims". *Am J Obstet Gynecol.*, 166 (1Pt1):83-86, 1992;
58. 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;
59. Sommers M., Zink T., Baker J., Fargo J., Porter J., Weybright D., Schafer J. "The effects of age and ethnicity on physical injury from rape". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 35(2):199-207, 2006;
60. Sommers M.S., Fisher B.S., Karjane H.M. "Using Colposcopy in the rape exam: health care, forensic and criminal justice issues". *J Forensic Nurs.*,1 (1): 28-34; 2005;
61. 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;
62. SVS Soccorso Violenza Sessuale, (a cura di), "Linee Guida assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini" Milano, 2006;
63. Tintinalli J.E., Hoelzer M. "Clinical findings and legal resolution in sexual assault". *Ann Emerg Med.*,14:447-453, 1985;
64. Tjaden P., Thoennes N. "Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women". Findings from the National Violence against Women Survey, NCJ 183781, November 2000;
65. Walker, Lenore E. "The battered woman". Harper and Row, New York, 1979;
66. World Health Organisation, "*Violence: a public health priority*", (document WHO/EHAISPI.POA.2), Geneva, 1996; in http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf;
67. World Health Organisation, "World Report on Violence and health: a summary", Geneva 2002, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf;
68. World Health Organisation, "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.", Geneva, 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf>;
69. World Health Organization, "Violence against Women. The Health Sector Responds. Infographics.", Geneva, 2013;
70. World Health Organization, "Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Clinical and policy guideline. , Geneva, 2013;
71. World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. South African Medical Research Council, "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence". Geneva, 2013.

Allegati

ALLEGATO 1

**Scheda di rilevamento sospetta
violenza di genere**

Data.....Ora.....Luogo.....

A. PARTE GENERALE

A1. Dati Anagrafici

*Cognome..... *Nome.....

*Luogo e data di nascita.....

*Residenza.....Via.....N°...

*Tel.....*Stato civile.....Conviventi.....

Figli conviventi.....di cui minori.....

Medico di medicina generale.....

*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:
- Forze dell’Ordine
- Altra Istituzione:
- Procura

Accompagnata da:

Nome e cognome.....

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

Altro.....

A2. Anamnesi

Anamnesi lavorativa

Titolo di studio.....

Pregresse occupazioni.....

Attuale occupazione

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

.....

Anamnesi fisiologica:

Vaccinazioni: SÌ • NO •

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: SÌ • NO •

quale.....

Centro antiviolenza: SÌ • NO •

quale.....

Psichiatria: SÌ • NO •

quale.....

Tossicodipendenze/SERT: SÌ • NO •

quale.....

Altro: SÌ • NO •

quali.....

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

.....

Anamnesi patologica recente:

.....

Anamnesi ginecologica:

Menarca: SÌ • NO • età:

Climaterio: SÌ • NO • età:

Ciclo: • regolare; • irregolare; • altro

Data ultima mestruazione:.....

Contracezione: SÌ • NO •

Tipo.....

Gravidanze.....Parti.....Interruzioni.....Figli

Attività sessuale: SÌ • NO • età inizio: tipo:.....

Previo consenso della vittima - Data ultimo rapporto volontario:.....

Malattie veneree già note: SÌ • NO •
Terapie
Secrezioni vaginali pregresse (l'evento): SÌ • NO • TipoFrequenza.....
Vaginiti (pregresse l'evento): SÌ • NO • Frequenza: Microbiologia:
.....
Terapia:
Sanguinamenti genito-anali pregressi (l'evento):
Traumi genito-anali o chirurgia genito-ale pregressi (l'evento):

A3. Racconto dell'aggressione/violenza

Resoconto del fatto così come riferito dalla donna:.....
.....
.....

Data.....Ora.....

Luogo dell'evento.....

Tempo intercorso tra la violenza e la visita

Sospetto maltrattante/violentatore Singolo • Gruppo • n.....

Noto • Extrafamiliare
• Intrafamiliare
• Convivente

Ignoto SÌ • NO •

Minacce verbali SÌ • NO •

Minacce con strumenti/armi SÌ • NO •

Furto SÌ • NO •

Ingestione di alcolici o altre sostanze SÌ • NO •

- assunzione di farmaci quali.....
- assunzione di alcolici quali.....
- assunzione di sostanze quali.....

Perdita di coscienza SÌ • NO •

Sequestro in ambiente chiuso SÌ • NO •

per quanto tempo.....

Mezzi di contenzione SÌ • NO •

Se si quali

Spogliata SÌ • NO •

Se SI' • integralmente • parzialmente

Precedenti visite presso altre strutture SÌ • NO • (vedi allegati)

Precedenti aggressioni SÌ • NO •

Maltrattamento fisico SÌ • NO •

Se SI' quando:.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio:.....

modalità

precedenti visite presso altre strutture SÌ • NO • (vedi allegati)

Violenza sessuale SÌ • NO •

Se SI' quando:.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio:.....

modalità

precedenti visite presso altre strutture SÌ • NO • (vedi allegati)

Maltrattamento e violenza sessuale SÌ • NO •

Se SI' quando:.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio:

modalità

precedenti visite presso altre strutture SÌ • NO • (vedi allegati)

Nota: riportare sempre qualsiasi altro elemento raccontato dalla vittima.

Atteggiamento 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 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

Peso: _____ Altezza: _____ 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 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 sottostante e allegando foto. Indicare inoltre l'eventuale presenza di apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti, specificando le sedi.

Lesioni:

Eritema SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

Ecchimosi SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

Abrasioni/Escoriazioni SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

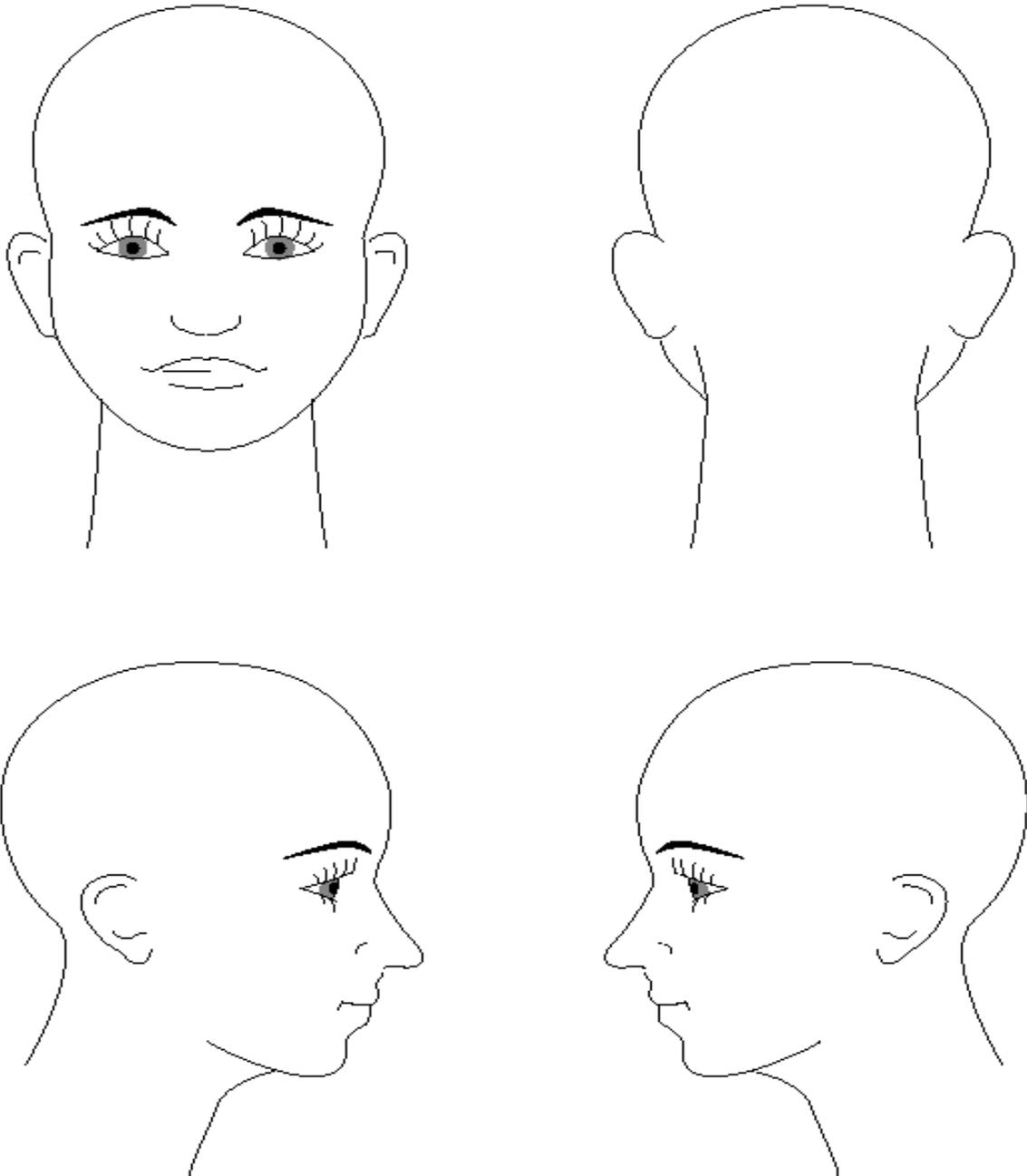
Ematomi SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

Ferite lacero-contuse SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

Soluzione di continuo SÌ • NO •
 Sede.....
 Forma.....
 Dimensione.....
 Colore.....
 Foto SÌ • NO •

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

Figura 2. Schema capo e collo



Spazio per note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

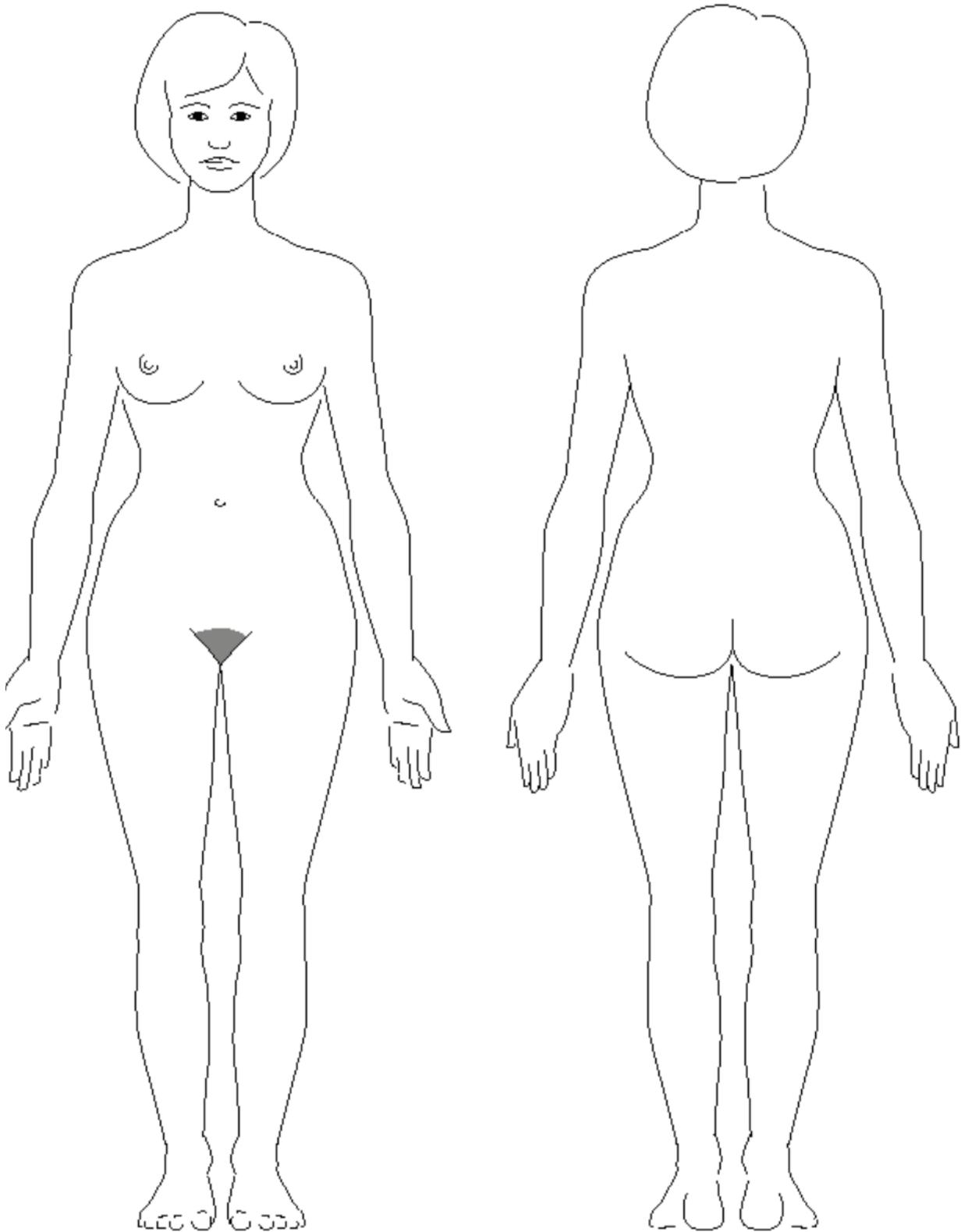


Figura 3. Schema corporeo

Spazio per note

.....

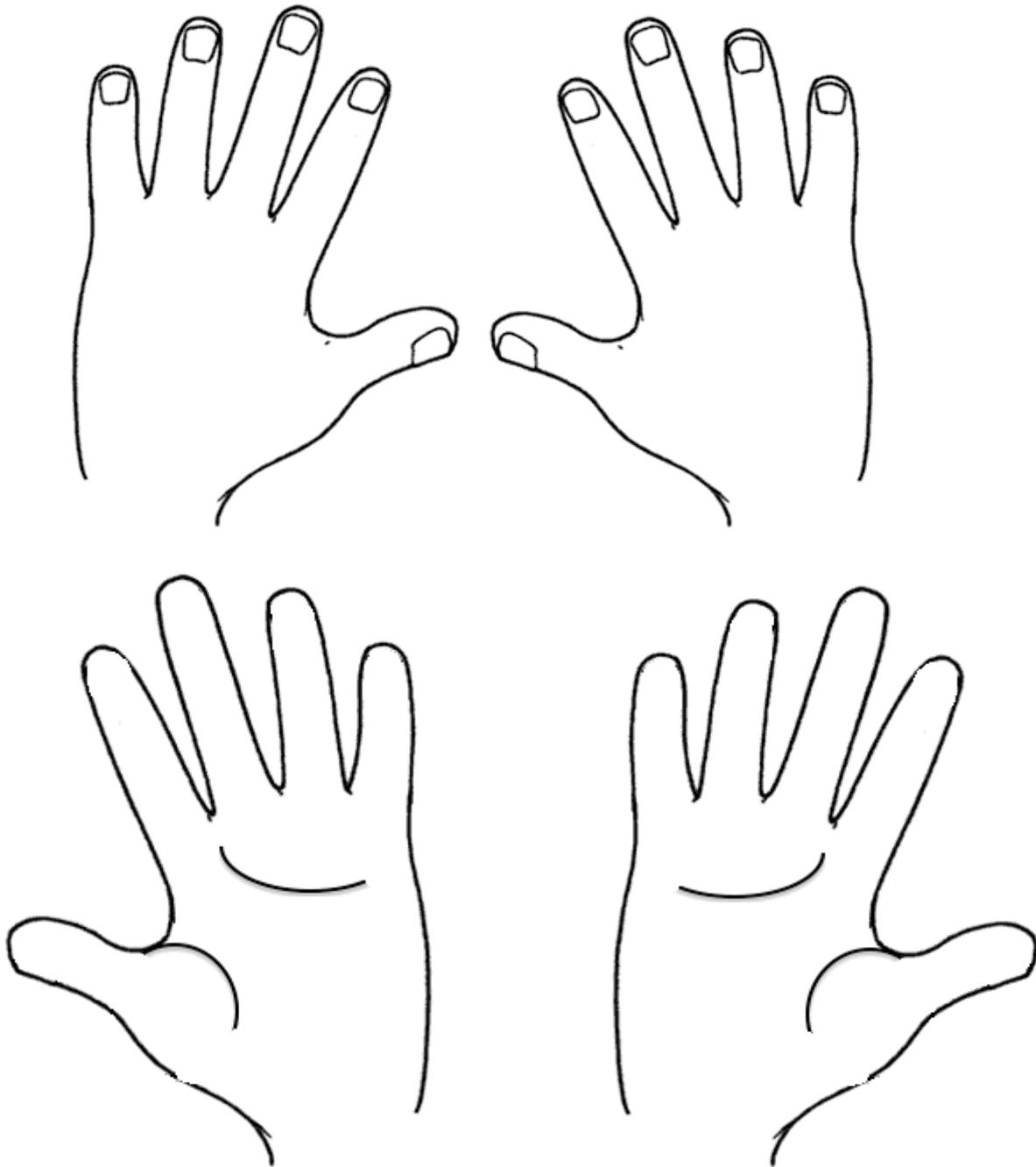
.....

.....

.....

.....

Figura 4. Schema mani e polsi



Spazio per note

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Consulenze specialistiche:.....

Referti clinici allegati:

SÌ • Se sì quali.....

NO •

Accertamenti strumentali:.....

Accertamenti di laboratorio:.....

Ricovero/Dimissione e motivazioni:.....

Annotazioni medico legali:.....

FIRME:

Medico di Pronto Soccorso

Medico legale:

Infermiere :

Scheda di rilevamento sospetta violenza di genere

B. PARTE SPECIALE PER SOSPETTO MALTRATTAMENTO FISICO

B1. Kit per sospetto maltrattamento fisico (cfr. ALLEGATO 3)

Per comodità dell'operatore che, in questa fase, deve utilizzare il KIT, viene proposto quanto contenuto nell'ALLEGATO 3, da utilizzare in caso di verosimile imbrattamento con liquidi biologici dell'aggressore.

- lente di ingrandimento;
- lampada scialitica;
- guanti monouso;
- vetrini smerigliati per eventuali prelievi da sedi cutanee. Scrivervi sopra la sede di prelievo;
- matita;
- citofix;
- 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;
- frigorifero per conservazione adeguata di tamponi e campioni prima della consegna ai laboratori nel più breve tempo possibile;
- lampada di Wood (utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo, su cute, mucose ed indumenti);
- macchina fotografica digitale;
- videoregistratore.

B2. Esami di laboratorio

Prelievo del sangue (in caso di lesione con perdita di sostanza e di sangue, in accordo con infettivologo) per:

- Markers Epatite B e C SÌ • NO •
- Diagnostica HIV SÌ • NO •

Da ripetere a distanza di almeno 4 settimane.
Per il prelievo HIV richiedere il consenso.

Per l'esecuzione degli esami riportati di seguito procedere utilizzando il KIT proposto per sospetto maltrattamento (cfr. ALLEGATO 3).

Prelievo delle urine per eventuali test tossicologici: SÌ • NO •

Prelievo ematico per eventuali test tossicologici: SÌ • NO •

Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA: SÌ • NO •

Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA: SÌ • NO •

B3. Eventuale profilassi

antitetanica: SÌ • NO •

antiepatite B: SÌ • NO •

B4. Referti clinici allegati

SÌ • Quali.....

NO •

B5. Documentazione Fotografica (cfr. ALLEGATO 4)

SÌ • N. foto

NO •

B6. Informativa all'Autorità Giudiziaria

Referto SÌ • NO •

Denuncia SÌ • NO •

Specificare.....

Procura Ordinaria SÌ • NO •

Forze dell'Ordine SÌ • NO •

B7. Reperti (cfr. ALLEGATO 5)

SÌ • NO • n. reperti complessivi

Note

FIRME

Medico di PS:

Medico legale:

Infettivologo.....

Infermiere.....

Scheda di rilevamento sospetta violenza di genere

C. PARTE SPECIALE PER SOSPETTA VIOLENZA SESSUALE

C 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			

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

- uso di preservativo SÌ • NO •
- pulizia delle zone lesionate o penetrate SÌ • NO •
- cambio degli slip SÌ • NO •
- cambio altri indumenti SÌ • NO •
- se sì, quali.....

- minzione SÌ • NO •
- evacuazione SÌ • NO •
- pulizia del cavo orale SÌ • NO •
- vomito SÌ • NO •
- assunzione di farmaci SÌ • NO •
- se sì, quali.....
- assunzione di alcolici SÌ • NO •
- assunzione di sostanze SÌ • NO •
- se sì, quali.....
- (previo consenso della donna)

Rapporti sessuali consenzienti

prima dell'aggressione: SÌ • NO •
 se sì, quando (data e ora)

dopo l'aggressione: SÌ • NO •
 se sì, quando (data e ora)

dato non riferito •

C2. Esame dell'area ano-genitale

Data ultima mestruazione

Contracezione attuale SÌ • NO •

Sintomi e segni – porre particolare attenzione a
 dolore (sede e caratteri).....
 sanguinamenti (sede, caratteri, durata).....
 secrezioni vaginali (caratteri e durata).....

Esame Anale

Fotografie SÌ • NO •
 Ripresa video SÌ • NO •
 Colposcopio SÌ • NO •
 Posizione adottata durante la visita: • ginecologica; • prona;
 Imbrattamento fecale SÌ • NO •
 Glutei

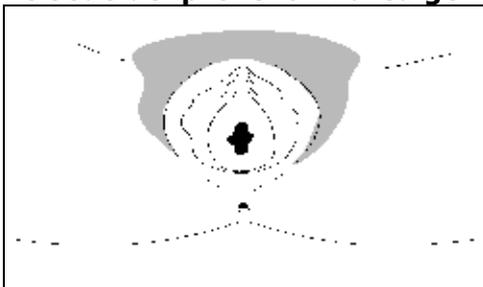
Osservazione ano mediante: separazione • trazione •
 Secrezioni: SÌ • NO • (specificare i caratteri)
 Sanguinamento dell'orifizio SÌ • NO •
 Feci in ampolla SÌ • NO •
 Corpi estranei SÌ • NO •

Tabella 1. Obiettività

Glutei:	
Orifizio:	
Cute periorifiziale:	

Altro

Figura 5. Indicazione 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.

Tabella 2. Descrizione lesività

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

Esame Genitale:

Colposcopio: SÌ • NO • In caso di uso filtro

Fotografie SÌ • NO •

Ripresa video SÌ • NO •

Posizione adottata durante la visita: • ginecologica • supina • prona

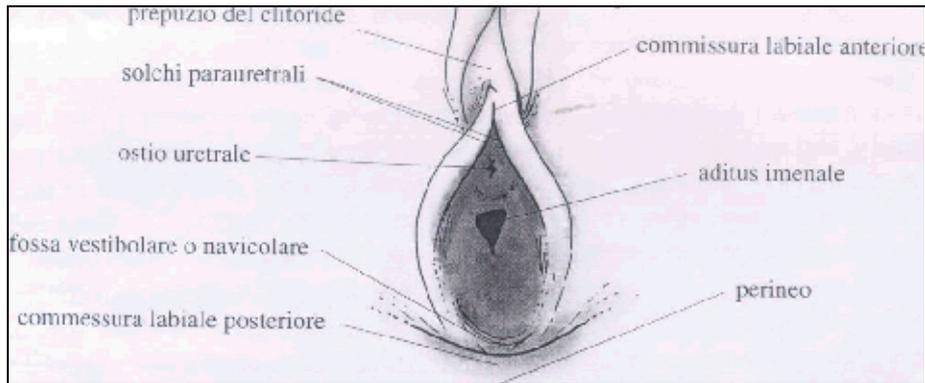
Modalità: separazione trazione

Secrezioni: SÌ • NO • (specificare i caratteri).....

Tabella 3. Descrizione anatomica area genitale

Grandi labbra	
Piccole labbra	
Meato uretrale	
Clitoride	
Imene	
Vagina	
Perineo	

Figura 6. 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.

Tabella 4. Descrizione lesività

	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)										

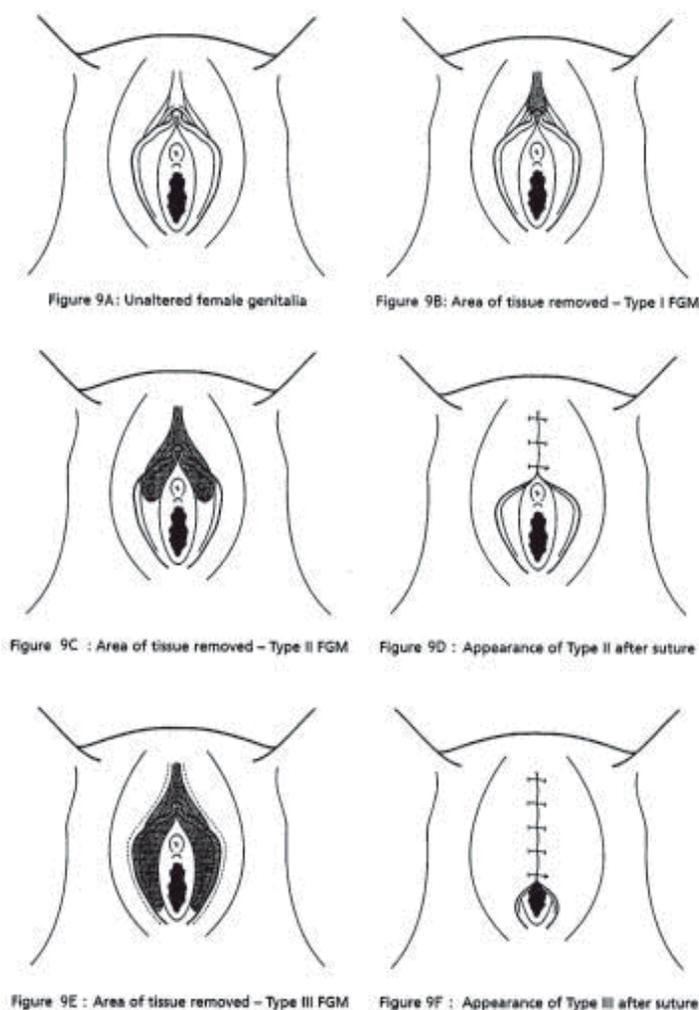
Note:

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 7 . Classificazione secondo WHO (OMS) per le mutilazioni genitali femminili



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 periclitorea; asportazione di tessuto periorifizio 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:

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:
.....

FIRME

Medico di Pronto soccorso:.....

Ginecologo:

Medico legale:

Infermiera/Ostetrica:.....

C 3. Kit per sospetta violenza sessuale(cfr. ALLEGATO 3)

Per comodità dell'operatore che, in questa fase, deve utilizzare il KIT, viene proposto quanto contenuto nell'ALLEGATO 3.

- **duplice telo** in cotone o carta su cui fare spogliare la vittima;
- **lampada scialitica;**
- **lente di ingrandimento con fonte luminosa interna;**
- **colposcopio;**
- **guanti monouso;**
- **vetrini smerigliati** (n. 6) per la ricerca di spermatozoi di cui almeno 3 per i prelievi vaginali (fornici ed endocervice) e gli altri per eventuali prelievi da altre sedi (regione anale, orofaringea, cute). Sui vetrini va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico;
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per la ricerca di spermatozoi);
- **matita;**
- **citofix;**
- **tamponi** con terreno di coltura (N. 3):
 - o **Chlamydia** (prelievo endocervicale)
 - o **Gonococco** (prelievo endocervicale)
 - o **Trichomonas** (prelievo vaginale)
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per ricerca e coltura);
- **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;**
- **lampada di Wood** (utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti; visibili ad occhio nudo su cute, mucose ed indumenti);
- **macchina fotografica digitale;**
- **videoregistratore.**

C 4. Esami di laboratorio

Per l'esecuzione degli esami riportati di seguito procedere utilizzando il kit proposto per sospetto abuso sessuale (cfr. ALLEGATO 3).

Prelievo (in accordo con infettivologo)del sangue per:

- | | | |
|-------------------------|------|------|
| • TPHA-VDRL | SÌ • | NO • |
| • Markers Epatite B e C | SÌ • | NO • |
| • Diagnostica HIV | SÌ • | NO • |

Per il prelievo HIV richiedere il consenso

Programmato controllo a distanza(almeno 4 settimane)

TPHA-VDRL	SÌ •	NO •
Markers Epatite B e C	SÌ •	NO •
Diagnostica HIV	SÌ •	NO •
Prelievo delle urine per bHCG:	SÌ •	NO •
Programmato controllo a distanza(almeno 4 settimane)	SÌ •	NO •
Prelievo delle urine per eventuali test tossicologici:	SÌ •	NO •
Prelievo ematico per eventuali test tossicologici:	SÌ •	NO •
Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA:	SÌ •	NO •
Vetrini smerigliati per ricerca spermatozoi:	SÌ •	NO •
Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA:	SÌ •	NO •
Tamponi con terreno di coltura:		
○ Chlamydia	SÌ •	NO •
○ Gonococco	SÌ •	NO •
○ Trichomonas	SÌ •	NO •

C 5. Eventuale Profilassi (in accordo con infettivologo)

Profilassi antibiotica

(nel caso non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione):	SÌ •	NO •
(Azitromicina/Tetraciclina + Ceftriaxone + Metronidazolo)		
vaccinazione antiepatite B:	SÌ •	NO •
HIV (se l'aggressore è identificato e ne è affetto):	SÌ •	NO •

C 6. Intercettazione Postcoitale

se sono trascorse meno di 72 ore	SÌ •	NO •
----------------------------------	------	------

C 7. Referti clinici allegati

SÌ • NO • Se sì, quali

C 8. Documentazione Fotografica (cfr. ALLEGATO 4)

SÌ • NO • n. foto complessive

C 9. Informativa all'Autorità Giudiziaria

REFERTO	SÌ •	NO •
DENUNCIA	SÌ •	NO •
Specificare.....		
Procura Ordinaria	SÌ •	NO •
Forze dell'Ordine	SÌ •	NO •

C 10. Reperti(cfr. ALLEGATO 5)

SÌ • NO •

Specificare.....

FIRME

Medico di Pronto Soccorso

Ginecologo.....

Chirurgo:

Medico legale:

Infettivologo:

Infermiere

Ostetrica:.....

ALLEGATO 2

Modulo di informazione e recepimento di consenso

Unità Operativa:

Data:..... Ora:

Medico di Pronto Soccorso

Medico legale:

Ginecologo:

Infermiera/Ostetrica:.....

Io sottoscritta

Nata a(Prov.....) Il

Documento

Dichiaro di essere stata informata in modo esaustivo circa le modalità e le finalità della visita medica e degli accertamenti che mi vengono proposti; di essere stata informata circa l'eventuale esecuzione di prelievi di materiale biologico (repertazione) che potranno essere utilizzati a fini clinici e giudiziari. Sono altresì stata informata che nel corso della visita medica potranno essere eseguite immagini fotografiche e/o videoregistrazioni che potranno essere utilizzate a fini giudiziari.

Sono stata informata che verranno eventualmente trattenuti indumenti o quanto altro si riterrà utile ai fini diagnostici e giudiziari, conservati a mia disposizione per un periodo non inferiore a 18 mesi, o a disposizione dell'autorità giudiziaria nel caso io proceda a sporgere denuncia. Dopo tale periodo l'Azienda Sanitaria provvederà allo smaltimento degli stessi senza ulteriore comunicazione.

Sono stata informata che ad un eventuale rifiuto di sottopormi alle procedure di repertazione, i professionisti si asterranno, ma nel contempo, dovranno segnalarlo nella documentazione sanitaria, ed eventualmente all'Autorità Giudiziaria allorquando la stessa verrà coinvolta, laddove si configuri l'ipotesi di delitto procedibile d'ufficio.

Tale segnalazione dovrà essere riportata anche per eventuale rifiuto di esecuzione e conservazione di materiale fotografico.

Firma _____ Data _____ ora _____

Firma del medico: _____

Firma del medico legale: _____

Firma dell'Infermiere/a o dell'Ostetrico/a: _____

Acconsento che nel corso della visita medica siano effettuati esami/prelievi di materiale biologico che potranno essere utilizzati a fini clinici/giudiziari.

Acconsento **di sottopormi alle procedure di repertazione di tracce biologiche** (indumenti, corpo).

Acconsento che nel corso della visita medica siano eseguite immagini fotografiche e/o videoregistrazioni che potranno essere utilizzati a fini giudiziari.

Acconsento che gli indumenti o quanto altro raccolto sia conservato e rimanga a mia disposizione per un periodo non inferiore a 6 mesi, o a disposizione dell'autorità giudiziaria nel caso io proceda a sporgere denuncia e che dopo tale periodo l'Azienda Sanitaria provvederà allo smaltimento degli stessi senza ulteriore comunicazione .

Accetto che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura presso....., per opportuna documentazione a fini diagnostico-terapeutici e medico legali nel rispetto delle norme sulla privacy.

Accetto che il modulo del consenso da me firmato sia conservato in maniera idonea e riservata.

Pertanto autorizzo i suddetti sanitari ad eseguire, nell'ambito dell'assistenza medica e medico legale che questi mi forniscono:

Repertazione	SÌ •	NO•
Prelievo e conservazione materiali biologici	SÌ •	NO•
Prelievo e conservazione indumenti	SÌ •	NO•
Esecuzione e conservazione di materiale fotografico/ Videoregistrazione	SÌ •	NO•

Firma _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Firma del medico: _____

Firma del medico legale: _____

Firma dell'Infermiere/a o dell'Ostetrico/a: _____

ALLEGATO 3

Composizione del Kit

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;**
- **vetrini** smerigliati per eventuali prelievi da sedi cutanee. Scrivervi sopra la sede di prelievo;
- **matita;**
- **citofix;**
- **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;**
- **lampada di Wood** (utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo, su cute, mucose ed indumenti);
- **macchina fotografica digitale;**
- **videoregistratore.**

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;**
- **vetrini smerigliati** (n. 6) per la ricerca di spermatozoi di cui almeno 3 per i prelievi vaginali (fornici ed endocervice) e gli altri per eventuali prelievi da altre sedi (regione anale, orofaringea, cute). Sui vetrini va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico;
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per la ricerca di spermatozoi);
- **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);
- **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;**
- **lampada di Wood** (utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo su cute, mucose ed indumenti);
- **macchina fotografica digitale;**
- **videoregistratore.**

ALLEGATO 4

Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica e con videoregistratore

La corretta realizzazione di immagini fotografiche (o videoregistrazioni) utili ai fini forensi prevede l'esecuzione a centratura del bianco, la corrispondenza del datario della macchina fotografica (o videoregistratore), l'epoca della visita e la conservazione delle foto in file protetti posti in un computer **NON** in rete. Si rammenta come le foto (o videoregistrazioni) 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.

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

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

Tabella 5. Indumenti fotografati

mutandine	calze	camicia	pantaloni/gonna	Altro
Numero foto: estensione (es. jpg)				

E' necessario identificare ogni fotografia eseguita nella scheda di rilevamento. Per ogni foto occorre poi precisare: sede, eventuale tipo di lesione che si è riprodotta, data ed ora di effettuazione della fotografia. Per una più facile esecuzione si consiglia di eseguire fotografie secondo uno schema progressivo già adottato per altri scopi forensi in senso: destra-sinistra della vittima, dall'arto superiore destro all'arto inferiore destro, in senso orario (per chi osserva). Ciò renderà l'esecuzione standardizzata, permettendo di ovviare ad eventuali dimenticanze.

ALLEGATO 5

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 repertazione delle tracce di materiale biologico (cfr ALLEGATO 3).

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 ed utilizzando la lampada di Wood, utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo su cute e mucose, e su indumenti,.

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, reperto-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.

A - Indumenti

- indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina;
- 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;

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

- 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.

- 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);
- 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. Es:

Tabella 8. Indumenti fotografati

Mutandine	Calze	Camicia	Pantaloni/gonna	Altro.....
Reperto n:				

B - Corpo della donna

- indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina;
- utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cotton-fioc sterili e 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;
- 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-Cutei;
- 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);
- chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto;
- congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. LE 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.

Per eseguire una più facile repertazione si consiglia di predisporre una tabella all'interno della quale inserire la voce delle sedi di esecuzione dei prelievi per la successiva conservazione. A tale scopo può essere di aiuto quanto già predisposto all'interno della scheda di rilevamento e per l'esecuzione del materiale fotografico.

Nota Bene: qualora la donna dopo adeguata informazione sulla necessità e modalità di repertazione nonché di conservazione, **rifiuti in modo manifesto di sottoporsi alle procedure di repertazione di tracce biologiche** (indumenti, corpo) gli operatori devono astenersi nel procedere.

Il rifiuto di sottoporsi alle procedure di repertazione delle tracce biologiche deve essere annotato nella documentazione sanitaria (modulo). Tale rifiuto dovrà essere segnalato nell'informativa all'Autorità Giudiziaria, laddove si configuri l'ipotesi di delitto procedibile d'ufficio.

Tale segnalazione dovrà essere riportata anche per eventuale rifiuto di esecuzione e conservazione di materiale fotografico.

C - Verbale di catena di custodia

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 ed 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 (cfr. modulo di seguito).

Tabella 11. Modello verbale di catena di custodia

Unita' Operativa		Data			
Vittima	Nome		Cognome		
	Indirizzo				
	Telefono				
Ritiro reperti	• si data		Nome:		
	Firma		Qualifica:		
		• di persona		• per posta (raccomandata)	
Materiale Consegnato	Tampone		Traccia		Reperti
	1		1		1
	2		2		2
	3		3		3
	4		4		4
	5		5		5
	6		6		6
	• Da analizzare		• Da custodire		
Campione		Modalità di conservazione		Tempi di conservazione	
Saliva, sangue, tessuti biologici		Congelamento (-20°C)			
Reperti con tracce biologiche		Essiccamento (a temperatura ambiente, in contenitore di carta o cartone)			
Altro					
Trattamento dei campioni		I campioni verranno custoditi per un tempo concordato con l'Autorità Giudiziaria, ovvero per un tempo non inferiore ai 18 mesi.			
FIRMA CONSEGNATARIO			FIRMA PER ACCETTAZIONE		
Chiusura pratica					
Consegnato campione/reperto		Spedito campione/reperto		Eliminazione campione/reperto	
				Firma esecutore	

ALLEGATO 6

Nozioni giuridiche

1. Cenni Generali

L'articolato processo informativo tra il professionista sanitario e l'Autorità Giudiziaria risulta regolato dall'applicazione di diversi articoli del codice penale e del codice di procedura penale. Un evento o fatto successo può essere identificato come reato o delitto solo se possiede determinati requisiti di anti-giuridicità, previsti per legge e dettati dai codici, penale e civile, attraverso procedure amministrativo-tecniche previste dai codici di procedura, penale e civile. Affinchè l'Autorità giudiziaria proceda ad identificarlo ed avvii un procedimento penale o civile, ne deve venire a conoscenza: ciò è possibile attraverso una informazione diretta da parte di chi ritiene di aver subito l'evento (la donna) o attraverso il singolo cittadino che ne è venuto a conoscenza, o attraverso una Istituzione che ne è venuta a conoscenza.

Innanzitutto occorre specificare, in via del tutto generale, come tale informazione fornita all'Autorità Giudiziaria avrà delle caratteristiche tecniche differenti in base a:

1. autore dell'informativa
2. oggetto dell'informativa
3. caratteri e tempi di inoltro dell'informativa

1. Rispetto all'Autore dell'informativa, è possibile prevedere l'Autore come soggetto singolo o Istituzione. L'Autore (singolo o Istituzione) può, nel momento in cui è venuto a conoscenza dell'evento, esercitare una funzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori socio-sanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali).

2. Rispetto all'oggetto dell'informativa, questo può prevedere un fatto di cui l'Autore dell'informativa è venuto semplicemente a conoscenza o un fatto per cui l'Autore dell'informativa ha svolto attività propria e specifica. A seconda della tipologia dell'evento o del fatto (di cui si è venuti a conoscenza o durante il quale si è prestata la propria attività), questo può assumere caratteri di reato o delitto perseguibile di Ufficio (altrimenti a querela della persona offesa).

3. Rispetto ai caratteri propri dell'informativa, questa assume un carattere di obbligatorietà (denuncia) qualora l'Autore (singolo o Istituzione) si trovi ad esercitare una funzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori socio-sanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali) e la tipologia di evento preveda un delitto perseguibile di ufficio. Nello stesso modo assume un carattere di obbligatorietà (referto) qualora l'Autore (singolo) sia un professionista sanitario che abbia prestato la propria attività ad un evento con caratteri di delitto perseguibile di ufficio.

Sulla base di ciò è possibile formulare ulteriori precisazioni in merito alle tipologie di delitto ai sensi del codice penale e di procedura penale:

1. la procedibilità di Ufficio di un delitto (rispetto al delitto procedibile solo dopo querela della persona offesa) caratterizza l'obbligatorietà per l'Autorità Giudiziaria di avviare un procedimento penale (a meno che non ne venga disposta l'archiviazione) nel momento stesso in cui viene raggiunta dalla notizia di reato, indipendentemente dalla volontà della presunta vittima.
2. la perseguibilità a querela, invece, si identifica con la richiesta formale ed esplicita da parte della donna di indagare e di punire penalmente l'eventuale Autore. La querela

deve essere avanzata entro i tre mesi successivi al fatto costituente reato o entro i tre mesi in cui la donna ne sia venuta a conoscenza (per la violenza sessuale i mesi di tempo per poter sporgere querela diventano sei). I procedimenti per reati perseguibili a querela possono concludersi con la remissione della querela su richiesta della parte lesa mentre i reati perseguibili d'ufficio generano procedimenti penali che esulano dalla successiva volontà della parte lesa. Allorquando durante il procedimento penale per un reato perseguibile a querela si evidenzino fatti per cui il reato stesso viene modificato in procedibile d'ufficio, l'eventuale remissione della querela non produrrà la conclusione del procedimento, ma questo procederà a prescindere dalla successiva volontà della donna.

Ancora è possibile formulare ulteriori precisazioni in merito alle tipologie di figure giuridiche in cui i professionisti sanitari possono identificarsi durante l'esercizio delle proprie attività, ai sensi del codice penale (vedi pubblico ufficiale, operatore incaricato di pubblico servizio, ed esercente un servizio di pubblica utilità).

- a) Si definisce Pubblico Ufficiale colui che esercita, permanentemente o temporaneamente, una pubblica funzione nell'ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinato da norme di diritto pubblico (art. 357 c.p.). E' pubblica la funzione amministrativa disciplinata dalle norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e certificativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione di volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi e certificativi.
- b) Si definisce Operatore Incaricato di Pubblico Servizio colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.
- c) Si definisce Esercente un Servizio di Pubblica Necessità il privato che esercita professione forense o sanitaria, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato ad avvalersi; il privato che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempie un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica Amministrazione.

Rispetto a quanto sopra specificato è possibile sintetizzare quanto segue:

I professionisti che nell'esercizio o a causa della propria attività professionale sanitaria, vengano a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio hanno l'obbligo della denuncia/referto.

Tale obbligo è in capo a ciascun professionista sanitario, benché il denuncia/referto possa essere unico e condiviso da tutti i prestatori di opera ed assistenza con firma unica che ne attesti la validità e la realtà certificativa.

Deve essere chiaro che il professionista sanitario con la denuncia/referto segnala l'esistenza di un "*sospetto sufficientemente fondato*" che sia stato commesso un reato perseguibile d'ufficio. Non spetta ovviamente al professionista sanitario verificare la sussistenza in concreto del reato procedibile d'ufficio poichè tale accertamento è attività propria dell'Autorità Giudiziaria.

Il codice penale, ai sensi degli artt. 361 e 362, stabilisce che il sanitario che presti servizio in qualità di Pubblico Ufficiale (art. 361 c.p.) o di Incarico di Pubblico Servizio (art. 362 c.p.) - come i medici, gli infermieri, le ostetriche dipendenti o convenzionati col S.S.N. che rivestano anche temporaneamente le diverse qualifiche - che, nell'esercizio o a causa delle proprie funzioni vengano a conoscenza di casi che possano presentare i caratteri di un reato procedibile d'ufficio, devono fare denuncia all'Autorità giudiziaria nei tempi e modi previsti ai sensi degli artt. 331 e 332 c.p.p., anche nei casi in cui l'Autore sia ignoto.

Il codice penale ai sensi dell'art 365 stabilisce che il professionista sanitario – medico, infermiere, ostetrica ecc - che, nell'esercizio della propria attività o durante la prestazione della propria assistenza od opera, indifferentemente espletata nei confronti di vivente, sotto forma di una qualsiasi attività di diagnosi o di cura, od anche nei confronti di cadavere, quindi anche senza finalità terapeutiche, indifferentemente se richiesta o spontanea, remunerata o gratuita, continuativa (prestazione) o occasionale (opera), venga a conoscenza di casi che possano presentare i caratteri di un reato procedibile d'ufficio, deve fare referto all'Autorità giudiziaria nei tempi e modi previsti. Poiché la possibilità è qualche cosa di meno della probabilità, l'obbligo del referto sussiste anche se sia improbabile che si tratti di un delitto. Il giudizio sulla possibilità, però, non va fatto in astratto, ma in concreto, tenendo conto di tutte le modalità e circostanze del caso singolo.

2. Informativa: referto vs denuncia

Mentre il referto ha il fine proprio di prevenire e contrastare la criminalità, la denuncia si propone un fine preventivo e clinico-statistico.

Mentre il referto è estremamente preciso e dettagliato, fornisce un giudizio diagnostico ed uno prognostico delle lesioni, nonché un'analisi approfondita sulla natura, sulla causa e sulle conseguenze delle stesse, la denuncia reca informazioni circa gli elementi del fatto, con indicazioni che riguardano la fonte della notizia e la data di acquisizione della stessa e gli eventuali dati riguardanti la persona autrice del fatto e la persona offesa, ma non reca dati di natura biologica.

Mentre il referto contiene dati di un fatto ancorché possibile ma non certo, gli effetti biologici devono essere realmente apprezzabili con conseguente giudizio tecnico circa diagnosi e prognosi, premesse indispensabili per poter appurare il rapporto di causalità. Infatti la raccolta dei dati clinici deve essere sempre eseguita con estrema meticolosità, in quanto proprio l'accurata descrizione delle lesioni e l'evoluzione delle stesse potrà fornire adeguate informazioni in relazione al nesso causale. Ciò indurrà il professionista, sulla base delle proprie conoscenze e della propria personale discrezionalità, a vagliare la possibilità di redigere o non redigere il referto. Altresì nella denuncia vengono riportati elementi rispetto ad un evento che al professionista risulti effettivamente già consumato, a prescindere dalla obiettività delle lesioni.

Mentre il referto deve essere comunicato entro 24/48 ore (ai sensi dell'art. 334 cpp) o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui si è prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino, la denuncia deve essere presentata "senza ritardo" rispetto al momento in cui è stata acquisita la notizia di reato da parte del pubblico ufficiale ovvero dell'incaricato di un pubblico servizio. In pratica, si tratta di un termine piuttosto elastico, che, tendenzialmente, coincide con un lasso di tempo tale da non compromettere la funzione tipica e caratterizzante del magistrato, e cioè l'assunzione della direzione delle indagini. Infatti, se la denuncia venisse presentata dopo molto tempo dall'acquisizione della notizia criminis, il magistrato, pur assumendo la direzione delle indagini, potrebbe trovarsi nella condizione di non poter svolgerle utilmente (ad es. nel tempo intercorso tra la conoscenza di un fatto di reato e la sua denuncia, le fonti di prova potrebbero modificarsi, alterarsi ovvero disperdersi).

Mentre il referto ha l'esimente di redazione nel momento in cui il professionista possa esporre la persona assistita a procedimento penale (comma 2 art 365 c.p.), o in ragione della necessità del professionista di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore (art 384 c.p.), nella denuncia non sussiste tale esimente.

Sia per l'omessa denuncia che per l'omesso referto (anche se presentato in ritardo) sono individuati delitti perseguibili d'ufficio, annoverati fra quelli più gravi in cui lo Stato è il soggetto danneggiato e vi è pertanto un interesse pubblico a perseguirli. Tale omissione configura quindi un'evenienza di rilevanza penale particolarmente grave per il professionista e pubblico dipendente, in quanto ostacolo allo svolgimento dell'attività giudiziaria e crea il pericolo della non perseguibilità di un autore di reato.

3. 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, 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 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 e la tabella "Criteri di procedibilità per i reati sessuali") 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

Alcuni approfondimenti meritano i casi di maltrattamenti in famiglia. Può accadere che la donna che abbia subito lesioni all'interno delle mura domestiche, richieda espressamente al medico curante di certificare che la lesione patita sia dovuta a cause accidentali. Tale comportamento trae origine dalla paura, in capo al soggetto/paziente, delle conseguenze ulteriori che potrebbero scaturire qualora l'Autorità Giudiziaria venisse a conoscenza del fatto o, ancora, dalla reazione, ancor più violenta, che potrebbe avere l'aggressore, sapendo che il fatto è stato denunciato. In tutti questi casi il sanitario, per quanto concerne i maltrattamenti in famiglia su donne maggiorenni, che si configurano allorché la condotta violenta od omissiva sia ripetuta nel tempo, deve redigere sempre il referto. Se l'episodio invece è singolo ovvero la persona assistita riferisce che è la prima volta che si verifica un fatto del genere, non vi sono elementi tali da indurre il medico a ritenere il contrario, non sono state usate armi, non sono state adoperate sevizie e la prognosi clinica non supera i 20 giorni, non va emesso referto in quanto si configura l'ipotesi prevista dal secondo comma dell'articolo 582 del codice penale: lesione personale perseguibile a querela di parte.

4. Articoli di Legge

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

Art 328 c.p. Rifiuto di atti d'ufficio: «Il Pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragione di giustizia o di sicurezza pubblica, o di un ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione dai sei mesi a due anni. ...». (per il cittadino comune che omette di soccorrere altri si tratta di omissione di soccorso, per l'operatore sanitario pubblico di rifiuto-omissione di atti d'ufficio).

Art. 357 c.p. Nozione del pubblico ufficiale: «Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi».

Art. 358 c.p. Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio: «Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale».

Art. 359 c.p. Persone esercenti un servizio di pubblica necessità: «Agli effetti della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità: 1. i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi; 2. i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione».

Art. 361 c.p. Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale: «Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni è punito con la multa... La pena è della reclusione... se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa».

Art. 362 c.p. Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio: «L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa... Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico».

Art 365 c.p. Omissione di referto: «Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferire, all'autorità indicata all'art. 361, è punito con la multa... Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale».

Art. 572 c.p. Maltrattamenti contro familiari e conviventi: «Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave (c.p. 583), 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»

Art. 582 c.p. Lesione personale: «Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito ...Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa».

Art. 583 c.p. Circostanze aggravanti «La lesione personale è grave e si applica la reclusione ...1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima ...se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso» (queste sono le c.d. "aggravanti biologiche").

Art. 583-bis c.p. Partiche di mutilazione degli organi genitali femminili: «Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo. Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità. La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro. La condanna ovvero l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale per il reato di cui al presente articolo comporta, qualora il fatto sia commesso dal genitore o dal tutore, rispettivamente: 1) la decadenza dall'esercizio della responsabilità genitoriale; 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno. Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia».

Art. 583-ter c.p. Pena accessoria: «La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri».

Art. 585 c.p. Circostanze aggravanti: «...Agli effetti della legge penale, per «armi» si intendono: 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona; 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo (42 T.U. di P.S.). Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti e accecanti». Quindi per armi si devono intendere quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona e tutti gli strumenti atti a offendere, di cui la legge vieta il porto in modo assoluto, cioè senza giustificato motivo. Si possono individuare armi proprie (armi da sparo; armi bianche: es.

sciabole, pugnali, stilette, baionette; strumenti lesivi: per es. mazze ferrate, sfollagente, noccoliere, bastoni ferrati) e armi improprie (oggetti non creati per l'offesa della persona, ma usati a tale fine: per es. bastoni con puntale acuminato, coltelli, mazze, tubi, catene, fionde, bulloni, sfere metalliche, ecc...).

Art. 605 c.p. Sequestro di persona: «Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso: (1) in danno di un ascendente, di un discendente o del coniuge; (2) da un pubblico ufficiale con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni. Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni. Se il colpevole cagiona la morte del minore sequestrato si applica la pena dell'ergastolo»

Art. 609-bis c.p. Violenza sessuale: «Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi».

Art. 609-ter c.p. Circostanze aggravanti: «La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi: 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici; 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesive della salute della persona offesa; 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore; 5 bis) all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa. 5-ter) nei confronti di donna in stato di gravidanza; 5-quater) nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona e' o e' stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza. 5-quinquies) se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolare l'attività; 5-sexies) se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave. La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci».

Art. 609-septies c.p. Querela di parte: «I delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La querela proposta è irrevocabile. Si procede tuttavia d'ufficio: 1) se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto; 2) se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza; 3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; 4) se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio; 5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma».

Art. 609-octies c.p. Violenza sessuale di gruppo: «La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609-ter. La pena è diminuita per il partecipante la cui opera

abbia avuto minima importanza nella preparazione o nella esecuzione del reato. La pena è altresì diminuita per chi sia stato determinato a commettere il reato quando concorrono le condizioni stabilite dai numeri 3) e 4) del primo comma e dal terzo comma dell'articolo 112».

Art. 609-nonies c.p. Pene accessorie ed altri effetti penali: «La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies e 609-undecies comporta: 1) la perdita della responsabilità genitoriale, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo o circostanza aggravante del reato; 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno; 3) la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa; 4) l'interdizione temporanea dai pubblici uffici; l'interdizione dai pubblici uffici per la durata di anni cinque in seguito alla condanna alla reclusione da tre a cinque anni, ferma restando, comunque, l'applicazione dell'articolo 29, primo comma, quanto all'interdizione perpetua; 5) la sospensione dall'esercizio di una professione o di un'arte. La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-octies e 609-undecies, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609-quater e 609-quinquies, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori. La condanna per i delitti previsti dall'articolo 600-bis, secondo comma, dall'articolo 609-bis, nelle ipotesi aggravate di cui all'articolo 609-ter, dagli articoli 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, nelle ipotesi aggravate di cui al terzo comma del medesimo articolo, comporta, dopo l'esecuzione della pena e per una durata minima di un anno, l'applicazione delle seguenti misure di sicurezza personali: 1) l'eventuale imposizione di restrizione dei movimenti e della libera circolazione, nonché il divieto di avvicinarsi a luoghi frequentati abitualmente da minori; 2) il divieto di svolgere lavori che prevedano un contatto abituale con minori; 3) l'obbligo di tenere informati gli organi di polizia sulla propria residenza e sugli eventuali spostamenti. Chiunque viola le disposizioni previste dal terzo comma è soggetto alla pena della reclusione fino a tre anni».

Art. 612 bis c.p. Atti persecutori : «Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita.

La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge, anche separato o divorziato, o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva alla persona offesa ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con armi o da persona travisata.

Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La remissione della querela può essere soltanto processuale. La querela è comunque irrevocabile se il fatto è stato commesso mediante minacce reiterate nei modi di cui all'articolo 612, secondo comma. Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio ».

Art. 331 c.p.p. Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio: «..I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono fare denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto...».

Art. 332 c.p.p. Contenuto della denuncia: «La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti ».

Di seguito, inoltre, vengono riportati ulteriori articoli di legge, direttive e dichiarazioni che hanno attinenza specifica con quanto trattato:

LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 Art. 790. In attuazione dei principi di cui alla direttiva 29/2012/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, in attuazione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, ratificata ai sensi della legge 27 giugno 2013, n. 77, nonché in attuazione del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, e' istituito, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza», con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking). All'istituzione del Percorso di tutela delle vittime di violenza si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste a legislazione vigente.

Art. 791. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri della giustizia, della salute e dell'interno, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle esperienze già operative a livello locale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite a livello nazionale le linee guida volte a rendere operativo il Percorso di tutela delle vittime di violenza, di cui al comma 790, anche in raccordo con le previsioni del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119. L'attuazione delle linee guida avviene attraverso l'istituzione di gruppi multidisciplinari finalizzati a fornire assistenza giudiziaria, sanitaria e sociale, riguardo ad ogni possibile aspetto legato all'emersione e al tempestivo riconoscimento della violenza e a ogni tipo di abuso commesso ai danni dei soggetti di cui al comma 790, garantendo contestualmente la rapida attivazione del citato Percorso di tutela delle vittime di violenza, nel caso in cui la vittima intenda procedere a denuncia, e la presa in carico, da parte dei servizi di assistenza, in collaborazione con i centri antiviolenza. La partecipazione ai gruppi multidisciplinari di cui al secondo periodo non comporta l'erogazione di indennità, gettoni, rimborsi di spese o altri emolumenti."

Art. 14, comma 6, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 che inserisce il comma 1-ter dopo il comma 1-bis dell'articolo 30 (Passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse) del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165. "1-ter. La dipendente vittima di violenza di genere inserita in specifici percorsi di protezione, debitamente certificati dai servizi sociali del comune di residenza, può presentare domanda di trasferimento ad altra amministrazione pubblica ubicata in un comune diverso da quello di residenza, previa comunicazione all'amministrazione di appartenenza. Entro quindici giorni dalla suddetta comunicazione l'amministrazione di appartenenza dispone il trasferimento presso l'amministrazione indicata dalla dipendente, ove vi siano posti vacanti corrispondenti alla sua qualifica professionale.

Art.1, comma 16, della Legge 13 luglio 2015, n. 107 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti". "16. Il piano triennale dell'offerta formativa assicura l'attuazione dei principi di pari opportunità promuovendo nelle scuole di ogni ordine e grado l'educazione alla parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni, al fine di informare e di sensibilizzare gli studenti, i docenti e i genitori sulle tematiche indicate dall'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge

15 ottobre 2013, n. 119, nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 5-bis, comma 1, primo periodo, del predetto decreto-legge n. 93 del 2013.

Art. 24 "Congedo per le donne vittime di violenza di genere" del D.lgs 15 giugno 2015, n. 80. Congedo per le donne vittime di violenza di genere 1. La dipendente di datore di lavoro pubblico o privato, con esclusione del lavoro domestico, inserita nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, debitamente certificati dai servizi sociali del comune di residenza o dai centri antiviolenza o dalle case rifugio di cui all'articolo 5-bis decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, ha il diritto di astenersi dal lavoro per motivi connessi al suddetto percorso di protezione per un periodo massimo di tre mesi. 2. Le lavoratrici titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, debitamente certificati dai servizi sociali del Comune di residenza o dai Centri antiviolenza o dalle Case rifugio di cui all'articolo 5-bis, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, hanno diritto alla sospensione del rapporto contrattuale per motivi connessi allo svolgimento del percorso di protezione, per il periodo corrispondente all'astensione, la cui durata non può essere superiore a tre mesi. 3. Ai fini dell'esercizio del diritto di cui al presente articolo, la lavoratrice, salvo casi di oggettiva impossibilità, è tenuta a preavvisare il datore di lavoro o il committente con un termine di preavviso non inferiore a sette giorni, con l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di congedo e a produrre la certificazione di cui ai commi 1 e 2. 4. Durante il periodo di congedo, la lavoratrice ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento, e il periodo medesimo è coperto da contribuzione figurativa. L'Indennità è corrisposta dal datore di lavoro secondo le modalità previste per la corresponsione dei trattamenti economici di maternità. I datori di lavoro privati, nella denuncia contributiva, detraggono l'importo dell'indennità dall'ammontare dei contributi previdenziali dovuti all'ente previdenziale competente. Per i dipendenti dei predetti datori di lavoro privati, compresi quelli per i quali non è prevista l'assicurazione per le prestazioni di maternità, l'indennità di cui al presente comma è corrisposta con le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33. Tale periodo è computato ai fini dell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, nonché ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto. 5. Il congedo di cui al comma 1 può essere usufruito su base oraria o giornaliera nell'arco temporale di tre anni secondo quanto previsto da successivi accordi collettivi nazionali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. In caso di mancata regolamentazione, da parte della contrattazione collettiva, delle modalità di fruizione del congedo, la dipendente può scegliere tra la fruizione giornaliera e quella oraria. La fruizione su base oraria è consentita in misura pari alla metà dell'orario medio giornaliero del periodo di paga quadri settimanale o mensile immediatamente precedente a quello nel corso del quale ha inizio il congedo. 6. La lavoratrice di cui al comma 1 ha diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale, verticale od orizzontale, ove disponibili in organico. Il rapporto di lavoro a tempo parziale deve essere nuovamente trasformato, a richiesta della lavoratrice, in rapporto di lavoro a tempo pieno. 7. Restano in ogni caso salve disposizioni più favorevoli previste dalla contrattazione collettiva.

Legge 15 ottobre 2013, n. 119, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, 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. (GU n. 242 del 15-10-2013).

Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.152 del primo luglio 2013.

Articolo 1 - Obiettivi della Convenzione

1 La presente Convenzione ha l'obiettivo di a proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; b

contribuire ad eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne; c predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica; d promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; e sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica.

2 Allo scopo di garantire un'efficace attuazione delle sue disposizioni da parte delle Parti contraenti, la presente Convenzione istituisce uno specifico meccanismo di controllo.

Articolo 2 - Campo di applicazione della Convenzione

1 La presente Convenzione si applica a tutte le forme di violenza contro le donne, compresa la violenza domestica, che colpisce le donne in modo sproporzionato.

2 Le Parti contraenti sono incoraggiate ad applicare le disposizioni della presente Convenzione a tutte le vittime di violenza domestica. Nell'applicazione delle disposizioni della presente Convenzione, le Parti presteranno particolare attenzione alla protezione delle donne vittime di violenza di genere.

3 La presente Convenzione si applica in tempo di pace e nelle situazioni di conflitto armato.

Articolo 3 - Definizioni

Ai fini della presente Convenzione:

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 condivide 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.

Articolo 15 - Formazione delle figure professionali

1 Le Parti forniscono o rafforzano un'adeguata formazione delle figure professionali che si occupano delle vittime o degli autori di tutti gli atti di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione in materia di prevenzione e individuazione di tale violenza, uguaglianza tra le donne e gli uomini, bisogni e diritti delle vittime, e su come prevenire la vittimizzazione secondaria.

2 Le Parti incoraggiano a inserire nella formazione di cui al paragrafo 1 dei corsi di formazione in materia di cooperazione coordinata interistituzionale, al fine di consentire una gestione globale e adeguata degli orientamenti da seguire nei casi di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione.

Articolo 25 - Supporto alle vittime di violenza sessuale

Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per consentire la creazione di centri di prima assistenza adeguati, facilmente accessibili e in numero sufficiente, per le vittime di stupri e di violenze sessuali, che possano proporre una visita medica e una consulenza medico-legale, un supporto per superare il trauma e dei consigli. ..."

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 in legge dalla L. 23 aprile 2009, n. 38, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2009.

Legge 9 gennaio 2006, n. 7, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".

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 "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.

5. Schema per i criteri di procedibilità per i reati sessuali

Criteri di procedibilità per reati sessuali							
A. Atti sessuali con violenza o minaccia o abuso di autorità <i>(violenza sessuale, art. 609-bis)</i>			Violenza sessuale di gruppo <i>(art. 609-octies)</i>		Atti sessuali al fine di far assistere la vittima <i>(corruzione di minorenni art. 609-quinquies)</i>		
B. Atti sessuali senza violenza o minaccia o abuso di autorità <i>(atti sessuali con minorenni, art. 609-quadri)</i>							
Autore degli atti sessuali o violenza							
	Maggiorenne con differenza di età >di 3 anni	Minorenne con differenza di età <3anni	Ascendente (maggiorenne) Genitore (anche adottivo) Convivente genitore Tutore Relazione di convivenza	Persona cui, per ragione di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia è affidata la vittima	Chiunque, se connessi ad altro delitto perseguibile d'ufficio	Gruppo	Chiunque
età <10 anni	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥10 <13 anni	A. Ufficio B. Querela	A. Ufficio B. Querela	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥13 <14 anni	A. Ufficio B. Querela	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥14 <16 anni	A. Ufficio B. Non reato	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Non reato
età ≥16 <18 anni	A. Ufficio B. Non reato	---	Ufficio	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Non reato
età ≥18 anni	A. Querela	A. Querela	A. Querela	A. Querela	Ufficio	Ufficio	---

(da CCM – Ministero della Salute. (2010) *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*. a cura di Maria Rosa Giolito e del Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, Settembre 2010).

6. 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. E' 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. 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>E' un comportamento, commissivo od omissivo, per il quale l'Ordinamento Giuridico prevede una specifica sanzione penale, essendo tale comportamento considerato antiggiuridico poichè 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>E' 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</p>

	<p>avuto notizia del fatto che costituisce reato (art. 124 c.p.) o entro sei 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 dell'autorità che la riceve), può inoltre essere anche rimessa (cioè ritirata se già presentata) o rinunciata (se non è stata ancora presentata). E' 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 documento arrecato all'ordinamento giuridico.</p>
<p>Querela</p>	<p>E' 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</p>

	<p>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: - 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 a violenza sessuale ed atti persecutori). E' 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 interesse a dimostrare attraverso il processo la sua completa estraneità al reato.</p>
<p>Referto</p>	<p>E' 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. 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. 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>
<p>Obbligo di referto</p>	<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</p>

	all'Amministrazione di Giustizia. L'obbligo non sussiste nel caso in cui il referto esponga la persona assistita a procedimento penale.
Denuncia	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".
Obbligo di denuncia	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 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".
Pubblico Ufficiale	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.
Incaricato di Pubblico Servizio	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).
Esercente un servizio di pubblica necessita'	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.).
Informazione e "consenso" al trattamento sanitario	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.
La tutela della privacy	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. 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. 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". In particolare, nelle fasi di diagnosi e di cura che prevedono il contatto e la collaborazione tra sanitari, per lo più medici, afferenti a

	<p>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 I dati possono essere comunicati, nel rispetto delle disposizioni vigenti, ai soggetti coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (es. Autorità Giudiziaria).</p>
--	--

