

maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

1

Maltrattamento
e abuso sul minore.
Raccomandazioni
per la **valutazione clinica
e medico-legale**

 Regione Emilia-Romagna

La collana è curata dal
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale,
pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari,
Regione Emilia-Romagna

Responsabili della collana
Antonio Brambilla, Massimo Masi

Redazione a cura di
Michela Bragliani

Impaginazione e stampa
Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna
Bologna, settembre 2014

Questo quaderno è consultabile sul portale Saluter
del Servizio sanitario regionale della Regione Emilia-Romagna:
www.saluter.it

e sul sito dei consultori familiari della Regione Emilia-Romagna:
www.consultoriemiliaromagna.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 Sanità e Politiche Sociali

Collana
Maltrattamento e abuso sul minore
I quaderni del professionista

1°
Maltrattamento e abuso sul minore.
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

Alessandra De Palma, medico legale, U.O.C. Medicina legale e Gestione integrata del rischio, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

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

Massimo Masi, pediatra, professore ass. Clinica Pediatrica - Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Naike Sola, medico legale, U.O.C. Medicina legale e Gestione integrata del rischio, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Giovanni Filocamo, U.O.S. Reumatologia Pediatrica, Pediatria a media Intensità di cure, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Milano per la collaborazione alla preparazione iconografica del quaderno

INDICE

1 Introduzione	11
2 Definizione del fenomeno	13
3 Valutazione clinica e medico-legale del minore vittima di sospetto maltrattamento/abuso	15
- I fase Accoglienza	16
- II fase Intervento operativo	17
- III fase Redazione della scheda di rilevamento sospetto maltrattamento/abuso	19
- IV fase Attivazione di un percorso di supporto e di accompagnamento in "uscita"	20
4 Indicazioni operative	21
Bibliografia	22
Allegati	29

ALLEGATI

1. Scheda rilevamento sospetto maltrattamento fisico/abuso sessuale femmina	31
A. Parte generale	31
B. Parte speciale: sospetto maltrattamento fisico	44
C. Parte speciale: sospetto abuso sessuale	46
2. Scheda rilevamento sospetto maltrattamento fisico/abuso sessuale maschio	54
A. Parte generale	54
B. Parte speciale: sospetto maltrattamento fisico	67
C. Parte speciale: sospetto abuso sessuale	69
3. Composizione dei kit	76
a. Kit per sospetto maltrattamento fisico	76
b. Kit per sospetto abuso sessuale	77
4. Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica e videoregistratore	78
5. Repertazione	81
6. Quadro normativo	87
1. Cenni generali	87
2. Informativa: referto vs denuncia	89
3. Reati procedibili d'ufficio	90
4. Cenni sull'obbligo di segnalazione di pregiudizio – sospetto di situazione di abbandono (art.9 l.149/01)	92
5. Articoli di legge	93
6. Schema per i criteri di procedibilità per i reati sessuali	98
7. Glossario	99

Con la delibera di Giunta Regionale n. 1677 del 18 novembre 2013, la Regione Emilia-Romagna ha adottato 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.

Le suddette linee di indirizzo regionali hanno l'obiettivo di favorire:

- la prevenzione, la rilevazione precoce per l'emersione del fenomeno e del suo contrasto
- la protezione e la cura delle vittime o presunte tali
- il consolidamento di azioni (sociali, sanitarie, educative e giuridiche) multidisciplinari e integrate dei e tra i servizi, assicurando il necessario coordinamento per favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale

attraverso prassi appropriate per l'accoglienza delle donne le prime, e l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti le seconde.

Alle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso la Regione Emilia-Romagna, in attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee stesse per la formazione specifica dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, propone, grazie alla collaborazione di professionisti esperti, una collana di quaderni di cui questo è il primo numero.

La collana sarà composta da documenti operativi per un maggiore approfondimento dei diversi momenti di lavoro con bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso.

L'auspicio è che il presente lavoro possa dare un contributo significativo per accompagnare un processo storico-culturale che, a partire dalle linee di indirizzo regionali, assicuri appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità stabili di confronto e raccordo interistituzionale.

Antonio Brambilla
responsabile Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei
servizi sanitari, Regione Emilia-Romagna

Il maltrattamento/abuso sul minore è fenomeno complesso. Richiede tempestività e adeguatezza di intervento, competenze specialistiche e coordinamento fra i servizi e fra le istituzioni; deve sempre essere affrontato in maniera multidisciplinare.

Talora i segni clinici sono significativi ed evidenti, nella maggior parte dei casi sono sfumati e vanno ricercati con precisa e puntuale competenza tecnica.

Una raccolta corretta dei segni e dei dati oggettivi fin dalle prime fasi del sospetto di maltrattamento/abuso rappresenta una tappa fondamentale nel percorso diagnostico/assistenziale ed è condizione necessaria per la gestione appropriata del caso. Si tratta di confermare o ragionevolmente escludere il maltrattamento/abuso, seguendo un percorso che va gestito con rigorosa metodologia per tutelare il minore e non esporlo ad ulteriori rischi in caso di sospetto fondato, per impostare adeguata diagnosi differenziale, per raccogliere gli elementi a sostegno della diagnosi e di eventuale procedimento giudiziario.

Il professionista sanitario del Pronto Soccorso che accoglie il minore vittima di sospetto maltrattamento/abuso, sia che si tratti di racconto da parte del minore o dell'adulto che lo accompagna sia che si tratti di rilievo/osservazione di segni e sintomi sospetti, ha quindi un compito impegnativo. E' comprensibile e ragionevole che si possa trovare o sentire in difficoltà per la sua stessa formazione accademica e professionale, eminentemente orientata alla diagnosi e alla cura.

L'attivazione del medico legale, fin dal primo dubbio/sospetto, rappresenta ausilio indispensabile a garanzia sia del minore che dello stesso professionista/operatore. Per la sua specifica preparazione, il medico legale è il professionista privilegiato per la raccolta dei dati e degli elementi obiettivi secondo criteriologia utile anche ai fini giuridici.

Il presente quaderno affianca le "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso"¹ e intende rappresentare un supporto per il professionista sanitario che interviene fin dalle prime fasi dell'accoglienza e dell'assistenza del minore vittima di sospetto maltrattamento abuso fornendo le indicazioni metodologiche necessarie per una operatività all'altezza della complessità del problema.

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

¹ Adottate con Delibera di Giunta regionale n. 1677/2013

1. Introduzione

Nel 1852, a Parigi, scoppiò il caso "Celestine Doudet", istituttrice francese che, seviziando e maltrattando cinque ragazze inglesi che le erano state affidate, provocò la morte di due di loro. La notizia fece così grande scalpore che l'ambiente scientifico pensò di affidare ad Ambroise Tardieu (1818-1879), francese, anatomo-patologo e docente di Medicina Legale all'Università di Parigi, uno studio su queste ed altre inspiegabili morti infantili.

Tardieu pubblicò, nel 1860, un lavoro scientifico in cui, per la prima volta, cercò di definire un nuovo quadro nosologico, quello del bambino battuto, delineandone le caratteristiche demografiche, sociali, psicopatologiche ma, soprattutto, mediche.

In un lavoro pubblicato nel 1868, "Étude medico-légale des blessures", Tardieu pose una relazione (familiare, educativa, sociale) più o meno diretta tra l'abusante ed il minore abusato. Stabili, infatti, che gli artefici dei maltrattamenti sui minori fossero stati prevalentemente coloro che più di altri ne esercitavano la tutela: su 32 casi studiati il coinvolgimento diretto di uno dei due genitori, o addirittura di entrambi, venne accertato in ben 24 casi.

Accanto a questi dati ne pose altri, sicuramente più drammatici, descrivendo nei dettagli le lesioni via via riscontrate (morsi, tagli, bruciate, ecchimosi) che, differenti tra loro, venivano spesso rilevate nello stesso bambino (molteplicità delle lesioni) e che, associate a "segni di privazioni" (incuria), a fratture e ad emorragie cerebrali di verosimile origine traumatica, diventarono patognomoniche per la definizione di "sindrome del bambino battuto".

A Bologna, nel 1869, Giuseppe Veratti divenne medico del Riformatorio per minorenni discoli "...Fu così che iniziò la sua missione concretizzatasi in un grande istituto, in cui il sistema educativo a famiglia, leverà dalla miseria fisica e morale la maggior parte di quei fanciulli che lui stesso soleva chiamare "figli di nessuno" o "figli della strada"...". (Ravaglia G. 1982). La sua vita divenne quindi un intreccio sempre più stringente tra attività professionale, attività di studio e ricerca e di divulgazione, sino alla creazione dell'innovativo istituto di accoglienza per fanciulli maltrattati e abbandonati.

Per la prima volta la medicina prende coscienza del fenomeno dei maltrattamenti all'infanzia e lo fa quasi delegando la medicina legale a definire i confini fra ciò che è lecito e ciò che è maltrattamento.

Nel 1874, a New York, per la prima volta un ente, quello per la protezione degli animali, salvò una bambina dai maltrattamenti. Fu infatti un'infermiera, Etta Wheeler che, preoccupata per i continui pianti di una bimba di nove anni, vicina di casa, riuscì a penetrare nell'abitazione della piccola trovandola incatenata al letto con ematomi, ferite ed abrasioni su tutto il corpo. Ma non poté fare nulla perché, secondo le leggi USA, i genitori avevano diritto assoluto sui figli e potevano allevarli come meglio credevano. Si rivolse allora alla Società per la protezione degli animali, già fiorente in America. L'ente esaminò il caso e, riconoscendo che rientrava in quelli previsti dal proprio statuto, intervenne: e così la bambina fu salva. In seguito a questo fatto nacque a New York la "New Society for the Reformation of Juvenile Delinquents" che organizzò un rifugio per bambini difficili che, in seguito, accolse anche bambini trascurati e abusati: si trattò della prima Società a occuparsi di prevenzione dell'abuso all'infanzia (Fontana 1973).

Solo nel 1929, nell'ambiente scientifico, si tornò a parlare di abusi e di maltrattamenti all'infanzia ad opera, anche questa volta, di due medici legali (P. Parisot e L. Caussade) ma l'ambiente medico si stava accorgendo dell'esistenza del fenomeno riconoscendolo anche in altri settori specialistici; Ingraham (1939), neurochirurgo americano, pubblicò un lavoro sull'origine traumatica della maggior parte degli ematomi subdurali nei neonati sottoposti a maltrattamenti; Caffey (1946), radiologo, creò una correlazione tra emorragia cerebrale e fratture ossee disperate che i più interpretavano come una fragilità costituzionale dei bambini; Silverman (1953), radiologo, accanto al dato puramente semeiologico (molteplici fratture, cronologicamente differenziate, talvolta mal consolidate) pubblicò un'inchiesta, realizzata mediante un minuzioso interrogatorio delle famiglie, che portò all'ammissione ed al riconoscimento di maltrattamenti sempre taciuti. Wooley ed Evans (1955), pediatri, pubblicarono uno studio sistematico realizzato su minori ospedalizzati per ematoma subdurale

o per fratture: dopo accurate indagini, gli elementi in loro possesso deposero a favore di una grave forma di incuria oppure di una violenza fisica volontaria ed immotivata.

Nel 1962 Kempe, Silverman e coll. pubblicarono un articolo intitolato "The battered child syndrome" in cui si cercò, per la prima volta, di classificare, secondo una serie di dati anamnestici, clinici e radiologici, quegli elementi necessari per poter porre un'accurata diagnosi di "bambino battuto".

L'età del bambino, l'incongruenza delle versioni dichiarate dall'adulto in merito all'accaduto, il riconoscimento di pregresse e mal consolidate fratture del cranio, delle coste o delle ossa lunghe, ematomi intracranici o endoaddominali, sintomi "strani" o quantomeno bizzarri, non ascrivibili a patologie classicamente conosciute, un aspetto trascurato od emaciato, un comportamento eccessivamente passivo ed impaurito, secondo gli autori dovevano sempre indurre il sanitario a prendere in considerazione l'ipotesi di un maltrattamento.

Nel volgere di breve, il concetto di maltrattamento divenne comprensivo non solo di abuso fisico, ma anche di maltrattamento psicologico e di malnutrizione.

Si passò, quindi, dalla definizione clinica della "Battered child syndrome" (Kempe e Silverman, 1962) al concetto di "maltreatment syndrome" (Fontana e coll, 1963). Nel 1964, la dizione "Battered child syndrome" venne definitivamente sostituita con la più completa "Maltreatment syndrome in children" (Fontana, 1964). Successivamente si diffuse la definizione di "abuso all'infanzia", come derivazione dal termine inglese child abuse, che comprende ogni forma di violenza e di maltrattamento rivolto ai minori; spesso, infatti, la violenza che un bambino subisce non è unica ma, contemporaneamente o in tempi successivi, convergono su quel bambino varie forme di violenza.

Nel 1999, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo aver confrontato le definizioni di abuso presenti in 58 nazioni, fece una sintesi degli elementi emersi affermando che: "l'abuso o maltrattamento infantile è costituito da tutte le forme di maltrattamento fisico ed emozionale, abuso sessuale, trattamento negligente o commerciale che si configurano come danno potenziale o attuale della salute del bambino, della sua sopravvivenza, del suo sviluppo o della sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere".

Questa definizione copre un ampio spettro di condotte maltrattanti/abusanti che si possono concretizzare sia in atti commissivi che omissivi compiuti da genitori o da persone preposte alla cura del bambino.

2. Definizione del fenomeno

Il maltrattamento/abuso sui minori è un fenomeno di grande rilievo per i notevoli risvolti di carattere socio-sanitario che ad esso sono correlati.

Ogni evento di natura maltrattante, specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce un trauma psichico/interpersonale che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo (Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005; Courtois e Ford, 2009), provoca una grave privazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante. In ogni caso, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione ("Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento / abuso" Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1677/2013).

La "violenza" sui minori produce, di conseguenza, un rilevante danno al benessere sociale, alle pari opportunità di crescita, all'inserimento sociale, scolastico, comunitario dei bambini, che esita in patologie di natura psico-fisica, ma anche in esclusione sociale.

La molteplicità e le caratteristiche di alcune lesività indicative di maltrattamento/abuso, in linea con la definizione della World Health Organization, necessitano di un approccio multiprofessionale, multidisciplinare e polispecialistico che non può prescindere dalla consulenza medico-legale.

Accertare un maltrattamento/abuso sul minore significa effettuare un intervento che presuppone professionalità disciplinare in ciascun sanitario che, pur con compiti e modalità diverse, vi prenda parte, nonché un alto grado di competenza specifica in materia; presuppone, altresì, un buon livello di coordinamento e collaborazione tra le diverse aree di pertinenza nonché la capacità di operare in un'ottica "allargata" che tenga in considerazione, contemporaneamente, aspetti fisici, psicologici, individuali e relazionali del minore.

Si tenga presente, in proposito, quanto stabilito dal Codice di deontologia medica (maggio, 2014) all'art. 32² che pone in capo a ciascun medico il dovere etico e deontologico di adoperarsi per la tutela dei soggetti fragili, fra cui il minore, quando siano vittima di maltrattamento o abuso.

Occorre, inoltre, che ciascun professionista abbia ben chiari gli obiettivi che sottendono il suo intervento sul minore:

- attuare misure sanitarie nell'ottica di salvaguardare la salute del minore
- garantire al minore l'ascolto e l'accoglienza durante tutta la fase della rilevazione (accanto all'esplorazione dei fatti, indagare e sostenere i sentimenti e le emozioni legate al racconto del maltrattamento/abuso)
- approfondire la reale natura degli avvenimenti
- attuare la raccolta di "evidenze oggettive", in base alle quali, eventualmente, intraprendere il processo di tutela del minore, non solo in termini di protezione ma anche di sostegno psicologico
- realizzare l'intervento anche in funzione di una eventuale denuncia/referto alla Autorità Giudiziaria.

Si ritiene opportuno richiamare qui la classificazione oggi in uso dei diversi tipi di maltrattamento/abuso infantile rinviando, per gli ulteriori approfondimenti, alle "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1677/2013.

² 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.

Il ruolo del professionista sanitario nell'accertamento del maltrattamento/abuso sui minori (sia esso fisico, psicologico, violenza assistita, abuso sessuale, patologia delle cure: incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura -"medical shopping per procura", "chemical abuse", "sindrome di Münchhausen per procura"-) assume una valenza peculiare in relazione a cinque elementi fondamentali:

- rilievo ed identificazione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili
- diagnosi differenziale tra segni e manifestazioni cliniche a etiologia traumatica e/o patologica
- diagnosi differenziale tra lesione traumatica accidentale e non accidentale
- diagnosi differenziale tra lesione patologica naturale ed indotta
- valutazione dell'ipotesi di reato e della perseguibilità di ufficio nell'ambito del caso in esame.

Per una corretta valutazione diagnostica diventa essenziale la figura del medico legale che opera in sinergia con tutti gli altri professionisti.

L'intervento del medico legale, quindi, deve sempre essere contemplato, tempestivo sulle 24 ore, ed integrato con le attività dell'équipe sanitaria multispecialistica³ dedicata al minore vittima di maltrattamento/abuso.

È necessario prevedere per queste situazioni una organizzazione sanitaria secondo il modello "Hub & Spoke" soprattutto per quanto concerne la valutazione della lesione in ordine ad un sospetto di maltrattamento/abuso ovvero in ordine a tipologie di situazioni tecnico cliniche più complesse. Tale approccio organizzativo consentirà di concentrare la casistica in modo da permettere ampia conoscenza ed esperienza sul fenomeno, a vantaggio del minore e dell'operatore chiamato a valutare e ad assistere.

³ Intesa come l'insieme degli specialisti sanitari utili nel caso specifico: ginecologo e/o chirurgo in caso di abuso sessuale, ortopedico e dermatologo in caso di abuso fisico con fratture e lesioni cutanee, NPI, oculista e neuroradiologo in caso di Shaken Baby, ecc.

3. Valutazione clinica e medico-legale del minore vittima di sospetto maltrattamento/abuso

La valutazione clinica e medico-legale di un minore vittima di un sospetto maltrattamento/abuso può avvenire in diversi contesti.

Il sospetto di maltrattamento/abuso può insorgere nel caso di minore:

- condotto a visita sulla base del racconto del minore stesso o di un sospetto avanzato da un adulto segnalante/denunciante, dai Servizi Sociali, dall'Autorità Giudiziaria;

- oggetto di elevata frequenza di accessi al P.S. (da ri-valutare alla luce del sospetto attuale)

- sottoposto a trattamento sanitario (visita, consulenza, indagine strumentale, ecc.) per altro motivo. In caso di minore ricoverato in ambiente ospedaliero, il sospetto può insorgere anche a fronte di lesioni o danni sopravvenuti in maniera improvvisa e inattesa durante il decorso clinico della patologia di base o per il comportamento inadeguato e sospetto da parte degli adulti accidentati rilevato dal personale sanitario, infermieristico e medico.

La possibilità di maltrattamento/abuso deve sempre essere considerata fra le possibili ipotesi etiologiche della manifestazione clinica obiettivata; si auspica, quindi, che ogni professionista sanitario la tenga presente costantemente tra le ipotesi di diagnostica differenziale.

La diagnosi può essere correttamente formulata solo dopo una raccolta anamnestica attenta ed accurata, un'opportuna valutazione del racconto della presunta vittima e/o del denunciante, l'esame del comportamento ed una valutazione psicologica del minore, una visita medica e medico-legale nonché l'esecuzione di rilievi fotografici, di esami di laboratorio e/o strumentali.

La consulenza medico-legale è indispensabile per completare al meglio questo complesso iter che permette di confermare o ragionevolmente escludere il maltrattamento/abuso e di garantire, in caso di procedimento giudiziario, una documentazione utilizzabile in questa sede. Ad oggi, non tutte le Aziende Sanitarie 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, la presenza del medico legale H24, si rende indispensabile garantire la presenza e l'attività medico-legale almeno nella fascia diurna (ore 8-20). Nelle fasce notturne e festive il medico che interviene nell'accoglienza e nell'assistenza del minore dovrà procedere a tutte le fasi dell'accertamento e della diagnosi utilizzando una rigorosa metodologia medico-legale, supportata almeno da consulenza medico-legale "a distanza" (via telefonica, via digitale, via skype, etc.) di cui deve rimanere sempre traccia documentale.

La valutazione clinica e medico-legale del minore vittima di maltrattamento/abuso viene distinta in 4 fasi per migliorare gli interventi dei professionisti:

- accoglienza
- intervento operativo
- redazione della scheda di rilevamento del sospetto maltrattamento/abuso
- attivazione di un percorso di supporto e di accompagnamento in "uscita".

I fase - Accoglienza

All'ingresso in Pronto Soccorso l'infermiere di triage, a fronte di un sospetto/dichiarato maltrattamento/abuso sul minore:

- attribuisce al caso un codice⁴ che possa assicurare un percorso prioritario e riservato e lo inserisce nello specifico percorso adottato dal PS;
- avvisa, in assoluta riservatezza, il medico di guardia;
- colloca il minore in ambiente idoneo;
- evita di effettuare procedure che possano interferire con l'eventuale repertazione di materiale biologico a fini forensi.

Il medico di guardia provvede a valutare il caso con la massima priorità, attiva il medico legale ed eventualmente l'équipe sanitaria multispecialistica, e attiva/notifica il Servizio Sociale.

Tutti i professionisti coinvolti nell'accoglienza devono avere un ascolto empatico ed un atteggiamento non giudicante nei confronti del minore e dell'adulto coinvolti, senza sottovalutare o sovrastimare gli elementi osservati e/o raccolti.

Tutti gli interventi messi in opera nell'ambito dell'accertamento del maltrattamento/abuso devono rispettare il minore e i suoi bisogni.

I professionisti quindi devono:

- garantire la gestione dell'emergenza sanitaria
- assicurare un ambiente idoneo, riservato e tranquillo
- dedicare il tempo adeguato al caso
- ridurre il numero di professionisti, degli spostamenti, delle procedure a quelli strettamente necessari
- è opportuno garantire la presenza di un secondo professionista (medico o non medico) a supporto sia di chi effettua la visita, sia del minore
- in caso di ricovero individuare un unico referente medico per le informazioni alla famiglia, soprattutto se l'assistenza medica è organizzata per turni
- coinvolgere nell'osservazione il personale infermieristico, che più a lungo ha la possibilità di verificare la situazione e che registrerà quanto osservato nella cartella infermieristica in maniera oggettiva. (es. descrivere esattamente la scena così come osservata, senza alcun elemento di interpretazione personale, citare fra virgolette le conversazioni avute con i genitori/accompagnatori e il bambino, etc.)
- rassicurare il bambino sul suo stato di salute fisica
- informare il minore, rivolgendosi direttamente a lui (tale atteggiamento è importante per un migliore rapporto di fiducia), sulle diverse fasi della visita, nel modo più chiaro possibile, affinché possa essere partecipe e consapevole
- non utilizzare forza, coercizione e/o inganno, cercando di ottenere l'adesione del minore alle procedure proposte
- in caso di difficoltà del minore eventualmente riprogrammare la visita
- prevedere eventuali incontri successivi con le modalità più congrue per il minore, in tempi compatibili con le esigenze del caso
- durante la degenza mantenere sotto osservazione il comportamento del genitore, il comportamento del bambino e il rapporto bambino – genitore/accompagnatore che lo assiste.

⁴ vedi ad esempio il Codice Rosso/NAP (acronimo di Non Avere Paura) utilizzato nel "Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori" di Bologna o altra sigla condivisa fra gli operatori, utilizzata per identificare il caso quando ci sia un sospetto di maltrattamento/abuso e non si voglia rendere palese tale sospetto agli accompagnatori e agli astanti.

II fase - Intervento operativo

Il medico di Pronto Soccorso/pediatra ed il medico legale, eseguono i controlli clinici e strumentali e provvedono alla produzione di materiale iconografico seguendo un percorso definito e dettagliato.

Nel caso di sospetta abuso sessuale, i professionisti sanitari, in accordo con l'infettivologo, indicano gli accertamenti e la profilassi delle malattie sessualmente trasmesse.

Propongono, inoltre, alle minori in età fertile la possibilità di assumere l'anticoncezionale post-coitale.

Si raccomanda di effettuare sempre la visita in presenza di un adulto, di cui il minore dimostri di aver fiducia, se non diversamente desiderato dal minore stesso.

Il medico di Pronto Soccorso/pediatra ed il medico legale realizzano:

1. raccolta dati relativi al minore

con particolare attenzione all'inviante (es. auto-presentazione, genitore/tutore/altri, PLS/MMG, PS di altro ospedale, servizi territoriali; scuola; Forze dell'Ordine; altra istituzione; Procura e Tribunale per i Minorenni; Procura Tribunale Ordinario), ed alla motivazione della richiesta (se disponibile, allegare richiesta scritta)

2. rilevazione anamnestica familiare e fisiologica

con particolare attenzione ad abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale, eventuali precedenti accessi al PS o ricoveri ospedalieri che vanno ricercati: immediatamente presso lo stesso PS/ospedale e presso gli altri PS/ospedali limitrofi (tramite i sistemi informatizzati se presenti o in caso contrario tramite contatto telefonico);

3. raccolta del racconto, rispettando i seguenti criteri:

- raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore, separatamente dall'adulto accompagnatore
- raccogliere il racconto dell'adulto accompagnatore in assenza del minore
- non porre domande dirette sul fatto e sui segni obiettivati, né domande suggestive, evitare domande a risposta chiusa
- riportare fedelmente "virgolettate" le parole del minore e dell'adulto.

Registrare accuratamente:

- data, ora e luogo dell'evento
- tempo intercorso tra il sospetto maltrattamento/abuso e la visita
- numero dei soggetti coinvolti ed eventuali notizie sugli stessi
- presenza di testimoni
- minacce ed eventuali lesioni fisiche
- furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze
- perdita di coscienza
- sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo.

NB: se dal racconto del minore o dal racconto dell'adulto che accompagna il minore, emergono elementi che possano far ipotizzare un abuso sessuale, prima di procedere ad esame obiettivo (esame clinico generale) è necessario far spogliare il minore su due teli puliti per la conservazione degli indumenti, e fornirgli di indumenti di ricambio (cfr. ALLEGATO 3)

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

deve comprendere l'obiettività di tutto il corpo e del cavo orale (anche in caso di riferito abuso sessuale) per evidenziare eventuali lesioni recenti e/o pregresse, descrivendo in maniera dettagliata la collocazione topografica e le caratteristiche morfocromatiche delle singole lesioni o esiti di lesioni, prestando attenzione a ricoprire le parti del corpo già valutate mentre si procede nella visita. Preliminarmente è opportuno acquisire informazioni sull'eventuale pulizia e detersione del corpo e/o delle zone lesionate, al fine di ricercare tracce biologiche (lampada di Wood), utili ai successivi accertamenti tecnici laboratoristici di

tipizzazione del DNA (p. es. in caso di morso o di contaminazione cutanea da parte di liquidi biologici dell'aggressore).

Devono essere valutati attentamente:

- parametri auxologici: peso, altezza, stadiazione di Tanner
- condizioni generali: nutrizione, idratazione ed eventuali segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene, assenza di vaccinazioni obbligatorie)
- età: più il bambino è piccolo, meno verosimili risulteranno le giustificazioni date dagli adulti su traumatismi accidentali
- tipologia delle lesioni: eritemi, ecchimosi, ematomi, abrasioni/escoriazioni, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, esiti di lesioni, cicatrici, fratture, fratture pregresse
- morfologia delle lesioni: unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, costrizione, fustigazione, bruciate/ustioni (es. da sigaretta, da immersione forzata) per ascrivibilità al mezzo di produzione
- localizzazione delle lesioni in sedi atipiche per traumi riferiti accidentali: capo e volto, occhio, orecchio e/o zona retroauricolare, naso, bocca, dorso e palmo delle mani, unghie, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi
- localizzazione delle lesioni in caso di riferito abuso sessuale: capo, collo, estremità, fianchi e superficie mediale delle cosce, sedi tipiche in caso di aggressione sessuale
- numerosità delle lesioni: riscontro, spesso occasionale, di lesioni od esiti cicatriziali delle stesse, talora così numerose che la loro descrizione si identifica come "lesività a carta geografica"
- cronologia: riscontro, spesso occasionale, di lesioni in diversa fase evolutiva, esempi ecchimosi ed ematomi a differente evoluzione cromatica, soluzioni di continuo sanguinanti o sotto crosta e cicatrici, fratture e calli ossei
- stato psichico: paura, sentimento d'impotenza e/o 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, "flashback" (analessi), sintomi di ansia, ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, reazioni esagerate di allarme, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro
- grado di collaborazione del minore nel corso della visita

5. accertamenti strumentali, clinico-specialistici e di laboratorio

6. esame clinico dell'area ano-genitale in caso di riferito abuso sessuale

deve comprendere:

- la descrizione di ogni componente strutturale anatomica dell'apparato genitale e delle eventuali alterazioni e/o lesioni osservate
- l'uso del colposcopio al fine di cogliere tutte le varianti morfologiche, le eventuali alterazioni e/o lesioni, soprattutto quelle meno evidenti
- adeguata documentazione fotografica.

In particolare devono essere acquisite informazioni sull'eventuale:

- periodo intercorso tra il sospetto abuso e la visita
- cambio degli indumenti
- pulizia e detersione delle zone interessate
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale
- assunzione di farmaci

e se:

- il minore è stato spogliato integralmente o parzialmente
- c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta
- c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale con oggetti
- è stato usato il preservativo
- è avvenuta eiaculazione
- sono state realizzate manipolazioni
- le predette azioni siano state compiute da una o da più persone.

Previo consenso del minore, devono essere segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima e/o dopo la presunta aggressione (per eventuale successiva tipizzazione corretta del DNA dell'aggressore).

L'esame clinico deve essere completato dalla raccolta di reperti accessori (conservazione degli indumenti, fotografie delle lesioni e degli indumenti) e di eventuali fluidi biologici (attraverso l'esecuzione di tamponi ed allestimento di vetrini smerigliati, utile per la ricerca di tracce ad uso genetico-forense). A questo proposito viene in aiuto il kit ginecologico proposto dall'AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e ormai di pratico uso nelle strutture regionali (cfr. ALLEGATO 3).

Infine il medico legale procede specificamente a produrre la documentazione fotografica, a perfezionare la valutazione etiopatogenetica e circostanziale, a valutare la congruenza tra dinamica dell'evento e stadio evolutivo del minore, nonché a refertare e a conservare tutti gli elementi utili.

Si procede, quindi, alla somministrazione di terapia antibiotica (secondo schema prestabilito, eventualmente con l'intervento dell'infettivologo); nel caso di minore femmina in età fertile, è opportuno proporre l'intercezione post-coitale in unica somministrazione, se sono trascorse meno di 72 ore dal presunto abuso sessuale.

III fase. Redazione della scheda di rilevamento sospetto maltrattamento/abuso

Al fine di documentare al meglio ogni fase operativa realizzata in ambito clinico/sanitario, si propone una specifica scheda dedicata all'evento (cfr. ALLEGATO 1 e 2) nella quale vengano cristallizzati il quadro anamnestico e clinico evidenziati, descritti con accuratezza e in maniera appropriata utilizzando sempre la terminologia corretta anche ai fini forensi.

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; tale scheda sarà parte integrante della documentazione sanitaria di riferimento e dell'eventuale cartella clinica del minore (in caso di ricovero).

La scheda proposta come modello (cfr. ALLEGATO 1 e 2) è da intendersi come suggerimento operativo; eventuali altre schede o documenti già in uso o in fase di elaborazione dovranno rispettare nella loro articolazione le seguenti indicazioni:

1. generalità del minore e dei suoi accompagnatori; data e ora in cui il minore si presenta alla visita; nome dei professionisti coinvolti (medico di Pronto Soccorso/pediatra, medico legale, etc.) e di altre persone presenti (specificandone il rapporto con l'assistito)
2. raccolta del racconto dell'aggressione/evento: circostanze dell'evento, data, ora, luogo, eventuale presenza di testimoni
3. informazione al minore circa tutte le successive fasi della visita (eventuale esecuzione di prelievo di materiali biologici, di tamponi, di fotografie, consegna di indumenti etc.)
4. visita (attraverso protocollo dettagliato) ed utilizzo del Kit indicato (cfr. ALLEGATO 3)
5. indicazione sullo schema corporeo di tutte le lesioni riscontrate, specificandone, in particolare, aspetto, forma, colore, dimensione e sede,
6. indicazione e documentazione fotografica di tutte le lesioni o gli esiti di lesioni obiettivate (cfr. ALLEGATO 4)
7. gestione e archiviazione della scheda clinica e dei reperti (cfr. ALLEGATO 5) da parte del medico legale, in modo da consentire all'Autorità Giudiziaria e/o alla parte lesa di procedere nella determinazione di indagini specifiche (cfr. ALLEGATO 6).

La scheda proposta come modello (cfr. ALLEGATO 1 e 2) è estensibile in ogni sua parte secondo le necessità del caso, ed è compilabile secondo le forme previste dalla struttura sanitaria di appartenenza

IV fase - Attivazione di un percorso di supporto

e di accompagnamento in “uscita”

1. Tutela e presa in carico globale del minore

Questa assicura alla vittima un “contesto di protezione” all’interno del quale devono essere attivati i necessari interventi di sostegno e cura, volti a garantire la protezione fisica e psicologica, sottraendo il minore ai comportamenti maltrattanti, stigmatizzanti e colpevolizzanti.

Occorre comunicare ai genitori/tutore/legale rappresentante che esiste l’obbligo per legge di segnalare l’accaduto (maltrattamento/abuso) all’Autorità Giudiziaria, per la tutela del minore e dei suoi diritti. Tale condizione sarà riportata nella documentazione sanitaria.

L’accesso del minore al PS con relativa documentazione sanitaria (accoglienza, intervento operativo, dimissione e/o eventuale ricovero) deve essere segnalato al PLS del minore stesso; di tale informazione deve essere data comunicazione ai genitori/tutore/legale rappresentante.

Le figure professionali che intervengono nel percorso di tutela e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento/abuso devono sempre valutare le condizioni di rischio attuale o potenziale ed eventualmente provvedere a mettere in protezione il minore tramite ricovero o collocazione dello stesso in un luogo sicuro.

A titolo esemplificativo si riportano alcune condizioni che determinano la necessità di avviare un’azione protettiva nei confronti del minore, con storia di maltrattamento/abuso, valutando anche la necessità di un ricovero qualora non sia chiaramente garantita una forma alternativa di protezione:

- il minore mostra evidenti segni di angoscia e di paura, e riferisce spontaneamente un racconto di maltrattamento/abuso correlato all’ambiente in cui abitualmente vive
- l’adulto che accompagna il minore riferisce un clima di esacerbata violenza domestica e formula una richiesta esplicita o implicita di aiuto
- l’adulto che accompagna il minore appare alterato/confuso e non è disponibile un’altra figura adulta affidabile

Tale provvedimento va sempre rappresentato ai genitori/tutore/legale rappresentante. In caso di opposizione al provvedimento, la controversia sarà segnalata ai Servizi Sociali ed all’Autorità Giudiziaria tramite le Forze dell’Ordine, e riportata nel referto/denuncia o in una successiva integrazione documentale.

2. Valutazione della necessità di ricovero ospedaliero

Gli interventi di protezione e cura devono sempre essere modulati in relazione alla gravità della situazione presentata dal minore, e quindi rispondere a criteri di congruità e non di urgenza “soggettiva”, al fine di:

- assicurare la necessaria protezione tramite una presa in carico precoce ed integrata qualora si evidenzino rilevanti fattori di rischio nell’ambiente di vita
- garantire, al contempo, l’attuazione di ulteriori accertamenti diagnostici
- evitare ogni arbitraria intromissione nella dimensione intima e privata del minore (art. 16 Convenzione ONU sui Diritti dell’Infanzia) per contenere il rischio di vittimizzazioni secondarie che possono prefigurarsi qualora la protezione non sia gestita con accuratezza e professionalità.

Nel caso di sospetto maltrattamento/abuso su minore il ricovero ospedaliero è indicato:

- per finalità diagnostiche e di cura a fronte di urgenza sanitaria e/o di esame clinico obiettivo suggestivo
- in funzione di protezione e tutela del minore, indipendentemente dalle problematiche cliniche emerse, quando non siano immediatamente disponibili valide soluzioni alternative
- nei casi in cui, pur non essendoci urgenze sanitarie e/o situazioni di rischio, non sia stato possibile completare le procedure operative della visita, a causa delle condizioni di sofferenza o angoscia del minore (mai effettuare la visita con coercizione).

Nel caso di ricovero ospedaliero i sanitari devono sempre valutare l'opportunità che il genitore/accompagnatore possa assistere il minore, purché affiancato da personale sanitario o volontario, sia nelle fasi di pronto soccorso che di degenza.

Qualora il genitore/tutore/legale rappresentante si opponga al ricovero, il medico deve spiegare che:

- l'interesse per il minore è la preoccupazione principale del sanitario e certamente lo è anche per i genitori/tutore/legale rappresentante
- il ricovero è necessario per tutelare la salute del minore
- il ricovero è urgente ed è proposto nell'esclusivo interesse della salute del minore
- la non dimissibilità del minore sarà riportata nella documentazione sanitaria.

In caso di ulteriore opposizione, il medico spiegherà che la normativa vigente gli impone di:

- segnalare il fatto ai servizi sociali
- avvisare le Forze dell'Ordine (oppure informare il genitore che le stesse sono già state avvistate mediante denuncia all'Autorità Giudiziaria).

Qualora, nonostante tali spiegazioni, il genitore/tutore/legale rappresentante voglia comunque allontanarsi con il minore, gli operatori attivano in urgenza le Forze dell'Ordine.

Il ricovero ospedaliero deve sempre essere oggetto di informazione diretta al PLS del minore attraverso i canali abitualmente in uso tra i pediatri ospedalieri e il PLS. Di tale informazione dovrà essere conservata prova documentale (mail – fax) da allegare alla cartella clinica del minore ricoverato.

3. Valutazione di intervento protettivo in ambiente extraospedaliero

I sanitari, insieme al Servizio Sociale, concordano la collocazione più adeguata per il minore nel caso non ci siano motivazioni che giustifichino un ricovero ospedaliero. In questo caso, se il minore non può essere rinvio al proprio domicilio, i Servizi Sociali provvedono ad una soluzione alternativa.

L'intervento protettivo in ambiente extraospedaliero deve sempre essere oggetto di informazione diretta al PLS del minore attraverso i canali abitualmente in uso tra i Servizi Sociali (ospedalieri e/o territoriali) e il PLS. Di tale informazione dovrà essere conservata prova documentale (mail – fax) da allegare alla cartella clinica del minore.

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 sospetto maltrattamento/abuso
4. Anamnesi
5. Informazione realizzata nel modo più chiaro possibile in merito alle varie fasi della visita, soprattutto in caso di pratiche intrusive, affinché il minore possa essere partecipe e consapevole
6. Esame obiettivo completo fisico e comportamentale
7. Attivazione del Servizio Sociale
8. Richiesta di consulenze specialistiche
9. Raccolta, conservazione e custodia dei reperti
10. Dimissione del minore o ricovero in regime di degenza per motivi sanitari o avvio di azione protettiva tramite ricovero ospedaliero o altra soluzione alternativa
11. Informativa all'Autorità Giudiziaria, nei casi previsti dalla legge
12. Controllo della procedura

BIBLIOGRAFIA

1. Adams J.A. (2004) Proposta di revisione/aggiornamento. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* vol. 17
2. Adams J.A. (2001) Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* vol. 6, n. 1
3. Adams J.A., Harper K., Knudson et al. (1994) Examinations findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 94, 310-317
4. Adams J.A., Wells R. (1993, sept-oct.) Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree? *Child abuse negl* 17(5):663-75
5. Adams J.A., Girardin B., Faugno D. (2001) Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photocolposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 14: 175-180
6. Adams J.A., Knudson S. (1996) Genital findings in adolescent girls referred for suspect sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 150: 850-857
7. Alexander R., Sato Y., Smith W., Bennett T. (1990) Incidence of trauma with cranial injuries ascribed to shaking. *Am J Dis Child.* 144:724-726
8. Alexander R.C., Schor DP, Smith WL Jr. (1986) Magnetic resonance imaging of intracranial injuries from child abuse. *J Pediatr.* 109:975-979
9. American Academy of Pediatrics. (1998) *A Guide to References and Resources in Child Abuse and Neglect.* 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Child abuse and Neglect. (1999) *Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review.* *Pediatrics* 103:186-191
11. American Academy of Pediatrics. Section on Radiology. (2000) Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 105:1345-1348
12. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. (2001) Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 107: 1476-1479
13. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. (2001) Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries - technical report. *Pediatrics* 108(1):206-210
14. American Academy of Pediatrics. (2003) Sexually transmitted diseases. In: Pickering LK, ed. *Red Book.: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 26th ed. Elk Grove Village, IL: Am. Academy of Pediatrics 157-167
15. American Academy of Pediatrics. (2004) Frankowski B.L. and the Committee on Adolescence. Sexual Orientation and Adolescents. *Pediatrics* 113;1827-1832
16. American College Obstetricians and Gynaecologists. (1998) Adolescent victims of sexual assault. *ACOG, Educ Bull.* 252:1-5
17. American College of Radiology. (2006) ACR practice guideline for skeletal surveys in children (Res. 47, 17, 35). In: *American College of Radiology. ACR Standards.* Reston, VA: American College of Radiology; 203-207
18. Anderson S., McClain N., Riviello R.J. (2006) Genital finding of women after consensual and non-consensual intercourse. *J Foren Nurs.* 2(2):59-65
19. AOGOI (Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani)
in: www.aogoi.it, link diretto <http://violenza.aogoi.info>
20. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e Azienda USL di Bologna. (2013) *Procedura interaziendale: P-INT 14. Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale / sospetto abuso sessuale a carico di minori.* Rev. 0. Data di emissione/applicazione: 28/1/2013
21. Baker R., Sommers M. (2008) Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors. *JOGNN.* 37:282-289
22. Bownes I.T., O'Gorman E.C. (1991) Assailants' sexual dysfunction during rape reported by their victims. *Med Sci Law.* 31:322-8
23. Bowyer L, Dalton M. (1997) Female victims of rape and their genital injuries. *Br J Obstet Gynecol* 104:617-620

24. Bruce D.A., Zimmerman R.A. (1989) Shaken impact syndrome. *Pediatr. Ann.* 13;104-107
25. Caffey J. (1946) Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol* 56(2): 163-173
26. Caffey J. (1972) On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effect of permanent brain damage and mental retardation. *AJDC* 124;161-164
27. Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T., Ruspa M. (2006) *Abuso e violenza sessuale*. Edi-Ermes, Milano
28. 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
29. Centers for Disease Control and Prevention. (2002) Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2002. *MMWR Recomm Rep.* 51(RR-6):1-78
30. Clemetson C.A. (2006) Caffey Revisited: A Commentary on the Origin of "Shaken Baby Syndrome". *Journal of American Physicians and Surgeons* 11(1),20-21, Spring
31. Colesanti C., Lunardi L. (1995) *Il maltrattamento del minore*, Giuffrè, Milano
32. Courtois C.A., Ford J.D. (2009) (a cura di), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York: Guildford Press
33. Crowley S.R. (1999) *Sexual assault: the medical examination*. New York, McGraw-Hill
34. D'Andrea M.S., (1997) *Abuso ai minori. Problematiche medico legali*. in: *Il Consultorio familiare*. a cura di J. Baldaro Verde, L. Cersosimo, A.R. Gennazzani, CIC Edizioni Internazionali, Roma
35. D'Andrea M.S. (1998) *La diagnosi medico-legale del maltrattamento e degli abusi sessuali*. in "I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce", a cura di F. Montecchi, Franco Angeli, Milano
36. D'Andrea M. S. (1998) *L. G. Segni e sintomi di abuso e maltrattamento fisico*. In "Linee guida in medicina d'urgenza" a cura di M. Gregori e C. Pasquali, Centro stampa USL Roma
37. D'Andrea M. S. (1998) *Problemi medico legali degli abusi ai minori*. In: *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. a cura di F. Montecchi, Franco Angeli Editore, Milano
38. D'Andrea M.S. (2001) *Abuso ai minori: problematiche medico-legali*. In: *Collaborazione con la Magistratura ordinaria e minorile: la valutazione della genitorialità*. a cura di M.P. Conti, C. Pandolfi, A. Tinti. Regione Marche, Urbino
39. Danielson C.M., Holmes M.M. (2004) Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol* 16: 383-388
40. David T.J. (1999) Shaken baby (shaken impact) syndrome: non-accidental head injury in infancy". *Journal of the Royal Society of Medicine.* 92(11): 556-61. PMID 10703491
41. Del Vecchio S. (1997) *L'indagine medico-legale nel delitto di violenza sessuale sui minori*. in: Giommi R., Perrotta M. (a cura di) *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti*. p.152. Edizione del Cerro, Firenze
42. Du Mont J., White D., McGregor M.J. (2009) Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science and Medicine.* 68:774-780
43. Du Mont J., White D. (2007) *The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: a global review*. Geneva, Switzerland: Sexual Violence Research Initiative, World Health Organisation
44. Duhaime A.C., Christian C.W., Rorke L.B., Zimmerman R. (1998) A non accidental head injury in infantile "shaken baby syndrome. *N Engl J Med* 338:1822-1829
45. Finkel M.A. (1989) Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 84:3 17-322
46. Finkelhor D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18:409 - 417
47. FNOMCeO (2014) *Codice di Deontologia Medica* (maggio)

48. Fontana V.J., Donovan, M.D., Wong, R.J. (1963) The "Maltreatment Syndrome" in Children. *N Engl J Med* 269:1389-1394
49. Fontana V.J. (1964) The maltreated child: the maltreatment syndrome in children. Springfield, Ill., Thomas
50. Fontana V.J. (1973) Somewhere a child is crying: Maltreatment-Causes and Prevention. Macmillan Published Co, Inc, New York
51. Ge.F.I. – Genetisti Forensi Italiani (2013) 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.
in: www.gefi-isfg.org/temp/2202201374428.pdf
52. Geist R. (1988) Sexually related trauma. *Emerg Med North Am* 6(3):439-466
53. Genovese U., Del Sordo S., Mobilia F., Hazan M., Isolabella L., Stefano A. (2011) Glossario giuridico, assicurativo e medico-legale della Responsabilità sanitaria. Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna
54. Goodyear-Smith F.A. (1989) Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region. *New Zealand Med J* 102 (876):493-495
55. Gray-Eurom K., Seaberg D.C., Wears R.L. (2002) The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence". *Annals Emerg Med* 39 (1):39-46
56. Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva. (2007) Linee guida in tema di abuso sui minori. Revisione approvata in CD SINPIA il 15 febbraio 2007
57. Guthkelch A.N. (1971) Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injury. *Br Med J* 2: 430-1
58. Heger A., Emans S.J., Muram D. et al. (2000) Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas". 2nd ed. New York. NY Oxford University Press
59. Heger A., Ticson L., Velasquez O., Bernier R. (2002) Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 26(6-7):645-59
60. Heger A.H., S.J.Bmans, D.Muram. (2000) Evaluation of sexually abused child. II edition Oxford press New York U.S.A.
61. Hobbs C. J., Hanks G. I., Wynne J. M. (1999, reprinted 2000) Child abuse and neglect: a clinician's handbook. Churchill Livingstone, London, 465pp
62. Hobbs C.J., Wynne J.M. (1989) Sexual abuse of english boys and girls: the importance of anal examination. *Child abuse negl* 13, 195-210
63. Ingraham F., Heyl H. (1939) Subdural hematoma in infancy and childhood. *JAMA* 113,198-204
64. Jewkes R., Christofides N., Vetten L., Jina R., Sigsworth R., Loots L. (2009) Medico-legal findings, legal case progression and outcomes in South African Rape cases: retrospective Review. *Rape, Law and Medical Evidence* 6(10):1-8
65. Jones J.S., Dunnuck C., Rossman L., Wynn B.N., Nelson-Horan C. (2004) Significance of toluidine blue findings after speculum examination for sexual assault. *Am J Emerg Med* 22 (3):201-203
66. Jones J.S., Rossman L., Hartman M., Alexander CC. (2003) Anogenitals injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med* 10:1378-83
67. Jones J.S., Rossman L., Wynn B.N., Dunnuck C., Schwartz N. (2003) Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: Epidemiology and patterns of anogenital injury" *Academic Emerg Med: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 10(8):872-877
68. Kellogg N.D. and the Committee on Child Abuse and Neglect. (2005) The Evaluatjon of sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 116:506-12
69. Kellogg N.D., Menard SW, Santos A. (2004) Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened." *Pediatrics* 113, 67-9
70. Kellogg N.D., Parra JM, Menard S. (1998) Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:634-641
71. Kempe C.H. (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977. C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 62(3):382
72. Kempe C.H., Silverman F.N., Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. (1962) The battered-child syndrome. *JAMA* (Jul 7)181:17-24

73. Kempe R.S., Kempe C.H. (1989) Le violenze sul bambino. Sovera Multimedia, Roma Tivoli
74. Kleinman P.K. (1990) Diagnostic Imaging in infant abuse. *American Journal of Radiology*, 155:703-712
75. Kleinman P.L., Kleinman P.K., Savageau J.A. (2004) Suspected infant abuse: radiographic skeletal survey practices in pediatric health care facilities. *Radiology*. 233(2):477-485
76. Kuhn T.P., Slovis T.L., Haller J.O. (2004) *Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier
77. Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati*. Milano, Raffaello Cortina Ed.
78. Mancino P., Parlavecchio E., Melluso J., Monti M., Russo P. (2003) Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault. *Clin Exp Obstet Gynecol* 30 (1):40-2
79. Massey J.B., Garcia C.R., Emich J.P. (1971) Management of sexually assaulted females. *Obstet Gynecol* 38 (1): 29-36
80. McCann J., Miyamoto S., Boyle C., Rogers K. (2007) Healing of non hymenal genital injuries in prepuberal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 120 (5):1000-11
81. McGregor M.J., Du Mont J., Myhr T.L. (2002) Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med* 39:639-647
82. McLean I., Roberts S., White C., Paul S. (2011) Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Science International*. 204:27-33
83. Meadow R. (1985) Management of Munchausen syndrome by proxy. *Arch. Dis. Childhood* 60: 392
84. Montecchi F. (a cura di) (1991) *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*. Roma, Borla
85. Montecchi F. (1999) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Ed. Franco Angeli, Milano
86. Muram D. (1989) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl* 13:21 1—216
87. National Center for Injury Prevention and Control (7 September 2006) *Child Maltreatment: Fact Sheet*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) via archive.org. archived 19 September 2006
88. National Collaborative Centre for Women's and Children's Health (2009) *When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline*. London: RCOG Press,
89. Norelli G.A., Buccelli C., Fineschi V. (2009) *Medicina legale e delle Assicurazioni*. Piccin ed., Padova
90. Norvell M.K., Benrubi G.I., Thompson R.J. (1984) Investigation of microtrauma after sexual intercourse". *J Reprod Med* 29(4):269-271
91. Parisot P., Caussade L. (1929) Les sevices envers les enfants. *Annales de Médecine légale* 9, pp. 398–406
92. Peipert J.F., Domagalski L.R. (1994) Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol* 84: 867-871
93. Pentilla A., Karhunen P.J. (1990) Medicolegal findings among rape victims. *Med Law* 9:725-737.
94. Puccini C. (2003) *Istituzioni di medicina legale*. Casa editrice ambrosiana, Milano
95. Ravaglia G. (1892) *Per Giuseppe Veratti - Cenno necrologico intorno al dottore cav. Giuseppe Veratti letto alla Società medico-chirurgica di Bologna nella seduta ordinaria del giorno 12 febbraio 1892. Testo Monografico*. Bologna, Gamberini e Parmeggiani
96. Rennison C.M. (1999) *Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 with trends 1993-1998*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics in <http://ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/cv98.htm>
97. Regione Emilia-Romagna (2013) *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*. D.G.R. n. 1677 del 18 novembre 2013 in www.saluter.it; www.consultoriemiliaromagna.it

98. Riggs N., Houry D., Long G., Markovchick V., Feldhaus K.M. (2000) Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Annals Emerg Med* 35 (4):358-362
99. Roberts J., Taylor C. (1993) Sexually abused children and young people speak out. in Waterhouse, L. (ed.) *Child Abuse and Child Abusers*. London: Jessica Kingsley
100. Roodman A.A, Clum G.A. (2001) Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 21: 183-204
101. Royal College of Paediatrics and Child Health. *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An evidence-based review and guidance for best practice*. London: RCPCH, 2008
102. Sachs C.J. e Chu L.D. (2002) Predictors of genitorectal injury in female victims of suspected sexual assault. *Academic Emerg Med: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 9 (2):146-151
103. Sgroi, S.M. (1982) *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington Book, Lexington
104. Silverman F. N. (1953) The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol* 69(3):413-427
105. Slaughter L., Brown C.R., Crowley S., Peck R. (1997) Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 176 (3): 609-616
106. Sommers M.S., Zink T., Fargo J., Baker R., Buschur C., Shambley-Ebron D., Fisher B. (2008) Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin color a source of health disparity? *Am J Emerg Med* 26 (8):857-866
107. Sommers M.S., Zink T., Baker J., Fargo J., Porter J., Weybright D., Schafer J. (2006) The effects of age and ethnicity on physical injury from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 35(2):199-207
108. Sommers M.S., Fisher B.S., Karjane H.M. (2005) Using Colposcopy in the rape exam: health care, forensic and criminal justice issues. *J Forensic Nurs* 1(1): 28-34
109. Sommers M.S., Schafer J.C., Zink T., Hutson L., Hillard P. (2001) Injury patterns in women resulting from sexual assault. *Trauma, Violence e Abuse: A Review Journal* 2(3): 240-258
110. Intercollegiate Report from The Royal College of Radiologist and Royal College of Paediatrics and Child Health (March 2008). *Standards for Radiological Investigation of Suspected Non-accidental Injury*. ISBN 978-1-906579-01-2
111. Tanner JM (1962) *Growth at adolescence; with a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity*. Oxford, Blackwell Scientific Publications
112. Tardieu A. (1860) *Etude médico-légale sur le sévices et les mauvais traitements exercès sur les infants*. *Ann. Hyg Pub Mèd lèg* 13, 361
113. Tardieu A. (1868) *Etude medico-légale des blessures*. Bardin D. Ed., Saint Germain in http://archive.org/stream/tudemdico100tard/tudemdico100tard_djvu.txt
114. Van Der Kolk, B.A. (2005) Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals* 35(5):401-8
115. White C., McLean I. (2006) Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med* 13(4):160-1
116. Wooley P.V., Evans W.A. (1955) Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *JAMA* 158(7):539-43
117. Wilkinson W.S., Han D.P., Rappley M.D., Owings C.L. (1989) Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome. *Arch Ophthalmol* 107:1472-1474
118. World Health Organization. *Global Consultation on Violence and Health*. (1996) *Violence: a public health priority*. World Health Organization, Geneva (document WHO/EHAISPI.POA.2)in http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
119. World Health Organization (29-31 March 1999) *Report of the consultation on child abuse prevention*. World Health Organization, Geneva (document WHO/HSC/PVI/99.1)

120. World Health Organization (2002) World Report on Violence and health. World Health Organization, Geneva in http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
121. World Health Organization (2003) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization, Geneva in <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf>
122. World Health Organization (2006) Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence. World Health Organization, Geneva in <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>

Allegati

ALLEGATO 1

Scheda rilevamento sospetto maltrattamento/abuso FEMMINA

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

A. PARTE GENERALE

A1. Dati anagrafici

Cognome..... Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza..... Via..... N°.....

Tel..... Scolarizzazione/scuola frequentata.....

Pediatra di riferimento.....

Cognome padre nome padre.....

Cognome madre..... nome madre.....

fratelli NO SÌ numero: età
sorelle NO SÌ numero: età

Altri conviventi

Modalità di presentazione del minore:

Autonoma;

Genitore/i: quale:

Tutore:

Altro (parente, vicino di casa ecc.):

Invio da PLS/MMG⁵

Invio da Ospedale di

Servizi Territoriali:

Scuola

Forze dell'Ordine

Altra Istituzione:

Procura Tribunale minori/Procura Tribunale ordinario.....

Accompagnato da:

Cognome e nome

Rapporto con il minore :

⁵ PLS/MMG: Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale

A2. ANAMNESI

Anamnesi familiare (specificare se familiarità per patologie psichiatriche):

Anamnesi fisiologica:

Accrescimento:

Scuola:

Abbandono scolastico:

Vaccinazioni: SÌ ÿ NO ÿ :

Specificare se sussistono:

ÿ Disturbi dell'alimentazione: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Disturbi del sonno: tipo

epoca insorgenza

ÿ Disturbi dell'alvo: tipo (es. encopresi)

epoca insorgenza

ÿ Disturbi della minzione: tipo (es. enuresi)

epoca insorgenza

ÿ Disturbi dell'apprendimento: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Disturbi del comportamento: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Comportamenti aggressivi: ÿ autodiretti; ÿ eterodiretti

epoca insorgenza

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

data ultimo rapporto volontario:

Contracezione: NO ÿ SÌ ÿ :

Malattie veneree già note: NO ÿ SÌ ÿ :

Minore noto a: - Servizi Sociali: NO ÿ SÌ ÿ: se sì, quale.....

- Consultorio giovani: NO ÿ SÌ ÿ: se sì, quale.....

- Neuropsichiatria Infantile: NO ÿ SÌ ÿ: se sì, quale.....

- Tossicodipendenze/SERT: NO ÿ SÌ ÿ: se sì, quale.....

- Altro: NO ÿ SÌ ÿ: quali.....

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

Anamnesi patologica recente:

Anamnesi ginecologica:

Menarca: NO ÿ SÌ ÿ : età:

ciclo: ÿ regolare; ÿ irregolare; ÿ uso di tamponi

data ultima mestruazione:

Terapie

Secrezioni vaginali NO ÿ SÌ ÿ

Vaginiti pregresse: NO ÿ SÌ ÿ frequenza:; microbiologia:

terapia:

Sanguinamenti genito-anali pregressi (l'evento):

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

Abuso e maltrattamento

SÌ ÿ NO ÿ

se sì quando.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio.....

modalità

specificare chi riferisce

Nota: riportare qualsiasi altra nota del racconto della vittima.....

Atteggiamento del minore durante il colloquio:

Livello di collaborazione:

ÿ collaborante; ÿ poco collaborante; ÿ oppositivo; ÿ altro:

Atteggiamento:

ÿ indifferente; ÿ distaccato; ÿ timoroso; ÿ compiacente; ÿ irrequieto; ÿ stato di allarme ansioso; ÿ piange; ÿ non definibile; ÿ 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 reperazione e conservazione) (cfr. ALLEGATO 5):
.....

Condizioni generali:

- nutrizione:
- idratazione:
- igiene personale:
- aspetto: ordinato e curato trasandato
- altro:

Sintomi fisici:

Sintomi psichici:

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 (ansia, rituali, incubi, risvegli ripetuti, terrori), disturbi affettivi (apatia, stato confusionale, crisi di pianto, disinteresse per il gioco), disturbi dell'adattamento (difficoltà scolastiche, 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, inversione dell'aggressività, opposizione o lotta, identificazione con l'aggressore), disturbi dell'attaccamento, paura-vigilanza, atteggiamenti instabili e aggressivi, tendenza al ritiro sociale, relazioni caratterizzate da impulsività ed aggressività.

Atteggiamento del minore 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:

.....

- Ferite lacero-contuse NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Esiti di lesioni NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Cicatrici NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Fratture⁶ NO SÌ
 - Sede.....
 - Tipologia.....
- Fratture pregresse⁷ NO SÌ
 - Sede.....
 - Tipologia

⁶ Per approfondimenti, vedi Quaderno 2 – Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico. Collana “Maltrattamento e abuso sul minore. I quaderni del professionista.” Regione Emilia-Romagna

⁷ Vedi nota precedente

Descrizione di lesioni e tracce:
indicare nei disegni⁸ le sedi in cui sono state riscontrate

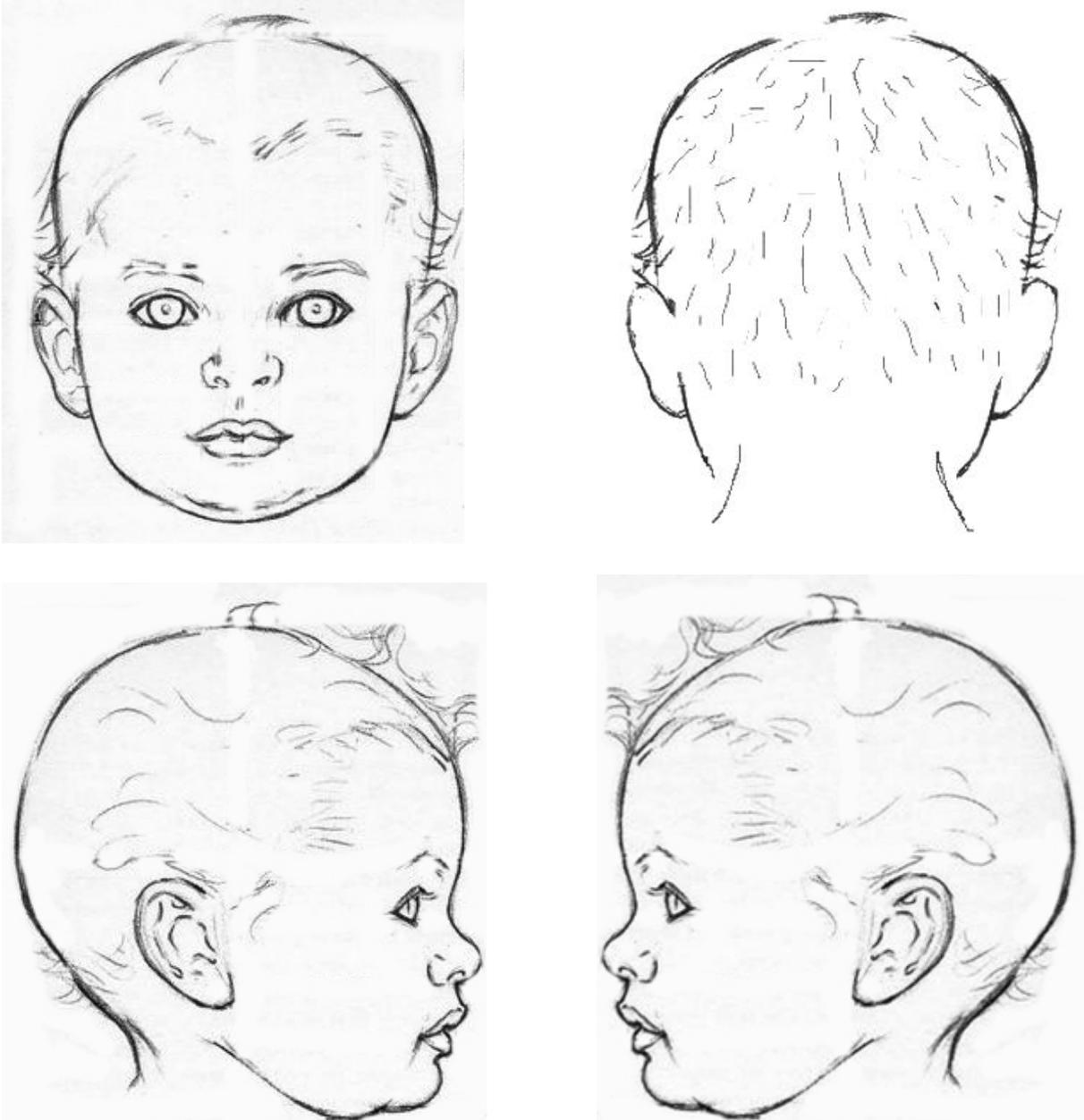


Figura 2. Capo e collo bambina

Spazio per note:

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

⁸ Figure da 2 a 5

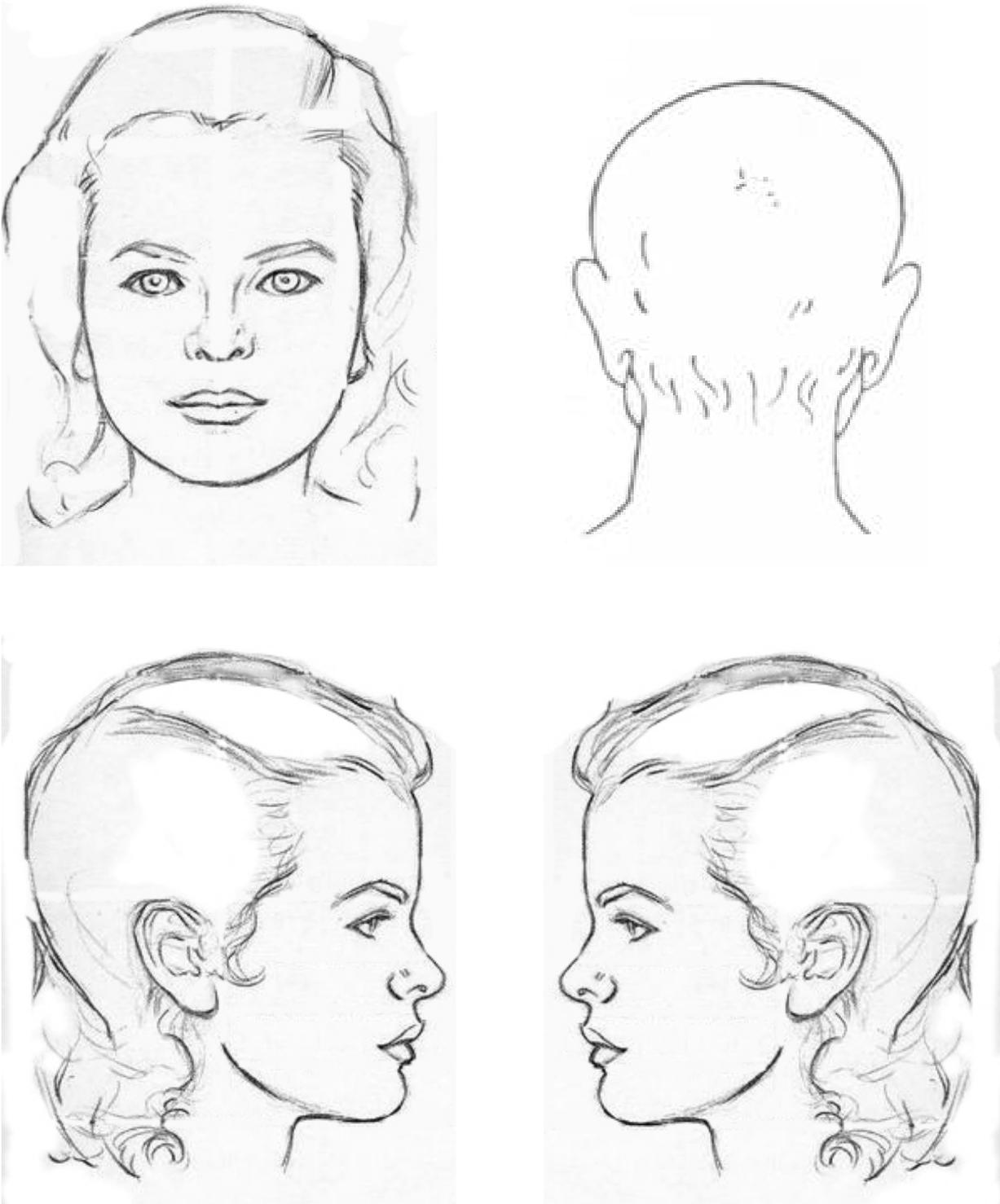


Figura 3. Capo e collo adolescente

Spazio per note:

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

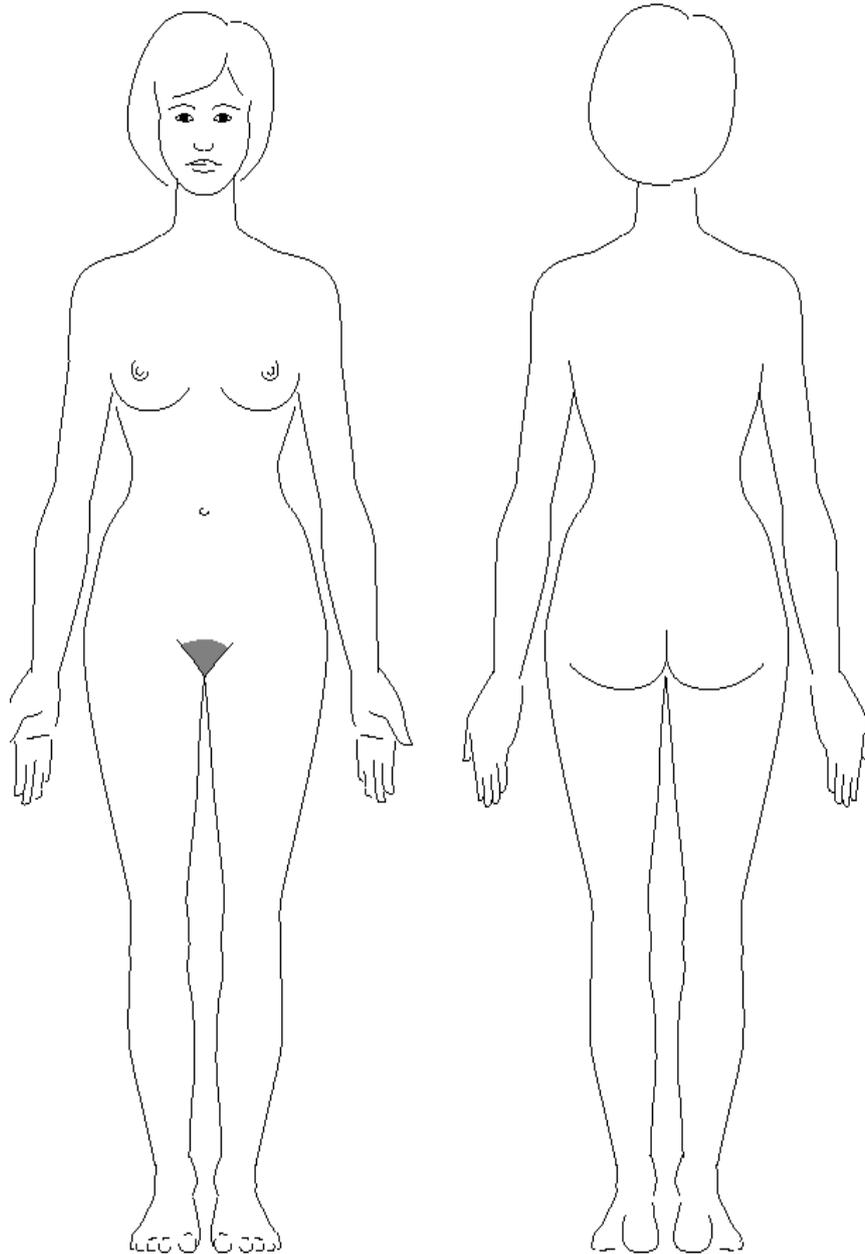


Figura 4. Schema corporeo

Spazio per note:

.....

.....

.....

.....

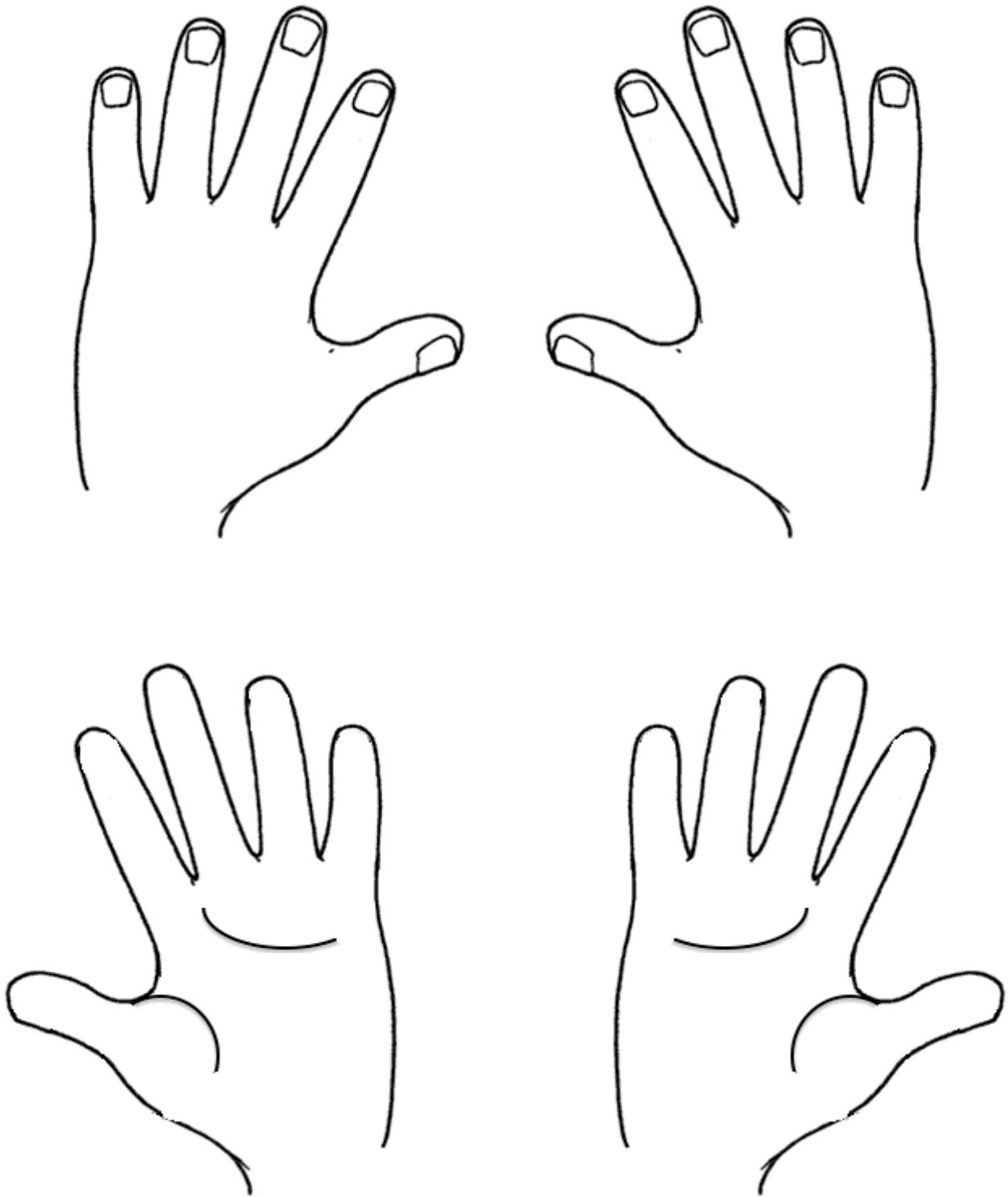


Figura 5. Schema mani e polsi

Spazio per note:

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

Consulenze specialistiche.....

Referti clinici allegati

SÌ ÿ Se sì, quali

NO ÿ

Accertamenti strumentali:

Accertamenti di laboratorio:.....

Ricovero/Dimissione e motivazioni:... ..

Annotazioni medico-legali:.....

FIRME:

Medico di Pronto Soccorso:

Pediatra:

Medico legale:

Infermiere:

Assistente sociale:

Psicologo:

Neuropsichiatra.....

Scheda rilevamento sospetto maltrattamento fisico FEMMINA

B. PARTE SPECIALE

B 1. KIT PER SOSPETTO MALTRATTAMENTO FISICO

Per questa fase viene proposto all'operatore il kit il cui contenuto è riportato nell'ALLEGATO 3.a da utilizzare in caso di verosimile imbrattamento con liquidi biologici dell'aggressore

B 2. ESAMI DI LABORATORIO

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

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| o Markers Epatite B e C ⁹ | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Diagnostica HIV ¹⁰ | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Prelievo ematico per eventuali test tossicologici: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

B 3. EVENTUALE PROFILASSI

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| antitetanica: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| antiepatite B: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

B 4. REFERTI CLINICI ALLEGATI

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| SÌ <input type="checkbox"/> | Quali |
| NO <input type="checkbox"/> | |

B 5. DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA (cfr ALLEGATO 4)

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| SÌ <input type="checkbox"/> | foto n. |
| NO <input type="checkbox"/> | |

B 6. INFORMATIVA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| REFERTO | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DENUNCIA | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Specificare..... | | |
| Procura Ordinaria | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Procura Minorile | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Forze dell'Ordine | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

⁹ Programmare controllo a distanza (almeno 4 settimane).

¹⁰ Per il prelievo HIV richiedere il consenso agli aventi diritto.

B 7. REPERTI (cfr. ALLEGATO 5)

SÌ

NO

Specificare.....

Firme

Pediatra :

Medico legale:

Infettivologo.....

Infermiere:

Assistente sociale:

Psicologo:

Neuropsichiatra.....

Scheda rilevamento sospetto abuso sessuale FEMMINA

C. PARTE SPECIALE

C.1 SINTESI ANAMNESTICA

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

Atto agito ¹¹	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

Tabella 2. Tabella riassuntiva anamnestica

- uso di preservativo SÌ ÿ NO ÿ
- pulizia delle zone lesionate o penetrate SÌ ÿ NO ÿ
- cambio degli slip SÌ ÿ NO ÿ
- cambio di altri indumenti SÌ ÿ NO ÿ
- se sì, quali.....
- minzione SÌ ÿ NO ÿ
- evacuazione SÌ ÿ NO ÿ
- pulizia del cavo orale SÌ ÿ NO ÿ
- vomito SÌ ÿ NO ÿ
- assunzione di farmaci SÌ ÿ NO ÿ
- se sì, quali.....
- Rapporti sessuali consenzienti:
 - prima dell'aggressione: SÌ ÿ NO ÿ
 - Se sì, quando (data e ora)
 - dopo l'aggressione: SÌ ÿ NO ÿ
 - Se sì, quando (data e ora)
 - dato non riferito ÿ

¹¹ In seguito a induzione/costrizione da parte dell'abusante

C.2 ESAME DELL'AREA GENITO-ANALE FEMMINILE

Data ultima mestruazione

Contracezione attuale SìNO

Sintomatologia riferita da minore¹²

Sintomatologia riferita da accompagnatore¹³

La valutazione clinica di un sospetto abuso sessuale deve sempre iniziare con una osservazione della regione anale e del tono sfinterico, cui seguirà l'osservazione degli organi genitali. Ciò permette di valutare correttamente il riflesso di dilatazione anale, che compare entro trenta secondi dalla separazione bimanuale dei glutei, in decubito laterale o genu-pettorale.

ESAME ANALE:

Fotografie Sì NO

Ripresa video Sì NO

Colposcopio Sì NO

Posizione adottata durante la visita: supina; "frog leg"; genu-pettorale; prona; altro (specificare).....

Specificare se: solo osservazione anche esame digitale.....

Imbrattamento fecale Sì NO

Glutei

Modalità: separazione trazione

Cute perianale.....

Tono sfinterico (segnalare eventuali spasmi o lassità):

Riflesso di dilatazione (evocabile alla cauta dilatazione laterale dei glutei)

Immediato (< 30 secondi)

Tardivo (> 30 secondi)

Persistente specificare i tempi

Congestione venosa

Immediato (< 30 secondi)

Tardivo (> 30 secondi)

Persistente specificare i tempi

Aspetto imbutiforme con visualizzazione del canale

Presenza di rilasciamento e contrazioni spontanee

Sanguinamento dell'orifizio Sì NO

Sanguinamento dall'orifizio Sì NO

Feci in ampolla Sì NO

Corpi estranei Sì NO

Altro

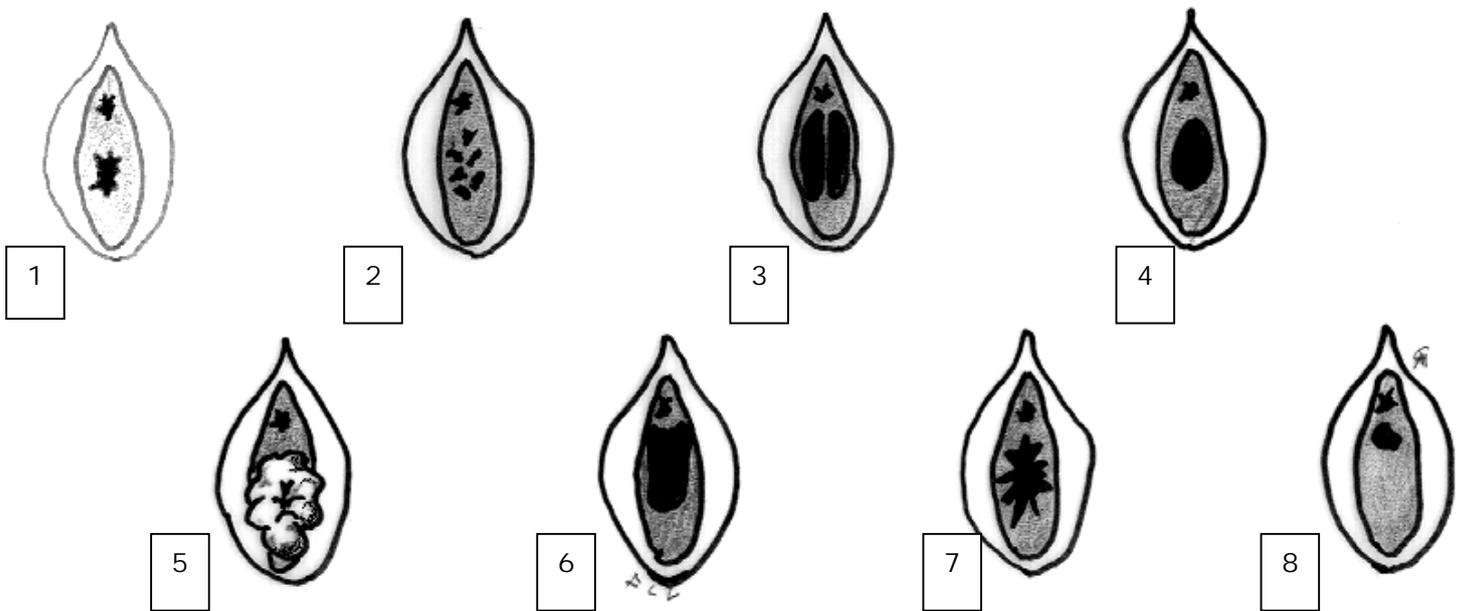
¹² Facendo particolare attenzione a: dolore – sede, caratteri e durata, sanguinamenti – sede, caratteri e durata, secrezioni uretrali – caratteri e durata

¹³ Vedi nota precedente

Tabella 4. Descrizione anatomica area genitale

Grandi labbra	
Piccole labbra	
Meato uretrale	
Clitoride	
Imene ¹⁴	
Vagina	
Perineo	

Figura 7. Schema imene



1 puntiforme - 2 cribroso - 3 settato - 4 anulare - 5 a risvolto di manica - 6 semilunare - 7 fimbriato - 8 a tasca

¹⁴ Imene: per la compilazione fare riferimento alla figura 7. Schema imene

Descrizione lesività

e indicazione della sede di prelievo per la repertazione

Segnalare la presenza di: eritemi, 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 5. Descrizione lesività

	Eritemi	Ecchimosi	Escoriazioni	Soluzioni di continuo	Lacerazioni	Cicatrici	Foto allegata	Imbrattamenti quali	Prelievo
Faccia interna delle cosce									
Vulva									
Meato uretrale									
Area periuretrale									
Grandi labbra									
Piccole labbra									
Clitoride									
Imene									
Vagina									
Perineo (con particolare riferimento alla forchetta)									

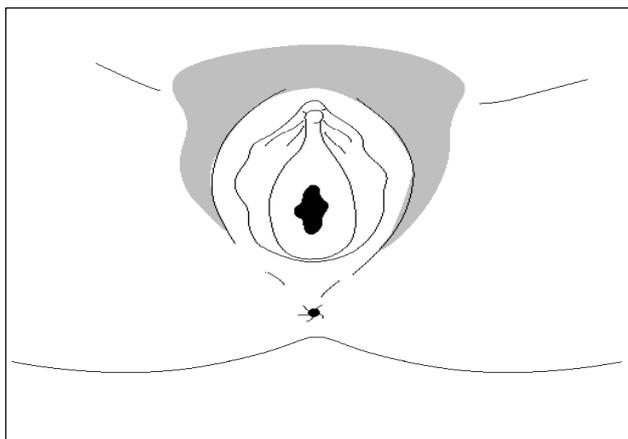


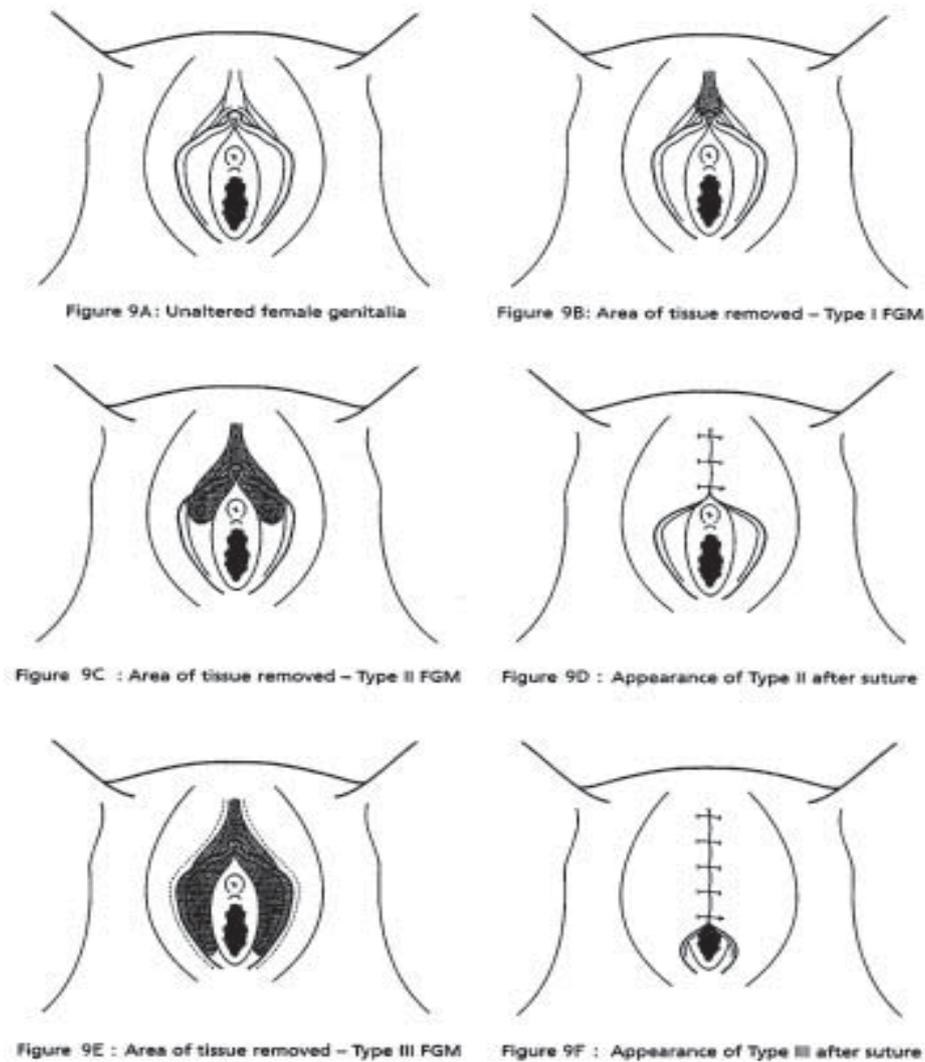
Figura 8.
Indicazione sede del prelievo in area genito-anale femminile

MUTILAZIONI GENITALI

Nel caso in cui si rilevino mutilazioni genitali fare riferimento alla classificazione WHO (OMS) riportata in Figura 9:

- Grandi labbra
- Piccole labbra.....
- Clitoride.....
- Meato uretrale e area peri uretrale:.....
- Imene
- Vagina.....
- Perineo.....

Figura 9. Classificazioni 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 periclitoreidea; asportazione di tessuto periorifiziale vaginale o della vagina; introduzione di agenti corrosivi o erbe intravaginali inducenti perdite emorragiche e conseguenti cicatrizzazione ipertrofiche; altre procedure non riportate nei precedenti tipi.

Visita ginecologica.....
 Altre consulenze specialistiche:
 Ecografia pelvica:.....
 Esami strumentali:.....
 Accertamenti di laboratorio:.....
 Ricovero/dimissione e motivazioni:.....
 Annotazioni medico legali:.....
 Atteggiamento del minore 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:

C 3. KIT PER SOSPETTO ABUSO SESSUALE

Per questa fase viene proposto all'operatore il kit il cui contenuto è riportato nell'ALLEGATO 3.b

C 4. ESAMI DI LABORATORIO (in accordo con infettivologo)

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

Prelievo del sangue¹⁵ per:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ○ TPHA-VDRL | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ○ Markers Epatite B e C | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ○ Diagnostica HIV ¹⁶ | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Prelievo delle urine per bHCG:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programmato controllo a distanza (almeno 4 settimane)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Prelievo delle urine per eventuali test tossicologici:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Prelievo ematico per eventuali test tossicologici:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Vetrini smerigliati per ricerca spermatozoi:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Tamponi con terreno di coltura:

- | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ○ Chlamydia | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ○ Gonococco | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ○ Trichomonas | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

¹⁵ Programmare controllo a distanza (almeno 4 settimane).

¹⁶ Per il prelievo HIV richiedere il consenso agli aventi diritto.

C. 5 EVENTUALE PROFILASSI

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 INTERCEZIONE POSTCOITALE

se sono trascorse meno di 72 ore SÌ NO

C.7 REFERTI CLINICI ALLEGATI

NO SÌ Se sì, quali

C.8 DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA (cfr ALLEGATO 4)

SÌ foto n.
 NO

C.9 INFORMATIVA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

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

C.10 REPERTI (cfr. ALLEGATO 5) SÌ NO

Specificare.....

Firme

Pediatra :
 Ginecologo:
 Medico legale:
 Ostetrica:
 Infettivologo.....
 Infermiere:.....
 Assistente sociale:.....
 Psicologo:
 Neuropsichiatra.....

ALLEGATO 2

Scheda rilevamento sospetto maltrattamento/abuso MASCHIO

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

A. PARTE GENERALE

A1. Dati anagrafici

Cognome..... Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza..... Via..... N°.....

Tel..... Scolarizzazione/scuola frequentata.....

Pediatra di riferimento.....

Cognome padre nome padre.....

Cognome madre..... nome madre.....

fratelli NO SÌ numero: età
sorelle NO SÌ numero: età

Altri conviventi

Modalità di presentazione del minore:

Autonoma;

Genitore/i: quale:

Tutore:

Altro (parente, vicino di casa ecc.):

Invio da PLS/MMG¹⁸

Invio da Ospedale di

Servizi Territoriali:

Scuola

Forze dell'Ordine

Altra Istituzione:

Procura Tribunale minori/Procura Tribunale ordinario.....

Accompagnato da:

Cognome e nome

Rapporto con il minore :

¹⁸ PLS/MMG: Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale

A2. ANAMNESI

Anamnesi familiare (specificare se familiarità per patologie psichiatriche):

Anamnesi fisiologica:

Accrescimento:

Scuola:

Abbandono scolastico:

Vaccinazioni: SÌ ÿ NO ÿ :

Specificare se sussistono:

ÿ Disturbi dell'alimentazione: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Disturbi del sonno: tipo

epoca insorgenza

ÿ Disturbi dell'alvo: tipo (es. encopresi)

epoca insorgenza

ÿ Disturbi della minzione: tipo (es. enuresi)

epoca insorgenza

ÿ Disturbi dell'apprendimento: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Disturbi del comportamento: tipo:

epoca insorgenza

ÿ Comportamenti aggressivi: ÿ autodiretti; ÿ eterodiretti

epoca insorgenza

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

data ultimo rapporto volontario:

Contracezione: NO ÿ SÌ ÿ :

Malattie veneree già note: NO ÿ SÌ ÿ :

Minore noto a: - Servizi Sociali: NO ÿ SÌ ÿ : se sì, quale.....

- Consultorio giovani: NO ÿ SÌ ÿ : se sì, quale.....

- Neuropsichiatria Infantile: NO ÿ SÌ ÿ : se sì, quale.....

- Tossicodipendenze/SERT: NO ÿ SÌ ÿ : se sì, quale.....

- Altro: NO ÿ SÌ ÿ : quali.....

Anamnesi patologica recente:

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

Sanguinamenti genito-anali pregressi (l'evento):

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

A3. RACCONTO DELL'AGGRESSIONE/EVENTO

Resoconto del fatto così come riferito dall'accompagnatore senza la presenza del minore:.....
.....

Resoconto del fatto così come riferito dal minore (con le sue parole), auspicabilmente in assenza dell'adulto accompagnatore (specificare chi è presente durante il racconto):.....
.....

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

Luogo dell'evento.....

Sospetto maltrattante/abusante singolo gruppo n.....

Nota Extrafamiliare

Intrafamiliare.....

Convivente SÌ NO

Ignoto

Minacce verbali SÌ NO

Minacce con strumenti/armi SÌ NO

Furto SÌ NO

Ingestione o abuso di alcolici o altre sostanze SÌ NO

Perdita di coscienza SÌ NO

Sequestro in ambiente chiuso SÌ NO

per quanto tempo.....

Mezzi di contenzione SÌ NO

Se sì, quali

Spogliato SÌ NO

Se sì integralmente parzialmente

Precedenti visite presso altre strutture SÌ (vedi allegati) NO

Riferiti:

Precedenti aggressioni SÌ NO

specificare chi riferisce

Maltrattamento fisico SÌ NO

se sì quando:.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio.....

modalità

specificare chi riferisce

Abuso sessuale SÌ NO

se sì quando.....

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

modalità

specificare chi riferisce

Abuso e maltrattamento

SÌ ÿ NO ÿ

se sì quando.....

periodo intercorso dall'ultimo episodio.....

modalità

specificare chi riferisce

Nota: riportare qualsiasi altra nota del racconto della vittima.....

Atteggiamento del minore durante il colloquio:

Livello di collaborazione:

ÿ collaborante; ÿ poco collaborante; ÿ oppositivo; ÿ altro:

Atteggiamento:

ÿ indifferente; ÿ distaccato; ÿ timoroso; ÿ compiacente; ÿ irrequieto; ÿ stato di allarme

ansioso; ÿ piange; ÿ non definibile; ÿ 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

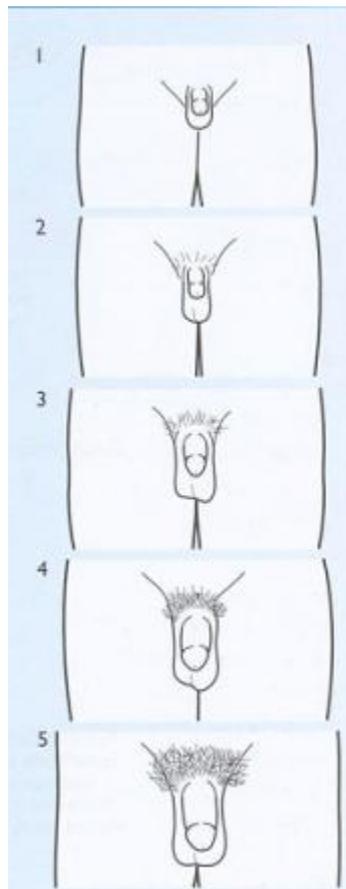
Peso Altezza FC PA.....

Tabella 6. Stadiazione di Tanner – Maschio:

Stadio I	fase prepuberale: scroto e pene hanno dimensioni non variate rispetto alla condizione infantile, testicoli di vol. <4cc	assenza di peli pubici
Stadio II	aumento di volume dei testicoli (4 cc e oltre) e dello scroto che assume anche un'iniziale pigmentazione e corrugamento della cute	comparsa dei primi peli pubici alla radice del pene, ancora sottili e debolmente pigmentati
Stadio III	crescita in lunghezza e poi in larghezza del pene, ulteriore sviluppo dello scroto e dei testicoli (vol. 10 cc)	incremento dei peli pubici che diventano più pigmentati, grossolani e ricci
Stadio IV	ulteriore progressione in larghezza del pene e sviluppo del glande, dello scroto e dei testicoli (vol. 16 cc), aumento di pigmentazione dello scroto	i peli pubici hanno un aspetto di tipo adulto, ma ancora con un'estensione non completa, mancando lo sviluppo all'interno della coscia e all'addome con le caratteristiche proprie del sesso maschile.
Stadio V	pubertà completa: dimensione delle gonadi e sviluppo dei genitali esterni tipici dell'adulto.	apparato pilifero proprio dell'adulto

(da Tanner JM Growth at adolescence; with a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity. Oxford, Blackwell Scientific Publications 1962, modificata)

Figura 10. Stadiazione di Tanner - maschio



Peli ascellari

Sì ÿ

NO ÿ

Volume testicolare (Orchidometro di Prader)

Dx

Sn.....

Condizioni generali:

- nutrizione:
- idratazione:
- igiene personale:
- aspetto: ordinato e curato trasandato
- altro:

Sintomi fisici:

Sintomi psichici:

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 (ansia, rituali, incubi, risvegli ripetuti, terrori), disturbi affettivi (apatia, stato confusionale, crisi di pianto, disinteresse per il gioco), disturbi dell'adattamento (difficoltà scolastiche, 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, inversione dell'aggressività, opposizione o lotta, identificazione con l'aggressore), disturbi dell'attaccamento, paura-vigilanza, atteggiamenti instabili e aggressivi, tendenza al ritiro sociale, relazioni caratterizzate da impulsività ed aggressività.

Atteggiamento del minore 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:

.....

- Ferite lacero-contuse NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Esiti di lesioni NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Cicatrici NO SÌ
 - Sede.....
 - Forma.....
 - Dimensione.....
 - Colore.....
 - Foto NO SÌ
- Fratture¹⁹ NO SÌ
 - Sede.....
 - Tipologia.....
- Fratture pregresse²⁰ NO SÌ
 - Sede.....
 - Tipologia

¹⁹ Per approfondimenti, vedi Quaderno 2 – Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico. Collana “Maltrattamento e abuso sul minore. I quaderni del professionista.” Regione Emilia-Romagna

²⁰ Vedi nota precedente

Descrizione di lesioni e tracce:
indicare nei disegni²¹ le sedi in cui sono state riscontrate

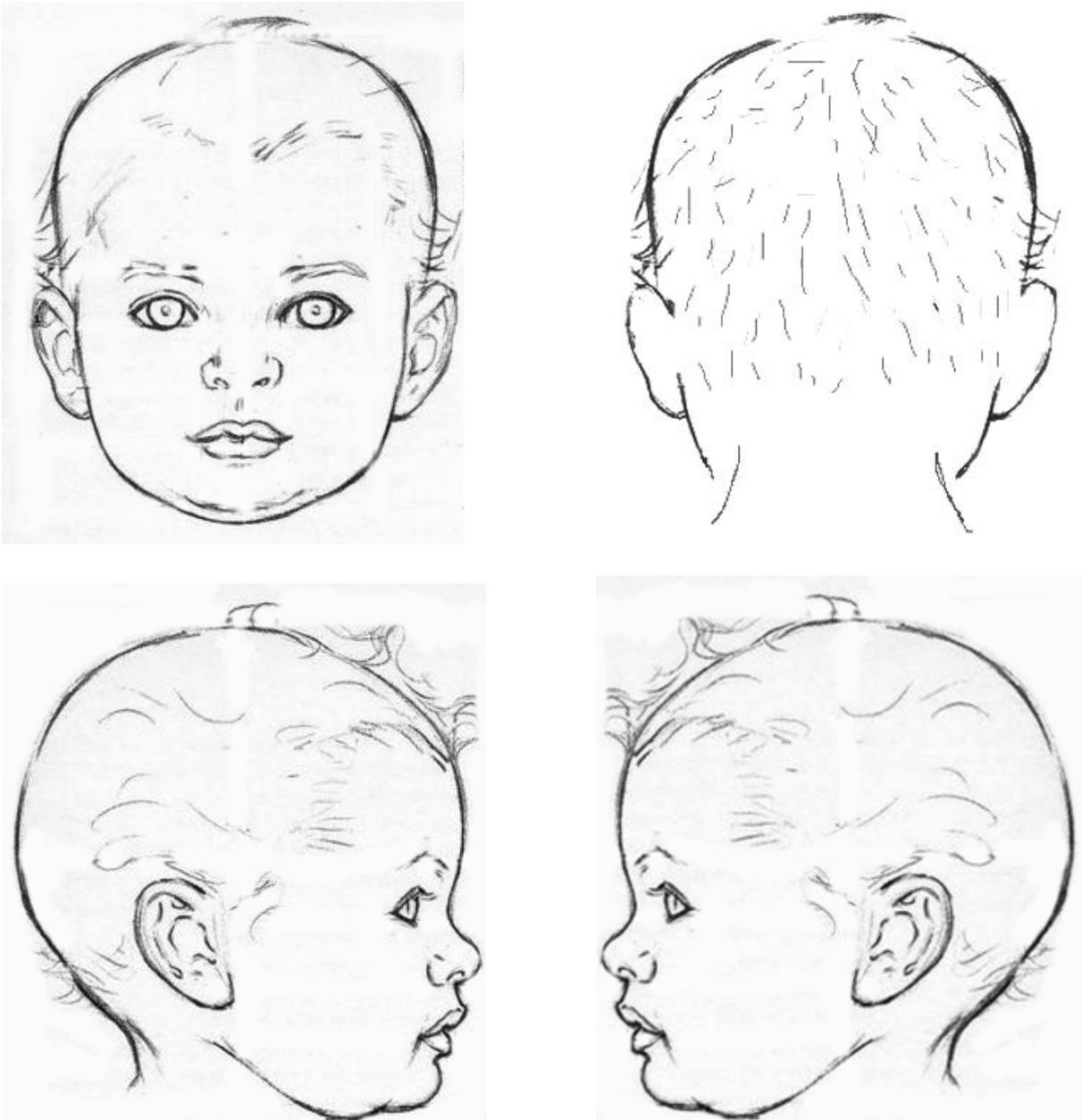


Figura 11. Capo e collo bambino

Spazio per note:

.....

.....

.....

.....

²¹ Figure da 11 a 14

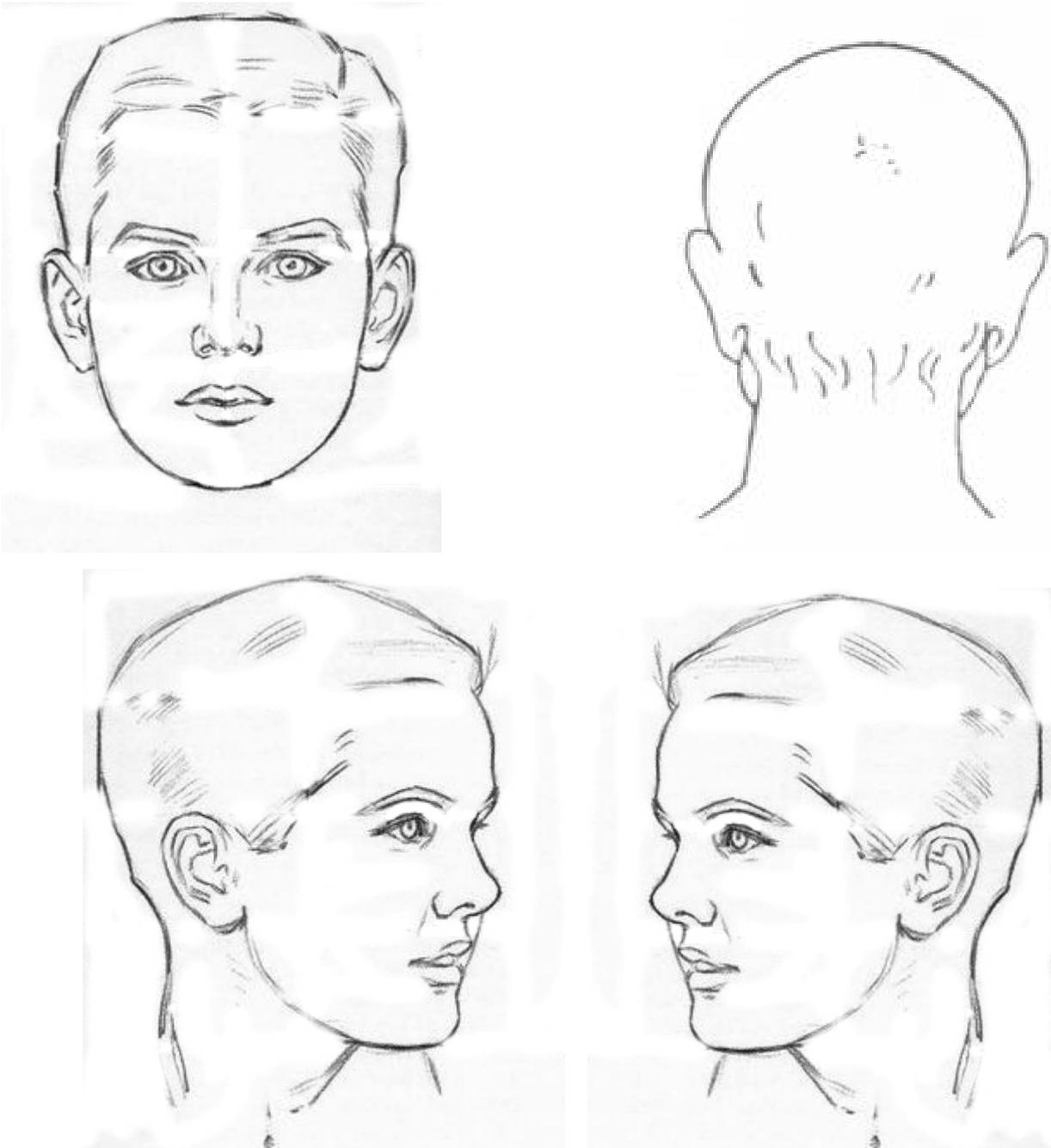


Figura 12. Capo e collo adolescente

Spazio per note:

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

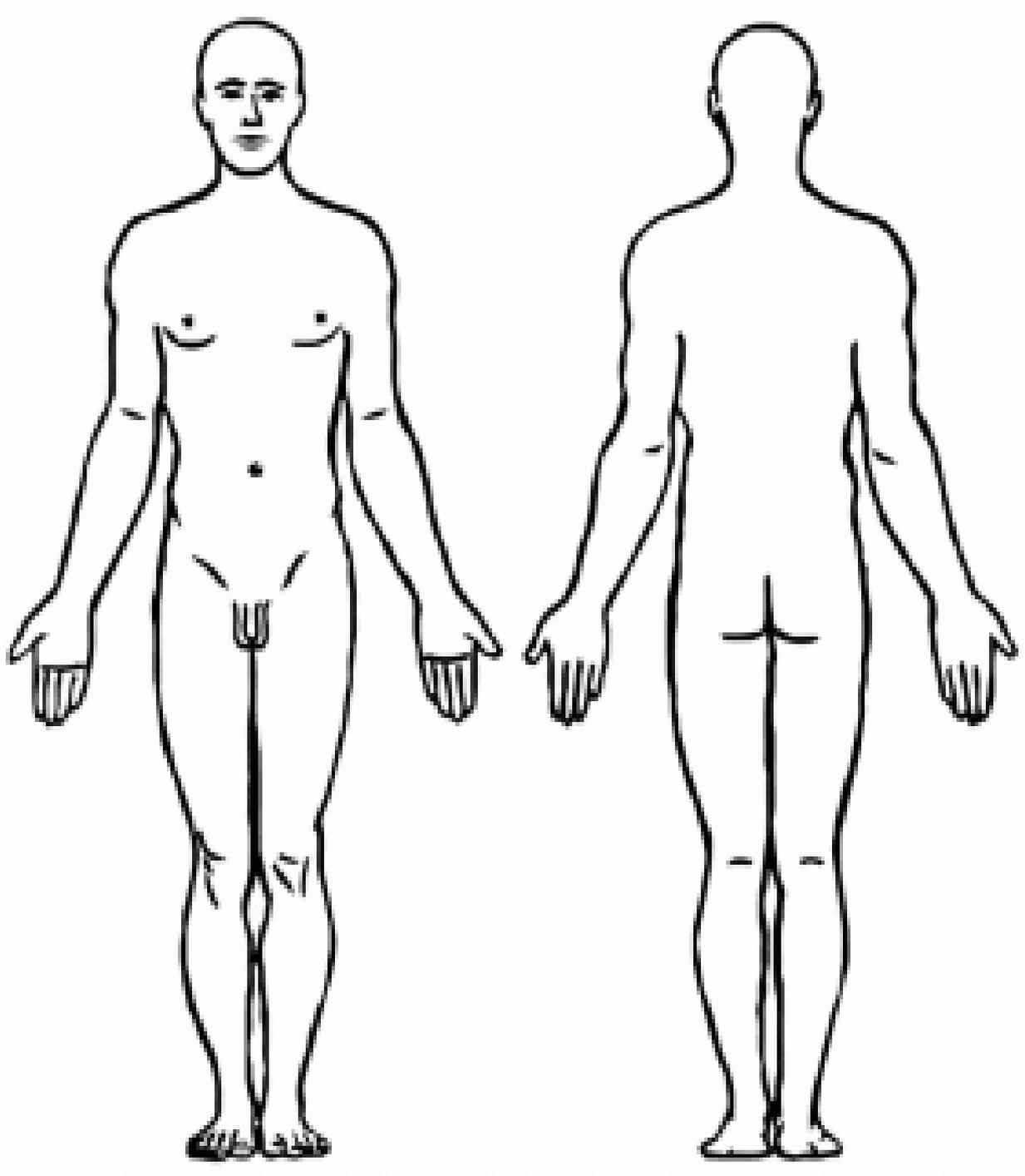


Figura 13. Schema corporeo maschile

Spazio per note:

.....

.....

.....

.....

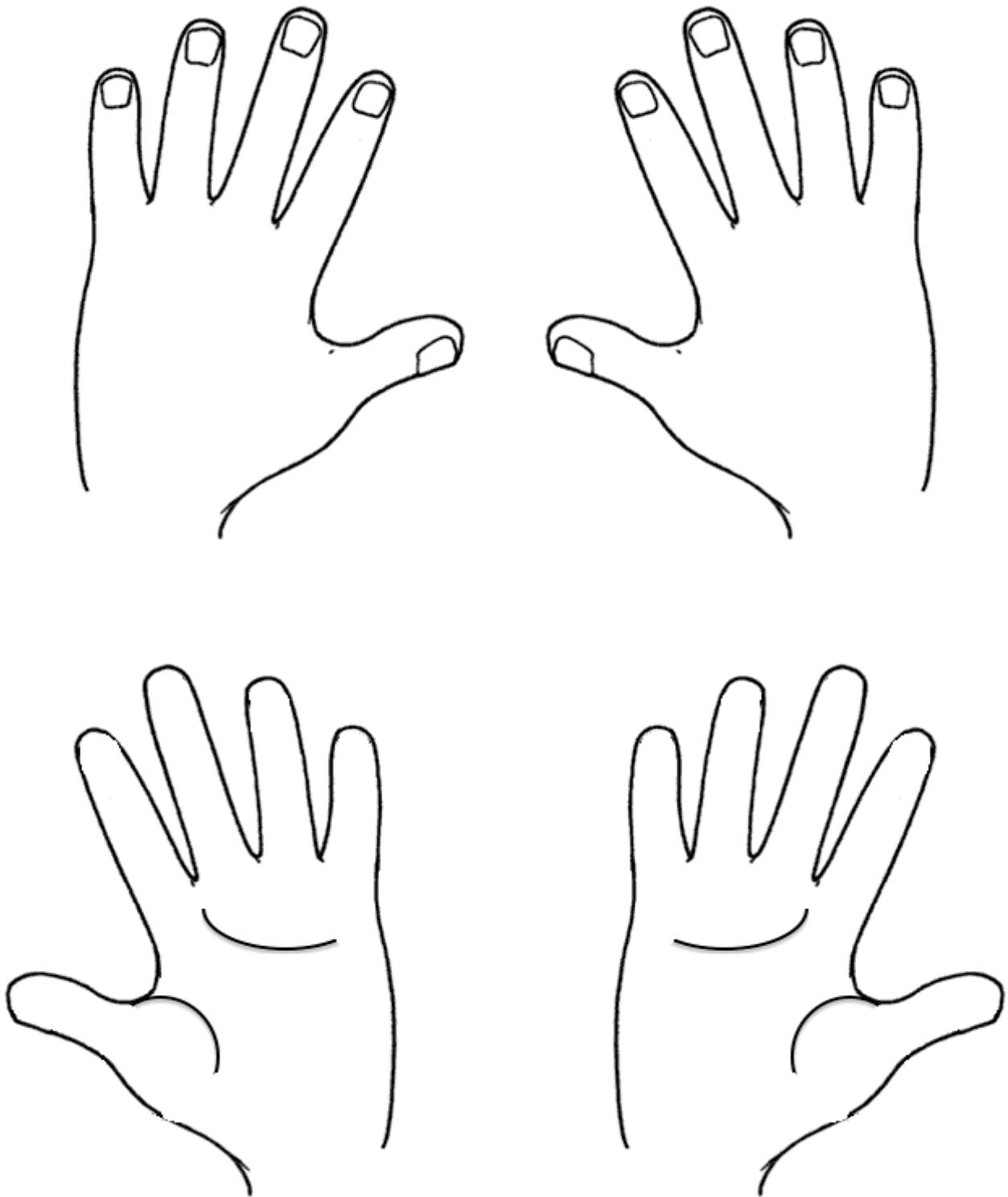


Figura 14. Schema mani e polsi

Spazio per note:

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

Consulenze specialistiche.....

Referti clinici allegati

SÌ ÿ Se sì, quali

NO ÿ

Accertamenti strumentali:

Accertamenti di laboratorio:.....

Ricovero/Dimissione e motivazioni:... ..

Annotazioni medico-legali:.....

FIRME:

Medico di Pronto Soccorso:.....

Pediatra:

Medico legale:

Infermiere:.....

Assistente sociale:.....

Psicologo:

Neuropsichiatra.....

Scheda rilevamento sospetto maltrattamento fisico MASCHIO

B. PARTE SPECIALE

B 1. KIT PER SOSPETTO MALTRATTAMENTO FISICO

Per questa fase viene proposto all'operatore il kit il cui contenuto è riportato nell'ALLEGATO 3.a da utilizzare in caso di verosimile imbrattamento con liquidi biologici dell'aggressore.

B 2. ESAMI DI LABORATORIO

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

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| o Markers Epatite B e C ²² | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Diagnostica HIV ²³ | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Prelievo delle urine per eventuali test tossicologici: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Prelievo ematico per eventuali test tossicologici: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

B 3. EVENTUALE PROFILASSI

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| antitetanica: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| antiepatite B: | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

B 4. REFERTI CLINICI ALLEGATI

- SÌ Quali
- NO

B 5. DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA (cfr. ALLEGATO 4)

- SÌ foto n.
- NO

B 6. INFORMATIVA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| REFERTO | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DENUNCIA | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Specificare..... | | |
| Procura Ordinaria | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Procura Minorile | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Forze dell'Ordine | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

²²Programmare controllo a distanza (almeno 4 settimane).

²³ Per il prelievo HIV richiedere il consenso agli aventi diritto.

B 7. REPERTI (cfr. ALLEGATO 5) SÌ ÿ NO ÿ

Specificare.....

Firme

Pediatra :

Medico legale:

Infettivologo.....

Infermiere:

Assistente sociale:

Psicologo:

Neuropsichiatra.....

Scheda rilevamento sospetto abuso sessuale MASCHIO

C. PARTE SPECIALE

C 1. SINTESI ANAMNESTICA

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

Atto agito ²⁴	orale	anale	vaginale
Manipolazione			
Penetrazione			
Eiaculazione			
Atto unico			
Atto ripetuto			
Aggressore unico			
Più aggressori			
Digitale			
Corpi estranei			

Tabella 7. Tabella riassuntiva anamnestica

- uso di preservativo SÌ ÿ NO ÿ
- pulizia delle zone lesionate o penetrate SÌ ÿ NO ÿ
- cambio degli slip SÌ ÿ NO ÿ
- cambio di altri indumenti SÌ ÿ NO ÿ
- se sì, quali.....
- minzione SÌ ÿ NO ÿ
- evacuazione SÌ ÿ NO ÿ
- pulizia del cavo orale SÌ ÿ NO ÿ
- vomito SÌ ÿ NO ÿ
- assunzione di farmaci SÌ ÿ NO ÿ
- se sì, quali.....
- Rapporti sessuali consenzienti:
 - prima dell'aggressione: SÌ ÿ NO ÿ
 - Se sì, quando (data e ora)
 - dopo l'aggressione: SÌ ÿ NO ÿ
 - Se sì, quando (data e ora)
 - dato non riferito ÿ

²⁴ In seguito a induzione/costrizione da parte dell'abusante

C 2. ESAME DELL'AREA GENITO-ANALE MASCHILE

Sintomatologia riferita da minore²⁵:

Sintomatologia riferita da accompagnatore²⁶

La valutazione clinica di un sospetto abuso sessuale deve sempre iniziare con una osservazione della regione anale e del tono sfinterico cui seguirà l'osservazione degli organi genitali. Ciò permette di valutare correttamente il riflesso di dilatazione anale, che compare entro trenta secondi dalla separazione bimanuale dei glutei, in decubito laterale o genu-pettorale.

ESAME ANALE:

Fotografie	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ripresa video	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lente di ingrandimento con fonte luminosa interna	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Posizione adottata durante la visita: supina; "frog leg"; genu-pettorale; prona; altro: (specificare).....

Specificare se solo osservazione anche esame digitale.....

Glutei.....

Modalità: separazione trazione

Cute perianale.....

Tono sfinterico (segnalare eventuali spasmi o lassità):

Riflesso di dilatazione (evocabile alla cauta dilatazione laterale dei glutei)

Immediato (< 30 secondi)	<input type="checkbox"/>	
Tardivo (> 30 secondi)	<input type="checkbox"/>	
Persistente	<input type="checkbox"/>	specificare i tempi

Congestione venosa

Immediato (< 30 secondi)	<input type="checkbox"/>	
Tardivo (> 30 secondi)	<input type="checkbox"/>	
Persistente	<input type="checkbox"/>	specificare i tempi

Aspetto imbutiforme con visualizzazione del canale

Presenza di rilasciamento e contrazioni spontanee

Sanguinamento dell'orifizio	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sanguinamento dall'orifizio	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Feci in ampolla	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Corpi estranei	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altro:

²⁵ Facendo particolare attenzione a: dolore – sede, caratteri e durata, sanguinamenti – sede, caratteri e durata, secrezioni uretrali – caratteri e durata

²⁶ Vedi nota precedente

**Descrizione 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 sedi di prelievo per repertazione successiva.

Tabella 8. Presenza e tipologia di lesioni

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

ESAME GENITALE:

Fotografie SÌ ÿ NO ÿ
 Ripresa video SÌ ÿ NO ÿ
 Lente di ingrandimento con fonte luminosa interna SÌ ÿ NO ÿ

Posizione adottata durante la visita:

ÿ supina; ÿ "frog leg"; ÿ genu-pettorale; ÿ prona; ÿ altro:

Tabella 9. Glande e testicoli

Glande	scopribile	Parzialmente SÌ ÿ NO ÿ					
		Totalmente SÌ ÿ NO ÿ					
	Aderenze balano – prepuziali SÌ ÿ NO ÿ						
	Fimosi SÌ ÿ NO ÿ						
Testicolo Dx	Volume (Orchidometro di Prader):	- in sede /retrattile /mobile	criptorchide	ectopico	dolenzia	idrocele	varicocele
Testicolo Sn	Volume (Orchidometro di Prader):	- in sede /retrattile /mobile	criptorchide	ectopico	dolenzia	idrocele	varicocele

Descrizione lesività

e indicazione della sede di prelievo per la repertazione

Segnalare la presenza di: eritemi, 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.

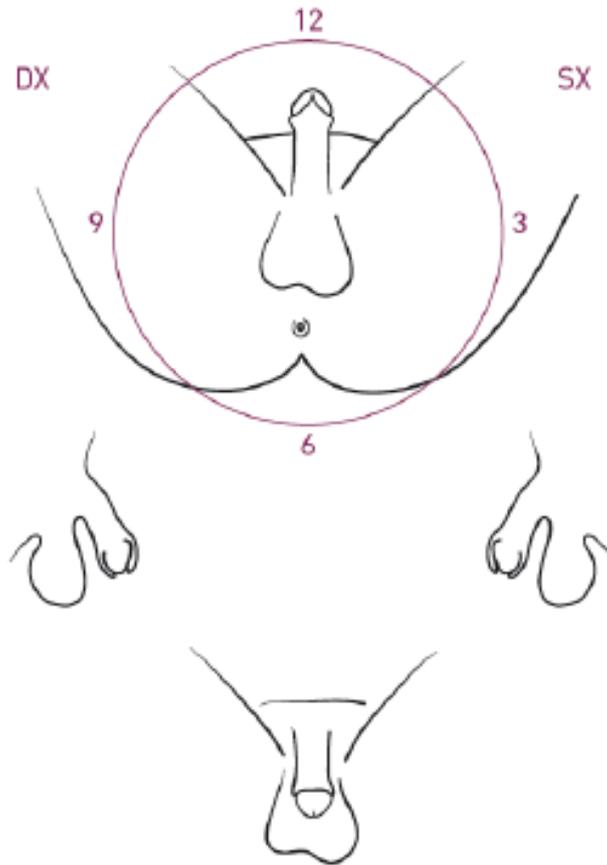
Indicare, inoltre, l'eventuale presenza di apparente liquido seminale, di altri imbrattamenti e/o di sanguinamenti, specificandone le sedi ed eventuali sedi di prelievo per repertazione successiva.

Tabella 10. Presenza lesività

	Eritemi	Escoriazioni	Ecchimosi	Lacerazioni	Soluzioni di continuo	Cicatrici	Foto disponibile allegata	Prelievo
Faccia interna delle cosce								
Cute scrotale								
Perineo								
Pene								
Prepuzio presente: SÌ ÿ NO ÿ								
Meato uretrale								
Area periuretrale								
Glande								

Figura 15.

Indicazione sede del prelievo in area genito- anale maschile



(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)

Visita chirurgica:.....
Altre consulenze specialistiche:
Ecografia pelvica:.....
Esami strumentali:.....
Accertamenti di laboratorio:.....
Ricovero/dimissioni e motivazioni:.....
Annotazioni medico legali:.....
Atteggiamento del minore 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:

C 3. KIT PER SOSPETTO ABUSO SESSUALE

Per questa fase viene proposto all'operatore il kit il cui contenuto è riportato nell'ALLEGATO 3.b

C 4. ESAMI DI LABORATORIO (in accordo con infettivologo)

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

Prelievo del sangue²⁷ per:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| o TPHA-VDRL | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Markers Epatite B e C | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Diagnostica HIV ²⁸ | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Prelievo delle urine per bHCG:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programmato controllo a distanza (almeno 4 settimane)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Prelievo delle urine per eventuali test tossicologici:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Prelievo ematico per eventuali test tossicologici:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Raccolta di materiale e di indumenti per esame del DNA:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Vetrini smerigliati per ricerca spermatozoi:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione del DNA:	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Tamponi con terreno di coltura:

- | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| o Chlamydia | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Gonococco | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| o Trichomonas | SÌ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

²⁷ Programmare controllo a distanza (almeno 4 settimane).

²⁸ Per il prelievo HIV richiedere il consenso agli aventi diritto.

C 5. EVENTUALE PROFILASSI

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. REFERTI CLINICI ALLEGATI

NO SÌ Se sì, quali

C 7. DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA (cfr ALLEGATO 4)

SÌ foto n.
NO

C 8. INFORMATIVA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

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

C 9. REPERTI (cfr. ALLEGATO 5)

Specificare.....

Firme

Pediatra :

Chirurgo:

Medico legale:

Infettivologo.....

Infermiere:.....

Assistente sociale:.....

Psicologo:

Neuropsichiatra.....

ALLEGATO 3

Composizione dei kit

a. Kit per sospetto maltrattamento fisico

- 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 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 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 il minore
- 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 sospetto abuso 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 il minore
- 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:

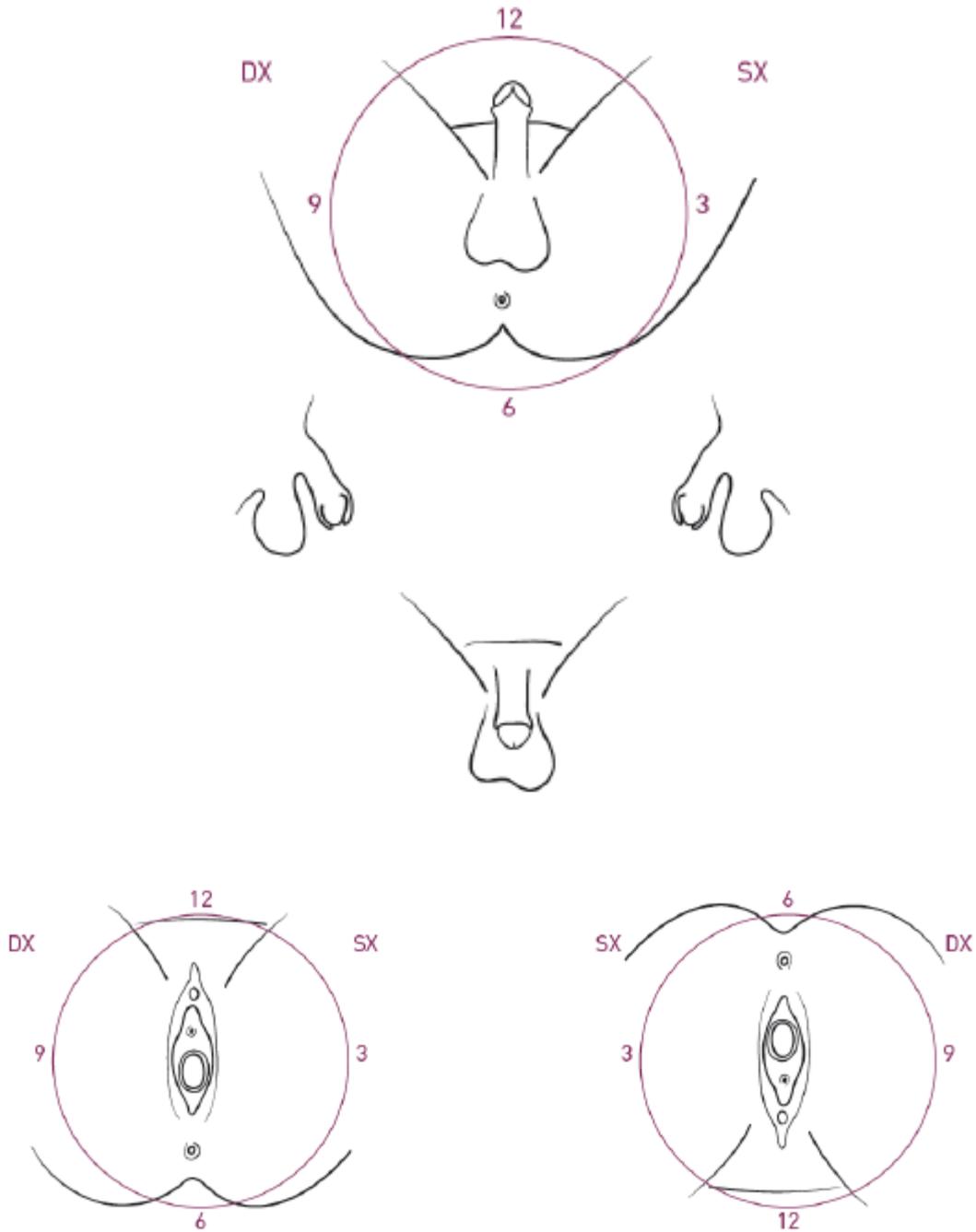
Tabella 11. Indumenti fotografati

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

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, medico che ha effettuato la foto (cfr. ALLEGATO 1 e 2)

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.

Figura 18. Indicazione della sede di fotografia. Identificazione/numerazione foto.



(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)

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, etc.) e corpo e/o indumenti del minore, 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 vittima.

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 devono essere conservati, per consentire l'esecuzione di ricerche specifiche con metodologie, metodiche, tecniche e strumentazione appropriata.
Deve essere conservato tutto ciò che è stato a contatto con cute e mucose della vittima, durante e dopo la presunta aggressione, anche eventuali assorbenti interni ed esterni, in caso di sospetto abuso sessuale.

B- sul corpo della vittima: 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, mucose ed indumenti.

I prelievi devono essere effettuati sulle tracce evidenziate:

nelle zone dove l'aggressore abbia avuto dei contatti, fisici o attraverso fluidi biologici, con la vittima;

nelle zone orale, periorale, vaginale, vulvare, perivulvare, anale, perianale, allorquando ci sia stato un sospetto abuso sessuale.

In base al racconto della vittima è opportuno valutare l'esecuzione di prelievi subungueali di ogni dito ("scrub") o dell'estremità delle unghie della vittima (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 e a tutela della vittima 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 alle vittime di violenza dovranno adottare, tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (operatore-reperto, reperto-reperto, ambiente-reperto, ecc).

Nei casi di sospetto abuso sessuale è necessario:

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

A - Indumenti della vittima

- 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 il minore per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti della vittima²⁹
- maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore (formazioni pilifere o altro materiale)
- ripiegare gli indumenti e conservarli singolarmente
- fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti (umidi o bagnati), 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
- conservare gli indumenti ben asciutti in buste di carta o in scatole di cartone, mai aperte o manipolate e mantenerli a temperatura ambiente³⁰
- allestire un verbale di catena di custodia, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto (vedi punto C, allegato 5).

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

Tabella 14. Indumenti repertati e conservati

Mutandine	Calze	Camicia	Pantaloni/gonna	Altro
Reperto n:				

B - Corpo della vittima

- indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina
- non utilizzare disinfettanti o detergenti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse
- se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico
- utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cotton-fioc sterili; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-ungueale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti); valutare se tagliare le unghie
- considerare, indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento e sulla base del dato anamnestico, le seguenti sedi: area cutanea - orale - periorale - vulvare - vaginale - perivulvare - anale - perianale - peniena
- 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: numero o codice, data di esecuzione e firma dell'esecutore
- congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. Le provette non devono essere conservate in frigorifero
- allestire un verbale di catena di custodia, in cui venga indicato ogni passaggio del

²⁹ Qualora gli indumenti della vittima siano stati cambiati, è necessario acquisire gli indumenti indossati al momento del maltrattamento/abuso

³⁰ 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

Figura 20. Descrizione e indicazione della sede di prelievo per la repertazione.

Area genito- anale femminile. Numerazione

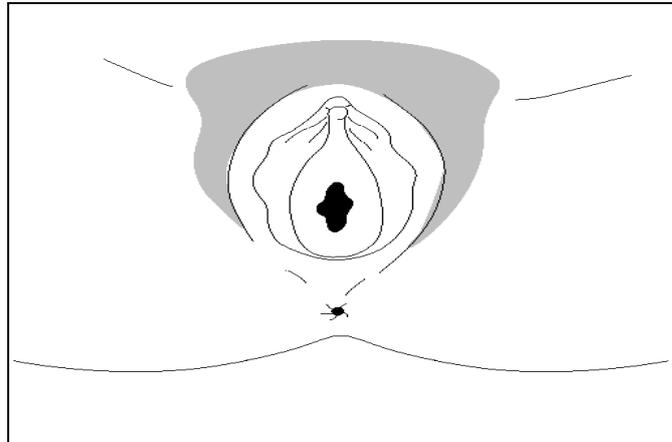


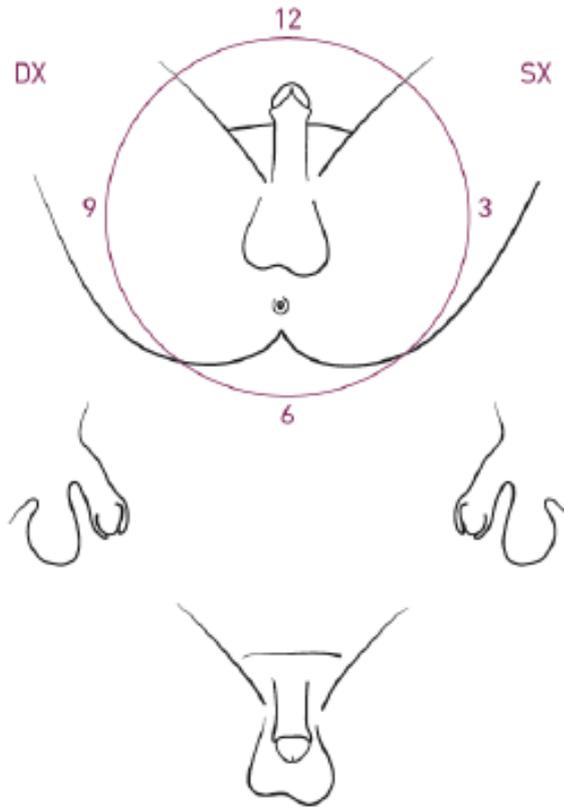
Tabella 16. Repertazione in area genito- anale femminile/maschile

Sede	Reperto n. ³³	Quantità ³⁴
Superficie interna cosce		
Perineo		
Meato uretrale		
Area periuretrale		
Vulva		
Grandi labbra		
Piccole labbra		
Clitoride		
Imene		
Vagina		
Cute scrotale		
Pene		
Glande		
Glutei		
Pliche cutanee appianate		
Cute orifizio		
Incisure		
Fissurazioni		
Appendici cutanee (tags)		
Emorroidi		
Cicatrici		

³³ Reperto n. = numero identificativo del singolo reperto

³⁴ Quantità = somma dei reperti per ciascuna sede

Figura 21. Descrizione e indicazione della sede di prelievo per la repertazione.
Area genito-animale maschile. Numerazione



(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)

C - Verbale di catena di custodia: indicare ogni "passaggio" della raccolta e campionatura del reperto, attraverso redazione di idoneo verbale identificativo contenete numero, tipo di reperto e campione, da allegare alla scheda di rilevamento sospetto maltrattamento/abuso. Ogni reperto e campione dovrà essere firmato dall'operatore deputato alla raccolta e al 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 (vedi Figura 22) da allegare alla scheda di maltrattamento/abuso.

Figura 22. Modello verbale di catena di custodia

Unita' Operativa		Data			
Minore/vittima	Nome		Cognome		
	Indirizzo				
	Telefono				
Ritiro reperti		• data		Nome: Qualifica:	
		Firma			
		• di persona		• per posta (raccomandata)	
Materiale Consegnato	Tampone		Indumenti		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.			
FIRMA CONSEGNATARIO			FIRMA PER ACCETTAZIONE		
Chiusura pratica					
Consegnato campione/reperto		Spedito campione/reperto		Eliminazione campione/reperto	Firma esecutore

ALLEGATO 6

Quadro Normativo

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 antigiuridicità, 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 vittima) 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 vittima 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 vittima 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 vittima.

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., 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 ancorchè 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 nocimento 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 commessa nei confronti di minore degli anni 18; violenza commessa dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia; violenza 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; reato sessuale compiuto su persona che non ha ancora compiuto i 10 anni.

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 l’abuso dei mezzi di correzione o di disciplina ed i maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli come comportamenti attivi o omissivi non occasionali che ledano l’integrità fisica o psichica del minore, da parte di una persona della famiglia o dell’ambiente con lui convivente o da parte di una persona a cui lui è affidato.

Alcuni approfondimenti meritano i casi di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli. Può accadere che un familiare (moglie, marito, ecc.) 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 maggiorenni, che si configurano allorquando 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.

Quando si tratta di maltrattamenti verso minori, anche nel caso in cui i genitori dichiarino che le lesioni subite siano dovute a cause accidentali, se si nutrono dubbi sull’accaduto o per il tipo di lesioni o perché non si tratta della prima volta o perché i genitori si contraddicono o appaiono titubanti/reticenti/discordanti nel raccontare quanto accaduto, il sanitario deve sempre redigere il referto per l’Autorità Giudiziaria in quanto ravvisa l’ipotesi di un reato perseguibile d’ufficio.

4. Cenni sull'obbligo di segnalazione di pregiudizio – sospetto di situazione di abbandono (Art. 9, L. 149/01)

Si definisce "situazione di pregiudizio" una qualunque situazione in cui il minore mutua, dal contesto familiare o extrafamiliare in cui è calato, uno stato di sofferenza, disagio o carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e sviluppo.

In tali casi è previsto lo strumento di informativa come la segnalazione intesa come l'atto attraverso il quale si comunica la possibile situazione di pregiudizio per le condizioni di un minore, connessa alle relazioni familiari o tutoriali, e si chiede all'organo giudiziario (Procura presso il Tribunale per i Minorenni) di attivare idonee misure di protezione.

Anche tale informativa (segnalazione) non presuppone necessariamente una conoscenza esaustiva della situazione ma deve riferire gli elementi che sono stati individuati e che fanno indiziariamente ritenere che sussistano le condizioni di pregiudizio per il minore, pregiudizio determinato da comportamenti degli adulti che svolgono nei suoi confronti azioni educative. Esiste uno specifico obbligo di segnalare alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni le situazioni di abbandono (mancanza di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o parenti) ai sensi dell'art. 9 della L.149/2001.

L'abbandono è, in questa fase, da intendere in senso lato, come carenza di cure adeguate.

Quando i segni e segnali osservati e diagnosticati nel minore concorrono a far emergere una situazione di pregiudizio - e viene contestualmente rifiutato il ricovero per accertamenti - è necessario procedere ad una serie di interventi coordinati ai fini della sua tutela - anche contro il parere dei genitori/tutori/accompagnatori - ai sensi dell'art.403 del Codice Civile. L'applicazione di tale dispositivo da parte della Pubblica Autorità (Sindaco o Autorità delegata) ed immediatamente notificata alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, concede la possibilità di:

- prendere in carico il minore assicurandogli un "contesto di protezione" all'interno del quale si possano attivare i necessari interventi di sostegno e cura. Tali interventi devono essere strettamente connessi ai tempi evolutivi e ai bisogni del minore, anche ipotizzando un ricovero ospedaliero temporaneo in ambiente idoneo

- attivare le consulenze idonee e necessarie per la valutazione clinica, psicologica e medico-legale (equipe multiprofessionale)

- attivare operatori sanitari che avranno cura del minore

Le azioni protettive non devono solamente essere orientate alla protezione fisica – impedire il comportamento maltrattante - ma anche alla protezione psichica del minore (impedire comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti, nonché pressioni psicologiche nei confronti dello stesso) e quando opportuno e necessario estese ai membri della famiglia.

5. Articoli di legge

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

Articolo 403 c.c. Intervento della pubblica autorità a favore dei minori
Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

Art 328 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 no 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. 571 c.p. Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina «Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni».

Art. 572 c.p. Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli «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. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno o in presenza di minore degli anni diciotto. 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 ...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. «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, stiletti, 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 591 c.p. Abbandono di persone minori o incapaci: abbandono di persona minore di 14 anni; di persona incapace per malattia mentale o fisica, per vecchiaia o per altra causa di provvedere a se stessa e della quale si abbia la custodia o di cui si debba avere cura.

L'obbligo viene ribadito anche da L. 4 maggio 1983, n. 184 (Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori all'art. 70: «I pubblici ufficiali o gli incaricati di pubblico servizio che omettono di riferire al Tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio sono puniti ai sensi dell'art. 328 del codice penale...»; e dalla L. 28 marzo 2001, n. 149 (Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile) all'art 9 viene aggiunta come destinatario dell'atto formale anche la Procura dei Minori «Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova, sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio».

Art. 593 c.p. Omissione di soccorso: chiunque non soccorra un fanciullo smarrito o abbandonato minore di 10 anni, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa e non avverte immediatamente l'Autorità; chiunque trovi un corpo che sia o sembri inanimato o una persona ferita o in pericolo e non presta l'assistenza occorrente o non avverte immediatamente l'Autorità).

Art. 609-bis c.p. e segg. 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 sedici 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. 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-quater c.p. (Atti sessuali con minorenne) «Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto: 1) non ha compiuto gli anni quattordici; 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di

educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza. Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni. Non è punibile il minore che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minore che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci».

Art. 609-quinquies c.p. (Corruzione di minore) «Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali. La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di stabile convivenza».

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 potestà del genitore, 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. 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. 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...».

6. Schema dei criteri di procedibilità per i reati sessuali

Criteri di procedibilità per reati sessuali									
			Violenza sessuale di gruppo (art. 609-ocies)	Atti sessuali al fine di far assistere la vittima (corruzione di minorenni art. 609-quinquies)					
Autore degli atti sessuali o violenza									
		Maggiorenne	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	Pubblico ufficiale Incaricato pubblico servizio se nell'esercizio delle proprie funzioni	Chiunque, se connessi ad altro delitto perseguibile d'ufficio	Gruppo	Chiunque
A. Atti sessuali con violenza o minaccia o abuso di autorità (violenza sessuale, art. 609-bis)									
B. Atti sessuali senza violenza o minaccia o abuso di autorità (atti sessuali con minorenne, art. 609-quater)									
Vittima degli atti sessuali o violenza		età <10 anni	età ≥10 <13 anni	età ≥13 <14 anni	età ≥14 <16 anni	età ≥16 <18 anni	età ≥18 anni		
		Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
		A. Ufficio B. Querela	A. Ufficio B. Querela	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
		A. Ufficio B. Querela	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
		A. Ufficio B. Non reato	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Non reato
		A. Ufficio B. Non reato	---	Ufficio	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Non reato
		A. Querela	A. Querela	A. Querela	A. Querela	A. Querela	A. 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).

7. Glossario

<p>Autorità Giudiziaria</p>	<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 per i minorenni, il Tribunale per i minorenni, il Giudice tutelare, la Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario, il Tribunale ordinario</p>
<p>Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Riceve le denunce di notizia di reato a carico di un minorenni, svolge le indagini preliminari e, se non deve richiedere l'archiviazione, esercita l'azione penale davanti al Tribunale per i minorenni; b. vaglia le segnalazioni pervenute dai servizi o da soggetti privi di legittimazione alla presentazione del ricorso (cittadini e volontariato sociale) riguardanti situazioni di pregiudizio e di abbandono per un minore di età; inoltra l'informativa alla Procura presso il Tribunale ordinario, qualora ravvisi una fattispecie di reato a danno di un minore ad opera di un adulto; c. restituisce la segnalazione predetta al servizio segnalante quando non ravvisa la sussistenza delle condizioni inerenti al principio di legalità per la presentazione di un ricorso al Tribunale; d. richiede con ricorso al Tribunale per i minorenni di dichiarare lo stato di adottabilità di un minore in stato di abbandono, (art.9, co.2, L.184/83), di pronunciare la decadenza o l'affievolimento della potestà genitoriale (artt. 330 e 333 c.c.), di disporre l'affidamento ai servizi sociali del minore e/o il suo allontanamento dalla residenza familiare (art. 333 c.c.); e. effettua o dispone ispezioni nelle comunità tutelari con ricorrenza semestrale o ispezioni straordinarie ogniqualvolta lo ritenga opportuno (art. 9, co. 3, L. 184/83). Il procuratore o il suo delegato, in occasione delle visite ispettive, sollecita ed accoglie le istanze dei minori d'età collocati fuori dalla residenza familiare dirette ad una verifica periodica della loro condizione.
<p>Tribunale per i minorenni</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Decide sui ricorsi presentati dal procuratore o dalle parti private nei casi previsti. In particolare, può dichiarare lo stato di adottabilità (art. 15, L. 184/83), pronunciare la decadenza o la limitazione della potestà genitoriale; pronunciare l'allontanamento dalla famiglia di un minore che si trovi in una situazione pregiudizievole a causa del comportamento di uno o di entrambi i genitori; disporre l'affidamento del minore ai servizi sociali o l'affido familiare ove manchi l'assenso degli esercenti la potestà (artt. 330 e 333 c.c.); b. vigila sui minori di età per i quali ha emesso un decreto di affidamento familiare in assenza di consenso degli esercenti la potestà (art. 4 co. 3 L. 184/83); c. giudica i minori d'età accusati di aver commesso un reato.
<p>Giudice tutelare</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Nomina il tutore legale al minore di età privo di un rappresentante legale, salvo nei casi in cui tale competenza è attribuita al Tribunale per i minorenni, ossia quando vi è dichiarazione dello stato di adottabilità o di sospensione della potestà genitoriale; b. sovrintende alla tutela ed esercita le funzioni che la legge gli attribuisce in merito; c. rende esecutivo con decreto l'affido familiare o l'inserimento in

Segue, Giudice tutelare	<p>comunità tutelare disposto dal servizio sociale previo consenso manifestato dai genitori o dal tutore e sentito il minore;</p> <p>d. vigila sui minori d'età sottoposti ad affidamento consensuale per i primi due anni.</p>
Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario	<p>a. Indaga ed esercita l'azione penale nei confronti del maggiorenne accusato di aver commesso reato anche in danno di un minore di età;</p> <p>b. segnala tale caso alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per la tutela civile del minore di età.</p>
Tribunale ordinario	<p>a. In sede civile, dispone l'affidamento dei figli in caso di separazione dei genitori coniugati;</p> <p>b. in sede penale, è competente per i procedimenti giudiziari che vedono un minore vittima di un reato, qualora l'autore sia maggiorenne.</p>
Reato	<p>E' un comportamento, commissivo od omissivo, per il quale l'Ordinamento Giuridico prevede una specifica sanzione penale, essendo tale comportamento considerato antigiuridico poichè offende beni tutelati da apposita norma codicistica. Ai sensi dell'art. 39 del Codice Penale (libro I, titolo III, capo I) "i reati si distinguono in delitti e contravvenzioni, secondo la diversa specie delle pene per essi rispettivamente stabilite da questo codice".</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).</p> <p>I reati perseguibili a querela di parte sono quei reati in cui il codice di procedura penale pone in capo alla vittima la manifesta volontà di perseguire penalmente il fatto subito (querela). Per i delitti perseguibili a querela, quindi, è necessario che la persona offesa dal reato chieda formalmente che il colpevole venga penalmente punito. Il diritto di querela è garantito ad ogni persona offesa da un reato per cui non si debba procedere d'ufficio (art. 120 c.p.), deve essere esercitato entro tre mesi dal giorno in cui la Persona Offesa ha avuto notizia del fatto che costituisce reato (art. 124 c.p.) o entro 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>
Reato	<p>La procedibilità d'ufficio è la qualità posta in capo ad alcuni reati: una volta</p>

perseguibile d'ufficio	<p>commessi questi reati l'azione penale deve essere avviata al solo ricevimento della "notitia criminis". A differenza di quanto accade per i reati perseguibili a querela della persona offesa, l'Autorità Giudiziaria deve immediatamente perseguire il colpevole non appena acquisita la relativa denuncia, indipendentemente dalla eventuale lesione di diritti di terzi e dalla loro eventuale facoltà di rivalsa. Inoltre, l'azione avviata d'ufficio non prevede l'azione di remissione da parte della vittima quindi non è possibile interromperla se non su indicazione del PM. La procedibilità d'ufficio è in relazione al tipo reato e alla gravità del nocumento arrecato all'ordinamento giuridico.</p>
Querela	<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) "ogni persona offesa da un reato per cui non debba procedersi d'ufficio ... ha diritto di querela." Ai sensi degli artt. 336 e seguenti "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 ...", è l'atto con cui la persona offesa dal reato manifesta la volontà di perseguire penalmente il fatto costituente reato che essa stessa ha subito. In sintesi, la querela è la dichiarazione con la quale la persona che ha subito un reato (o il suo legale rappresentante) esprime la volontà che si proceda per punire il colpevole. Non ci sono particolari regole per il contenuto dell'atto di querela, ma è necessario che, oltre ad essere descritto il fatto-reato, risulti chiara la volontà del querelante che si proceda in ordine al fatto e se ne punisca il colpevole.</p> <p>La querela deve essere presentata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • entro 3 mesi dal giorno in cui si ha notizia del fatto che costituisce il reato • entro 6 mesi per reati contro la libertà sessuale (violenza sessuale o atti sessuali con minorenne). <p>E' possibile ritirare la querela precedentemente proposta tranne nel caso di violenza sessuale o atti sessuali con minorenni. La revoca della querela prende il nome di remissione.</p> <p>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>
Referto	<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.</p> <p>Il referto rientra tra le attività doverose cui il medico è sottoposto, tanto che, come disciplinato dall'art. 365 c.p., l'inadempimento di tale obbligo è penalmente sanzionabile.</p> <p>In questo senso costituisce norma speciale e differenziata rispetto alla denuncia, in quanto individua un trattamento penalistico con riferimento specifico ed esclusivo per quanto attiene la materia "salute".</p>
Obbligo di referto Segue,	<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</p>

Obbligo di referto	richiesto il proprio intervento senza indagare sulla natura giuridica del fatto che invece compete all'Amministrazione di Giustizia. L'obbligo non sussiste nel caso in cui il referto esponga la persona assistita a procedimento penale.
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 necessità	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	Il medico deve sempre informare il minore su ogni attività di tipo clinico

e consenso al trattamento sanitario	<p>diagnostico, con linguaggio idoneo alle sue capacità di comprensione. Durante le fasi operative per la valutazione di maltrattamento/abuso l'informazione deve essere completa e rassicurante.</p> <p>L'interlocutore privilegiato in tale fattispecie è il minore, mentre i genitori partecipano in modo collaborativo alla acquisizione della consapevolezza e della manifestazione successiva della sua volontà. Infatti l'attività specifica del medico, in tale fase, si identifica in quel processo catamnestico indifferibile ed imprescindibile per qualsiasi attività successiva sia di tipo clinico che di tipo tecnico-forense.</p> <p>Si specifica come l'acquisizione di consenso alla attività sanitaria, benché sia legalmente riconosciuta in capo ai genitori o tutori legali, nel caso specifico deve prevedere un coinvolgimento attivo del minore sia come espressione di validità del consenso stesso sia come espressione di una compliance efficace ai fini clinico e giudiziari; in altri termini l'esercizio di potestà parentale ovvero il coinvolgimento dei genitori non risulta vincolante ai fini dell'espletamento dell'attività clinico-forense, che risulta, quindi, indipendente da qualsiasi manifestazione di assenso da parte dei genitori o tutori legali.</p> <p>Si specifica come, nel caso di manifestazione di dissenso agita dal genitore o tutore legale, nel caso di maltrattamento/abuso, il medico valuterà l'opportunità di segnalare con urgenza la situazione che si è venuta a creare al Servizio Sociale/Autorità Giudiziaria</p>
La tutela della privacy	<p>Il Decreto Legislativo n.196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" riconosce il diritto alla protezione dei propri dati personali ed alla tutela della propria riservatezza.</p> <p>Le informazioni inerenti il minore sono di natura personale e di natura sensibile. I soggetti coinvolti nella rete (operatori sanitari, servizi sociali, etc.) devono trattare tali dati secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità e nel pieno rispetto del segreto professionale e d'ufficio.</p> <p>I dati personali e sensibili forniti a seguito di prestazioni sanitarie e consulenziali sono trattati dal personale incaricato (medici, psicologi, assistenti sanitari e sociali, etc.) nel rispetto della normativa "privacy".</p> <p>In particolare, nelle fasi di diagnosi e di cura che prevedono il contatto e la collaborazione tra sanitari, per lo più medici, afferenti a diversi settori specialistici e a diversi servizi (medico di guardia del P.S., ginecologo, radiologo e pediatra di libera scelta o medico di Medicina generale, etc.), è necessario che tutte le informazioni vengano trattate solo per le finalità correlate alla presa in carico globale del minore vittima di abuso e/o maltrattamento.</p> <p>I dati possono essere comunicati, nel rispetto delle disposizioni vigenti, ai soggetti coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (es. Autorità Giudiziaria, Tribunale dei Minori, Servizi Sociali del Comune, ecc.), limitatamente al raggiungimento delle finalità sopra esposte e allo scopo di attivare un piano di intervento specifico a tutela del minore.</p>

COLLANA

Maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale

