

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - informa@ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 294

del 18/05/2017

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Recepimento protocollo d'intesa "Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza e attivazione della rete dei servizi".

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisito il **parere** del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che già dal 2008 era in corso nel territorio dell'ASL un percorso di integrazione e cooperazione tra l'ospedale e il territorio, finalizzato a definire le modalità di accoglienza e presa in carico delle donne vittime di violenza;

Rilevato in particolare che nel corso dell'anno 2015 era stato costituito un gruppo di lavoro presso l'ASL di Brescia, con la presenza dei rappresentanti delle Aziende Ospedaliere Spedali Civili di Brescia, Mellino Mellini di Chiari, Desenzano del Garda, Gruppo San Donato di Milano (per gli Istituti Clinici Città di Brescia, Sant'Anna e San Rocco) e Fondazione Poliambulanza di Brescia, che ha elaborato linee guida tecnico operative per gli interventi e la presa in carico delle donne vittime di violenza, dall'accoglienza presso il pronto soccorso al successivo percorso extra ospedaliero;

Dato atto che la L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 ha introdotto significative modificazioni nell'assetto organizzativo del servizio sanitario lombardo, assegnando in particolare alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali – subentrate dal 01.01.2016 alle Aziende Ospedaliere - i presidi e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, in raccordo con quelle sociali ed alle Agenzie di Tutela della Salute – subentrate alle Aziende Sanitarie Locali - il governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi;

Rilevata la necessità, in ragione della costituzione delle ATS e delle ASST, di dare continuità all'utilizzo degli strumenti di lavoro, delle linee guida e delle prassi condivise, tenuto conto dei nuovi assetti e delle rispettive competenze;

Dato atto che il gruppo di lavoro ricostituito il 07.02.2017, coordinato dalla Direzione Sociosanitaria dell'ATS di Brescia, composto da rappresentanti delle ASST Spedali Civili di Brescia, Franciacorta e Garda e dai rappresentanti del Gruppo San Donato di Milano (per gli istituti clinici Città di Brescia, Sant'Anna e San Rocco) e Fondazione Poliambulanza di Brescia, ha rivisto ed aggiornato le linee guida del 2015 alla luce dell'esperienza maturata, della nuova normativa, delle raccomandazioni contenute nei piani nazionale e regionale e dell'attivazione della Rete Territoriale interistituzionale antiviolenza istituita dal Comune di Brescia quale ente capofila;

Atteso che si è ritenuto di dare attuazione alle linee guida operative, nella versione aggiornata nel 2017, attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa, finalizzato alla realizzazione di un iter definito e condiviso, dall'accoglienza della donna vittima di violenza, alla realizzazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione ed attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva ed alla pianificazione di un progetto individuale di intervento;

Dato atto che è stato inoltrato alle Direzioni Sanitarie e Sociosanitarie delle ASST Spedali Civili di Brescia, della Franciacorta e del Garda, nonché ai Direttori Sanitari della Fondazione Poliambulanza, degli Istituti Clinici Città di Brescia, S. Anna e San Rocco (nota prot. n. 0032208 del 04.04.2017) il testo del protocollo d'intesa "Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza e attivazione della rete dei servizi territoriali", contenente le linee guida aggiornate e concordate nel gruppo di lavoro, per la conseguente adesione formale;

Preso atto che le ASST Spedali Civili di Brescia (nota prot. n. 0023211 del 13.04.2017 – atti ATS prot. n. 0036673/17), della Franciacorta (nota dell'11.04.2017 – atti ATS prot. n. 0035784/17 e del Garda (nota prot. n. 2017U0014175 del 13.04.2017 – atti ATS prot. n. 0037167/17), nonché gli Istituti Clinici Città di Brescia (nota prot. n. 157 del 13.04.2017 – atti ATS prot. n. 0036678/17), S. Anna di Brescia (nota prot. n. 248 del 14.04.2017 – atti ATS prot. n. 0037813/17) e San Rocco di Ome (nota prot. n. 252 del 12.04.2017 – atti ATS prot. n. 0037157/17), e la Fondazione Poliambulanza di Brescia (nota del 18.04.2017 – atti ATS prot. n.



0039014/17), hanno comunicato l'adesione formale al protocollo d'intesa, come risulta dalle note agli atti dell'U.O. Famiglia Infanzia Età Evolutiva;

Ritenuto pertanto di recepire il protocollo d'intesa "Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza e attivazione della rete dei servizi territoriali" (allegato "A" comprensivo degli allegati n. 1-2-3-4, composto complessivamente da n. 35 pagine), parte sostanziale e integrante del presente provvedimento;

Vista la proposta congiunta del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani e del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato;

Dato atto che la Responsabile dell'U.O. Famiglia Infanzia Età Evolutiva, Dott.ssa Adele Ferrari attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Dato atto che i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario sono assorbiti nella funzione esercitata dai medesimi in qualità di proponenti;

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di recepire, per le motivazioni in premessa specificate che qui si intendono interamente trascritte, il protocollo d'intesa "Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza e attivazione della rete dei servizi territoriali", cui hanno aderito le ASST Spedali Civili di Brescia, Franciacorta e Garda e gli Istituti Clinici Città di Brescia, S. Anna di Brescia e San Rocco di Ome, e la Fondazione Poliambulanza di Brescia (allegato "A" comprensivo degli allegati 1-2-3-4, composto complessivamente da n. 35 pagine), parte sostanziale e integrante del presente provvedimento;
- b) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- c) di trasmettere copia del presente provvedimento a tutti gli enti aderenti, a cura dell'U.O. Famiglia Infanzia Età Evolutiva;
- d) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- e) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Allegato "A"

Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza e attivazione della rete dei servizi territoriali

1° Edizione – dicembre 2015

2° Edizione – marzo 2017

1° Edizione - 2015

Gruppo di lavoro

Coordinatrici

Dr.ssa Simonetta Di Meo – Dr.ssa Luisa Soldati **UO SITRA ASL Brescia**

Componenti

ATS Brescia ex ASL: Dott.ssa Adele Ferrari

A.O. Spedali Civili Brescia: Dr.ssa M.Grazia Fontana

A.O. Mellini Mellini Chiari: Dr.ssa M.Paola Saggese - Infermiere Coordinatore Ermanno Ferrari

A.O. Desenzano del Garda: Dr.ssa Cristina Savio

Gruppo San Donato: Dr. Fabio Tosoni - Ostetrica Coordinatrice Daniela Bergo - Infermiera Coordinatrice Vania Cargnoni - Infermiera Coordinatrice Alejandra Horn

Fondazione Poliambulanza: Dr. Paolo Terragnoli- Infermiere Coordinatore Ludovico Rossetti

2° Edizione – 2017

Gruppo di lavoro

Coordinatrice

dott.ssa Adele Ferrari – referente della Direzione Sociosanitaria – ATS di Brescia

Componenti

ASST Spedali Civili Brescia: Dr.ssa M.Grazia Fontana

ASST Franciacorta: dr Mario Colombo - Dr.ssa M.Stella Fernandez

ASST Garda: Dr.ssa Cristina Savio – Dott.ssa Rossella Goglioni

Gruppo San Donato: Dr. Fabio Tosoni – Caterina Chilà

Fondazione Poliambulanza: Infermiere Coordinatore Ludovico Rossetti e Assistente Sanitaria Coordinatrice Giovanna Ghitti

INDICE

Premessa	4
I dati della violenza contro le donne.....	5
Le indagini ISTAT.....	5
L'ultimo rapporto OMS	5
Conseguenze della violenza sulla salute delle donne	6
La gravidanza come momento per far emergere una situazione di maltrattamento e/o violenza	8
La violenza domestica nelle famiglie immigrate.....	8
Procedura sanitaria per le donne vittime di violenza.....	9
Scopo della procedura	9
Obiettivi	9
Campo di applicazione	9
Responsabilità	9
Modalità di applicazione	11
Indicatori di verifica	16
ALLEGATO 1: Modalità di esecuzione della visita ginecologica per la donna vittima di violenza	17
ALLEGATO 2: Modalità di attivazione della rete territoriale	20
ALLEGATO 3: Il contesto normativo	25
ALLEGATO 4: Valutazione del rischio	35

Premessa

Attuazione legge 23/15 e DGR 5878/16

L'attuazione della riforma sociosanitaria regionale, prevista dalla legge regionale n.23/2015, ha ridisegnato la rete dei servizi ed ha attribuito le competenze tra ATS, con il ruolo di programmazione e governo della presa in carico, e ASST a cui afferiscono sia i servizi ospedalieri sia i servizi territoriali.

In questo periodo Regione Lombardia sta investendo ulteriormente per quanto riguarda l'implementazione delle Reti territoriali Antiviolenza, dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio. Il territorio bresciano, per la sua vastità, necessita di ampliare o incrementare il numero di Reti territoriali antiviolenza, al fine di aggregare territori in cui gli Enti pubblici e privati collaborino in modo sinergico all'offerta di percorsi di uscita dalla violenza per le donne che ne sono vittima.

A distanza di alcuni anni dall'adozione del protocollo interaziendale per l'“Accoglienza ospedaliera delle donne vittime di violenza” si è ritenuto opportuno rivalutare e aggiornare il documento, sulla scorta:

- ✓ dell'esperienza maturata;
- ✓ delle nuove indicazioni normative;
- ✓ delle raccomandazioni contenute nei Piani nazionale e regionale per le politiche di parità, di prevenzione e contrasto alla violenza di genere;
- ✓ dell'attivazione della rete territoriale interistituzionale antiviolenza (Brescia in rete contro la violenza delle donne).

Il presente documento conferma e rinforza il percorso di integrazione e cooperazione ospedale – territorio avviato nel 2008, fornendo indicazioni sulle modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza presso i pronto soccorso delle strutture di ricovero e cura e sul successivo percorso extraospedaliero.

Ciò tenendo presente che il problema può riguardare due diversi scenari:

1. L'intervento nell'emergenza

Rappresenta il primo livello di coinvolgimento, fortemente raccomandato dall'OMS, del sistema salute al fine di assicurare un'assistenza di qualità e garantire servizi di diagnosi e trattamento anche attraverso strumenti giuridicamente idonei.

Si realizza nel pronto soccorso ospedaliero a cui si rivolge la donna vittima di violenza.

2. L'intervento di più lungo periodo.

Rappresenta la continuità assistenziale alla donna vittima di violenza a cui sarà offerta la possibilità di un follow-up medico presso la struttura di prima accoglienza e, qualora sia condiviso dalla donna, un intervento di tipo psico-sociale e legale, in stretta interconnessione con il territorio e con il volontariato sociale. L'invio deve essere curato dagli operatori che hanno accolto la donna (attuando un primo collegamento per l'appuntamento iniziale) a servizi specifici collaborando con essi; la finalità è quella di costruire insieme ad altri servizi una rete di supporti finalizzata alla sicurezza della donna e alla riduzione dei rischi di esposizione e di contatto con fonti di violenza.

I dati della violenza contro le donne

Le indagini ISTAT

La violenza nei confronti delle donne è un fenomeno ampio e diffuso che riguarda tutti i Paesi ed è trasversale a tutte le classi sociali: le statistiche smentiscono anzi le più comuni credenze sul fenomeno che si pensa sia circoscritto a territori, ambienti, culture, stili di vita segnati da arretratezza, miseria, ignoranza e soprattutto diversi dai nostri (stranieri).

I dati dell'ultima indagine ISTAT, la seconda dopo quella del 2006, presentati nel giugno 2015, ci dicono che 6.788.000 donne (il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni) hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Le donne straniere subiscono violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della loro vita (31,5%vs31,3%). A commettere le violenze sono i partner, attuali o ex. Il 10,6% delle donne ha subito violenze sessuali prima dei 16 anni. Considerato il totale delle violenze subite da donne con figli, è aumentata la percentuale di figli che hanno assistito a episodi di violenza sulla propria madre: nella rilevazione del 2006 erano il 60,3%, in quella del 2014 il 65,2%. Le donne separate o divorziate hanno subito violenze fisiche o sessuali in misura maggiore rispetto alle altre (51,4% contro il 31,5%). Critica anche la situazione delle donne con problemi di salute o di disabilità il cui rischio di subire violenze fisiche o sessuali è doppio rispetto alle altre donne (10% contro il 4,7%). Nonostante l'evidenza dei dati, la rilevazione del 2014 evidenzia un calo del fenomeno della violenza psicologica da parte del partner attuale (dal 42,3% al 26,4%).

Negli otto anni trascorsi dall'indagine del 2006 è aumentata la capacità delle donne di uscire dalle relazioni violente o di prevenirle. È aumentata anche la consapevolezza che la violenza è un reato (dal 14,3% al 29,6% per la violenza del partner). Più spesso cercano aiuto presso i servizi specializzati, centri antiviolenza, sportelli (dal 2,4% al 4,9%).

Le violenze sono più gravi: aumentano quelle che hanno causato ferite (dal 26,3% al 40,2% da parte del partner) e aumenta anche il numero delle donne che hanno temuto per la propria vita (dal 18,8% al 34,5%).

Nell'11,8% dei casi le donne hanno subito violenze dal partner anche quando erano in gravidanza (10,2% nel 2006), mentre per il 10,6% la violenza è iniziata e si è conclusa prima della gravidanza. Per le donne che hanno subito violenza in gravidanza, la situazione più comune è che l'intensità della violenza, durante la gravidanza, è rimasta costante (57,7%); per il 23,7% è diminuita, per l'11,3% è aumentata e per il 5,9% è iniziata.

L'ultimo rapporto OMS ¹

La violenza ha pesanti ripercussioni sulla salute delle donne e costituisce un problema sanitario di primaria importanza. L'OMS riporta innumerevoli conseguenze che vanno dai disturbi genitali al rischio suicidario.

L'OMS, la London School of Hygiene & Tropical Medicine e il sudafricano Medical Research Council hanno pubblicato il rapporto col quale stimano che un terzo delle donne a livello mondiale ha subito qualche tipo di violenza. Il 30% delle donne che hanno avuto delle relazioni ha sperimentato la violenza domestica da parte di un compagno mentre il 7% delle donne di tutto il mondo ha subito violenze sessuali da estranei. La finalità del rapporto era quello di valutare l'impatto delle violenze sulla salute psico-fisica delle donne e delle ragazze. La paura di essere "marchiata" porta la maggioranza delle vittime a non sporgere denuncia qualora vengano

1

violate da estranei. Questo non permette di avere una stima esatta dell'espansione di questa "pandemia". Dal rapporto emerge che il 38% delle donne che sono state uccise in tutto il mondo sono morte per mano di un partner. Le ferite come conseguenza di violenze fisiche o sessuali da parte del compagno sono state subite dal 42% delle donne. La violenza può associarsi a Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) tra cui la sifilide, la clamidia o la gonorrea, incluso l'HIV. In particolare in Africa, il rischio di contrarre l'HIV per una donna che subisce violenza è 1,5 volte più alta. Lo studio segnala, oltre alle conseguenze fisiche, anche quelle psicologiche con un posto di primo piano per la depressione. È documentata la relazione tra l'insorgere di depressione e l'aver subito violenze dal proprio partner: le donne che subiscono violenza hanno il doppio delle possibilità di ammalarsi di depressione. Più del doppio, invece, rischia di entrare nella spirale dell'abuso di alcool. Nel rapporto è confermato anche il dato relativo alla maggior frequenza di gravidanze indesiderate: gli aborti volontari hanno maggiore incidenza (circa il doppio) nelle donne che hanno subito violenza rispetto a una donna che non ha subito alcun tipo di violenza. Inoltre, qualora la donna decida di portare a termine la gravidanza, il bambino ha il 16% di possibilità in più di nascere sottopeso.

Conseguenze della violenza sulla salute delle donne

Effetti sulla salute fisica

- Ferite (dalle lacerazioni alle fratture e danni agli organi interni)
- Gravidanza indesiderata
- Disturbi ginecologici
- Malattie trasmesse sessualmente
- Aborto spontaneo
- Disturbo infiammatorio della pelvi
- Dolore cronico della pelvi
- Emicranie
- Invalidità permanenti
- Asma
- Sindrome di irritabilità intestinale
- Disturbi gastroenterici cronici
- Comportamenti autolesionisti (tabagismo, rapporti sessuali senza protezione)

Effetti sulla salute mentale

- Stati depressivi
- Paura – Ansietà
- Scarsa autostima
- Disfunzioni sessuali
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi ossessivo-compulsivi
- Disturbi da stress post-traumatico
- Dipendenze da sostanze (alcool e droghe)

Conseguenze di particolare gravità

- Suicidio
- Omicidio
- Mortalità in gravidanza
- HIV/AIDS

È fondamentale che medici ed operatori sanitari, dopo aver ricevuto una formazione adeguata riconoscano questi segnali e sappiano affrontarli. Tutte queste situazioni potrebbero nascondere una storia di violenza domestica e/o di violenza o abuso sessuale anche pregresso, per cui è necessario prestare attenzione e approfondire situazioni in cui si evidenzia:

- ✓ un ricorso ripetuto al pronto soccorso per ferite o traumi;
- ✓ un racconto di dolore pelvico cronico, di continue infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche;
- ✓ una storia di depressione, abuso di droga o farmaci, tentati suicidi.

L'OMS, sottolineando la posizione unica del personale sanitario nell'intercettare donne vittime di maltrattamento e/o violenza, ha pubblicato nel 2013 il documento "World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline. WHO, 2013".

Le raccomandazioni WHO, 2013

- ✓ **Le modalità di approccio alle donne vittime di violenza** (assistenza centrata sulla donna) assicurino confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, e forniscano informazioni e supporto sociale.
- ✓ **L'identificazione e l'assistenza per le donne sopravvissute alla violenza domestica sia basata non su uno screening routinario** della violenza in qualsiasi occasione di incontro della donna con i servizi, ma costruita attorno a domande formulate con discrezione/sensibilità quando la donna chiede assistenza per una condizione che può essere determinata dalla violenza domestica.
- ✓ **L'assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale sia** immediata e assicuri una contraccezione di emergenza (se la donna la richiede); profilassi dell'infezione da HIV e per altre infezioni a trasmissione sessuale; interventi psicologici anche prolungati nel tempo, se necessario.
- ✓ **La formazione degli operatori sanitari**, in particolare di medici, infermieri, ostetriche, **sulla violenza domestica e sessuale**, sia garantita e periodicamente riproposta. La formazione deve essere multidisciplinare e riguardare i vari aspetti della risposta alla violenza: identificazione; valutazione della sicurezza e pianificazione della protezione; comunicazione e competenze cliniche; documentazione dei fatti riferiti e offerta di percorsi assistenziali.
- ✓ **L'organizzazione dell'assistenza sanitaria per le donne vittime di violenza sia** integrata, per quanto possibile, nei servizi già esistenti dando priorità a quelli di cure primarie.

La gravidanza come momento per far emergere una situazione di maltrattamento e/o violenza

La gravidanza e il parto possono favorire un maggior contatto tra la donna e il personale sanitario, quindi possono fornirle l'occasione per far emergere la sofferenza legata ad una situazione di maltrattamento e/o violenza sessuale e per poter formulare una richiesta di aiuto. Possibili indicatori che dovrebbero indurre medici e ostetriche a sospettare situazioni di violenza sono: presenza di traumi giustificati con una storia confusa e contraddittoria, continue preoccupazioni per la salute non definite e uno stato ansioso non sedabile con rassicurazioni sul piano sanitario, partner sempre presente alle visite e screditante, a cui la donna tende a delegare le decisioni, difficoltà a seguire le prescrizioni sanitarie, mancata risposta ai trattamenti prescritti, rifiuto di visite domiciliari da parte di assistenti sociali, personale dei consultori familiari o pediatrici.

Non bisogna temere di fare domande anche dirette su eventuali violenze fisiche o sessuali da parte del partner, evitando però di esprimere giudizi, minimizzare o mettere in dubbio l'attendibilità della donna. Soprattutto bisogna cercare di effettuare almeno qualche visita in assenza del partner. Mai interrogare direttamente il partner nei casi in cui la donna decida di parlare della violenza subito. E' importante avere tempo e un ambiente riservato quando si affrontano temi così delicati, sapere ascoltare con un atteggiamento empatico e non giudicante. Va soprattutto tenuta presente la tutela della donna da violenze più gravi, compreso il rischio di omicidio.

La violenza domestica nelle famiglie immigrate

E' ormai accertato che la migrazione comporta la ridefinizione e riformulazione dei legami e degli equilibri familiari, sia quando la famiglia è vicina, sia quando gli affetti sono lontani. Ma non si deve sottovalutare che la migrazione comporta anche un ripensamento della propria appartenenza alle tradizioni e ai valori della cultura d'origine.

La violenza domestica è spesso il risultato del difficile processo che coinvolge il nucleo straniero e che può determinare forti squilibri all'interno del nucleo stesso, andando ad incidere sulle relazioni marito/moglie, genitori/figli.

L'emigrazione può infatti comportare la messa in discussione dei ruoli all'interno della famiglia; tali dinamiche, se non adeguatamente affrontate, possono risolversi in manifestazioni di violenza volte a recuperare potere e autorità da parte dell'uomo.

Nei nuclei in cui si verificano episodi di violenza domestica si riscontrano spesso problemi correlati quali alcolismo, depressione, difficoltà economiche, povertà, mancanza di un lavoro, mancanza di un'abitazione adeguata al numero dei familiari e a soddisfare i bisogni di salute e sicurezza, ritmi lavorativi molto duri, nostalgia e delusione di tante aspettative.

Nella migrazione, possono modificarsi le reazioni delle vittime alla violenza domestica. Va precisato che la donna straniera individua più facilmente come abuso le violenze fisiche, meno evidenti sono la violenza sessuale, la violenza psicologica e il maltrattamento economico.

La scelta della donna di prendere provvedimenti concreti per affrontare la situazione di maltrattamento è il risultato di un percorso soggettivo all'interno del quale contribuiscono una serie di variabili spesso eterogenee e va di pari passo all'elaborazione che la donna fa del nuovo contesto di vita e del percorso stesso di integrazione. La donna spesso nasconde il malessere più profondo legato alle proprie dinamiche familiari, spesso difficili da verbalizzare. In tali situazioni, è estremamente importante accompagnare la donna affinché possa gestire sia gli equilibri di rapporto con la propria famiglia di origine, la propria comunità, la propria cultura, sia i possibili sensi di colpa legati all'eventuale vissuto di tradimento. Occorre tener presente un insieme di fattori che possono fungere da ostacolo sia alla richiesta di aiuto da parte della donna sia all'accettazione della proposta di aiuto.

Procedura sanitaria per le donne vittime di violenza

Scopo della procedura

Scopo di questa procedura è **governare il percorso sanitario di una donna che ha subito violenza**. Il percorso, che inizia con l'accesso della donna al Pronto Soccorso di un presidio ospedaliero, deve vedere la realizzazione di un iter definito e condiviso, dall'accoglienza, alla realizzazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione ed attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento.

Obiettivi

- ✓ Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale finalizzato al superamento del trauma.
- ✓ Evitare alla donna vittima di violenza, passaggi ridondanti, inutili e dolorosi a più reparti o più professionisti.
- ✓ Fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso (professionisti/operatori) circa fasi, tempi, modalità, responsabilità, tipologia prelievi ed esami diagnostici.
- ✓ Fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso rispetto agli obblighi normativi e legislativi (es. obbligo di denuncia di reato per pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio ai sensi dell'art. 331 del Codice di Procedura Penale).
- ✓ Fornire indicazioni al fine di garantire un setting idoneo e appropriato per l'esecuzione della visita, dell'ascolto e dell'accompagnamento in tutte le fasi del percorso.
- ✓ Garantire l'informazione sulla necessità di follow up infettivologici e di controllo clinico.

Campo di applicazione

Il seguente percorso è riferibile a tutte le utenti vittime di violenza che afferiscono alle UU.OO. di Pronto Soccorso insistenti nel territorio dell'ATS:

- ✓ **accesso diretto e spontaneo della donna**
- ✓ **accesso attraverso intervento del servizio di emergenza territoriale**
- ✓ **accesso della donna accompagnata dalle forze dell'ordine**
- ✓ **accesso della donna accompagnata dalle operatrici dei centri antiviolenza e/o di altri servizi territoriali.**

Responsabilità

Le responsabilità operative delle singole attività sono specificate nella seguente matrice delle "attività/responsabilità" associabili al percorso di accesso al Pronto Soccorso per donne che hanno subito violenza e maltrattamento fisico/abuso sessuale.

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'					
	Infermiere triage	Medico P.S.	Infermiere P.S.	Medico Specialista UO	Ostetriche e Infermiere UO Ostetriche e Ginecologia	SOREU delle Alpi
1) Trasporto donna vittima di violenza e destinazione						R
2) Prima accoglienza della donna e valutazione Triage	R					
3) Prima visita, prescrizione primo intervento e terapia sulle lesioni		R				
4) Medicazioni ed eventuali somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti			R			
5) Richiesta eventuali consulenze ad altri reparti/U.O. esami di laboratorio, diagnostica per immagini o interventi chirurgici urgenti		R				
6) Effettuazione consulenze ed esami diagnostici e restituzione risultati				R		
6)a se riferita violenza sessuale trasferimento della donna dal PS all'U.O. Ginecologia e accoglienza presso il reparto			R		R	
6)b se violenza sessuale prelievi ematici e urinari, prescrizione e somministrazione terapia, raccolta secreto vaginale, conservazione e consegna del vetrino		R Prescrizione	R Esecuzione	R Medico U.O. Ostetrica Ginecologia	R Ostetriche raccolta secreto vaginale	
6)c valutazione del rischio infettivologico che deve essere fatta dal medico di PS oppure da altri specialisti, secondo protocolli aziendali		R		R		
7) Valutazione esiti consulenze ed esami diagnostici		R				
8) Decisione di Ricovero o Dimissione		R				
9) Dimissione e informazione su eventuali controlli o medicazioni e attivazione Servizi Territoriali		R				
9a) Valutazione rischio di reiterazione della violenza, con attivazione del sistema di protezione attraverso le operatrici h 24 dei Centri Antiviolenza		R				
10) Formalizzazione, nei casi previsti dalla legge, di denuncia di reato di Violenza/maltrattamento fisico, con eventuale consulenza medico legale		R				

Tempo dipendente

In caso si tratti di percosse o maltrattamento, l'intero percorso è gestito **integralmente dal Pronto Soccorso.**

Tutte le considerazioni che saranno fatte in merito all'aspetto medico legale per la violenza e abuso sessuale sono valide e rappresentano un riferimento cogente anche per quanto concerne la violenza ed il maltrattamento fisico.

L'accoglienza

È il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la donna e le operatrici/gli operatori del servizio. La caratteristica di questa relazione "di reciprocità" (biunivoca) è dal punto di vista della donna il sentirsi accolta, ascoltata, e dal punto di vista delle operatrici/degli operatori del servizio acquisire tutte quelle informazioni necessarie a sviluppare una prima risposta competente sul problema.

*L'accoglienza costituisce il momento più delicato e complesso della relazione tra la donna e le operatrici/gli operatori del servizio: la donna deve percepire che ha trovato il **luogo giusto** dove raccontare la propria storia, dove è rassicurata sulla sua **non responsabilità** rispetto all'accaduto (**è vittima**), e che il suo racconto e la sua esperienza **sono ritenuti credibili** dagli operatori.*

Alla donna deve essere garantita la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura, nonché di proseguire i percorsi senza essere incalzati dalla fretta e dall'urgenza.

Ma il bisogno della donna non è solo quello di essere ascoltata e rassicurata ma anche quello di capire che i professionisti a cui si è affidata sono competenti, non azzardano interpretazioni che possano giustificare la violenza maschile.

L'accoglienza richiede un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione a tutto campo dei problemi, ma anche su una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto.

Per questo motivo l'accoglienza richiede un tempo lungo e un setting ben "costruito" e possibilmente assicurando la continuità degli stessi operatori sanitari.

La competenza si misura in tutte le fasi: dall'accoglienza, all'attuazione delle procedure diagnostiche sino all'accompagnamento verso altri servizi.

Modalità di applicazione

- 1) Il codice colore di priorità (triage) da attribuire è il **Giallo**, in assenza di segni/sintomi di maggior gravità clinica.
- 2) Si raccomanda la massima attenzione alla riservatezza, alla privacy.
- 3) Dopo la valutazione di triage la donna viene visitata dal medico di P.S., con il supporto dell'Infermiere di P.S. Tale prima valutazione include:
 - a) raccolta della storia della violenza (in questa fase in particolare sarà fondamentale l'atteggiamento di accoglienza, sensibilità ed ascolto). Nel caso di violenza sessuale il medico di PS fa riferimento a quanto descritto al punto 6;
 - b) anamnesi sanitaria e socio-familiare: per la raccolta delle informazioni si raccomanda l'uso della griglia sotto riportata.

Abusante dichiarato	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Che relazione ha con la vittima (è il partner? convive? generalità) ✓ Utilizza alcol o stupefacenti? Ha problemi psichiatrici? ✓ Ha utilizzato armi o oggetti contundenti? Possiede armi? ✓ Minacce di morte? ✓ Precedenti penali?
Vittima	<ul style="list-style-type: none"> ✓ E' in stato di gravidanza? ✓ Ha problemi psichiatrici? ✓ E' stata costretta ad assumere alcol o droghe? ✓ Indagare la storia personale di violenza (precedenti accessi per traumi a dinamica non chiara?)
Circostanze	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La violenza è mai avvenuta in presenza di figli? ✓ Ci sono testimoni? ✓ C'è stato sequestro di persona? ✓ C'è stata violenza di gruppo? ✓ La violenza è reiterata? ✓ Ci sono denunce precedenti?

- c) in caso di barriera linguistica è opportuno attivare l'intervento di mediatore culturale, non affidandosi a chi accompagna la donna;
- d) esame clinico generale volto ad escludere altre patologie o segni di trauma a rischio evolutivo;
- e) prescrizione eventuali esami di laboratorio (compresi test di gravidanza se la donna è in età fertile e test tossicologici, ottenuto il consenso dell'interessata), indagini diagnostiche o richieste di consulenze di altri specialisti.

- 4) Nel caso di soccorso prestato dal Servizio di emergenza territoriale ad una donna che abbia subito **una violenza sessuale è opportuno** che questa sia trasportata presso un presidio ospedaliero dotato di U.O. Ostetricia e Ginecologia.

E' fondamentale la presa di coscienza da parte dei professionisti coinvolti, della delicatezza (per gli aspetti psicologici e di vissuto relativo al trauma subito) e dell'importanza (per stabilire da subito con la donna un rapporto basato sulla fiducia che garantisca una adesione e una continuità al percorso ed alla successiva presa in carico territoriale) di questo momento, prestando particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- ✓ *presentarsi e presentare il servizio;*
- ✓ *anticipare alla donna quali saranno i momenti e gli interventi, spiegando ciò che si fa nel momento in cui viene fatto (ciò anche per "restituirle", dal punto di vista simbolico, psicologico ed emotivo, **il controllo di quanto succede**);*
- ✓ *richiedere il consenso e l'adesione della donna per ognuno di questi passaggi (è raro che le donne rifiutino alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire "no" consente loro di porre quei limiti e confini che la violenza ha annullato);*
- ✓ *raccogliere le informazioni relative alla intenzioni della donna rispetto alla volontà di sporgere querela, se giuridicamente previsto;*
- ✓ *informare la donna nel caso sia stata vittima di un reato perseguibile d'ufficio.*

- 5) L'infermiere di P.S., provvederà ad eventuali medicazioni e somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti prescritti dal medico.
- 6) I reparti/UO presso i quali sono stati richiesti esami, approfondimenti diagnostici per immagini, consulenze, ecc. provvederanno all'espletamento di questi ultimi e alla restituzione dei risultati di tali indagini/valutazioni:
- a) In caso di sospetta **violenza sessuale** la donna deve essere sottoposta ad una valutazione ginecologica in tempi brevi. La donna viene accolta dall'Ostetrica o dall'Infermiera di reparto. Il ginecologo è responsabile, supportato dalla ostetrica o dalla infermiera, dell'esecuzione della visita ginecologica che deve comprendere tutti i dati riportati nell'**allegato 1**.
Se disponibile, la visita ginecologica andrà condotta congiuntamente da ginecologo e medico legale (dipendente o convenzionato) al fine della raccolta delle prove, che rappresenta un elemento indispensabile e un diritto dell'assistita. Laddove non sia possibile assicurare la presenza del medico legale ogni struttura dovrà organizzarsi in merito, senza che questa attività ricada sui singoli operatori sanitari.
Nei casi previsti andrà proposta e somministrata intercezione post coitale.
 - b) Il ginecologo che procede alla raccolta del materiale biologico è garante della consegna dei vetrini al laboratorio di analisi secondo le modalità concordate all'interno della struttura.
 - c) In caso di sospetto di violenza sessuale dovrà essere considerato il rischio di acquisizione di malattie trasmesse sessualmente (MTS) mediante:
 - ✓ raccolta anamnesi sierologica, vaccinale e immunologica
 - ✓ valutazione del rischio di MTS
 - ✓ prelievi ematici per sorveglianzaDovranno essere proposti, nei casi previsti, immuno e vaccino profilassi e profilassi post esposizione.
La donna dovrà essere informata degli effetti collaterali dei farmaci e sensibilizzata sulla necessità di aderire al follow up del rischio biologico.
Nel caso in cui la terapia non sia disponibile presso la struttura, alla donna dovrà essere garantita comunque una consulenza infettivologica nei tempi utili previsti per la somministrazione della profilassi (**tempo dipendente**).
- 7/8) Il medico di P.S., avendo a disposizione i referti e le consulenze eseguite, provvederà alla analisi di tali esiti e alla decisione della dimissione o del ricovero. In caso di dimissione e in accordo con la donna, dovranno essere attivati i servizi territoriali.
- 9) Nel caso il medico decida per una dimissione provvederà ad informare la donna sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up, fissando per quanto possibile gli appuntamenti.
- 10) Inoltre, è dovere del medico che ha rilevato la violenza fisica, procedere ad una formalizzazione della "Denuncia di Reato" qualora ve ne siano i presupposti. Tale dovere è sancito dal Codice di Procedura Penale che nell'articolo 331 ne definisce i termini, e nell'articolo 332 ne definisce i contenuti (allegato 3). Si ricorda che, ai fini di una denuncia documentata per violenza sessuale, è necessario procedere alla raccolta e alla conservazione delle prove, secondo le modalità definite nella struttura.

Dimissione o ricovero

Se le condizioni cliniche lo richiedono la donna viene ricoverata in reparto idoneo.

Se la donna può essere dimessa, è compito del Pronto Soccorso garantirne la sicurezza, valutando attentamente il rischio di reiterazione della violenza, soprattutto nel caso di violenza domestica. E' compito del Medico di PS alla dimissione garantire la sicurezza della donna e dei figli minori. Per la valutazione del rischio si raccomanda di utilizzare le 5 domande previste dal dangerous assessment. La risposta positiva a 3 delle 5 domande, è segno di elevato rischio di reiterazione della violenza e richiede l'attivazione della protezione.

1. Has the physical violence increase in frequency or severity over the past 6 months?

La violenza fisica è aumentata di frequenza e gravità negli ultimi 6 mesi?

2. Has he ever used a weapon or threatened you with a weapon?

Ha mai usato un'arma o l'ha mai minacciata con un'arma?

3. Do you believe he is capable of killing you?

Crede che lui sia capace di ammazzarla?

4. Have you ever been beaten by him while you were pregnant?

E' mai stata percossa quando era in gravidanza?

5. Is he violently and constantly jealous of you?

Lui è fortemente e costantemente geloso di lei?

Nel caso sia necessario allontanare la donna ed eventualmente i figli dal nucleo familiare, ogni Presidio attuerà le linee guida operative che saranno concordate tra gli Enti appartenenti alla Rete territoriale Antiviolenza.

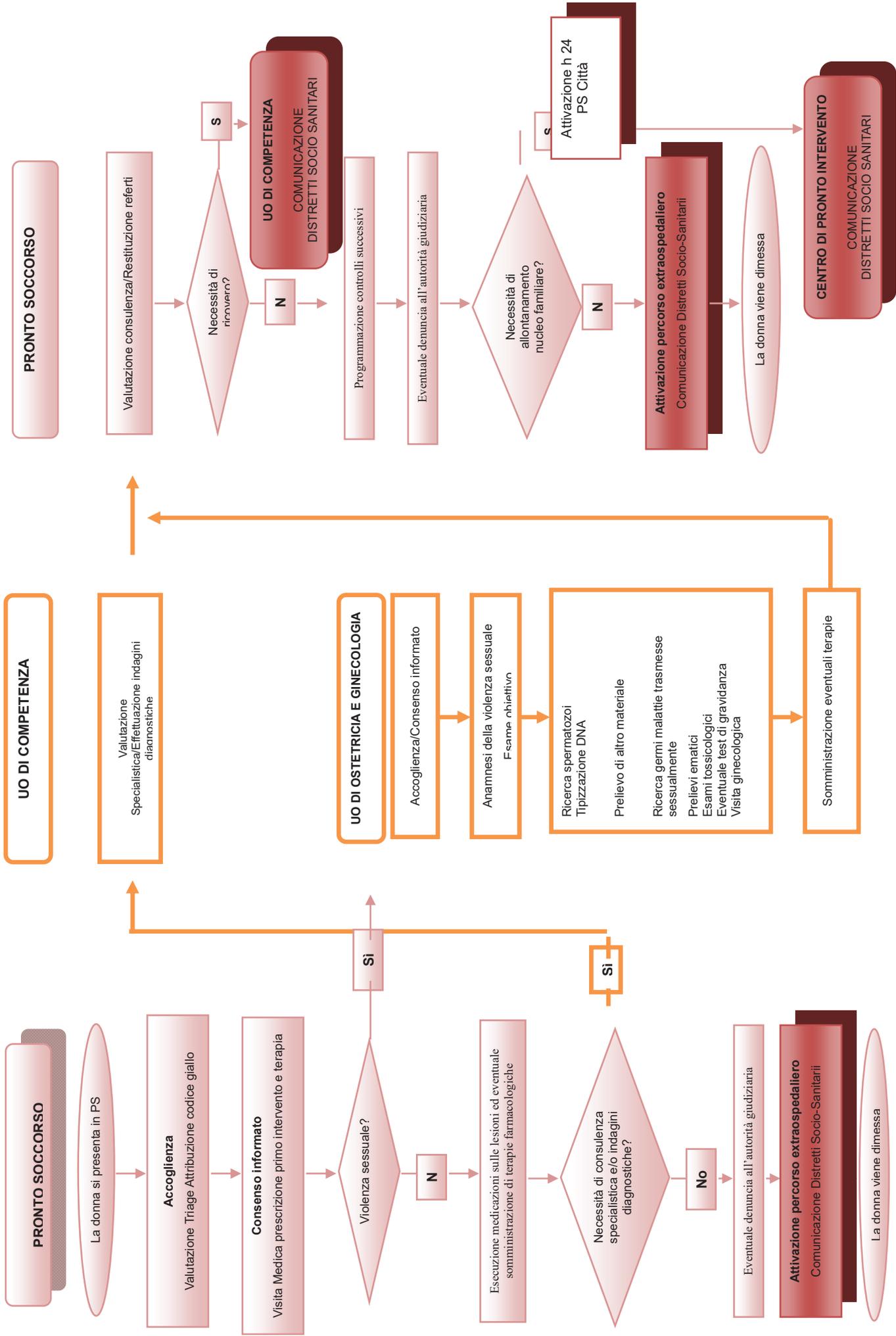
Nell'impossibilità di collocazione adeguata in ambiente protetto il medico di Pronto Soccorso può decidere, se possibile, per una Osservazione/ricovero assistenziale.

L'attivazione del Consultorio Familiare avviene, ad opera del Medico di Pronto Soccorso, attraverso la compilazione e l'inoltro dell'apposita scheda (vedi pag. 24).

L'assistente sociale del consultorio provvederà, il primo giorno lavorativo, a contattare la donna, sia nel caso in cui sia stata dimessa sia nel caso in cui sia stata ricoverata.

È prevista anche la possibilità che la donna non richieda la presa in carico consultoriale; in questo caso la scheda va comunque compilata, inserendo solo le iniziali di Cognome-Nome, data di nascita, ed inoltrata, al fine di predisporre una banca dati che nel tempo favorirà una maggior conoscenza del fenomeno.

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO OSPEDALIERO



Indicatori di verifica

- 1) Ogni struttura di ricovero e cura con Pronto Soccorso adotta formalmente le procedure finalizzate alla realizzazione del percorso.
Indicatore: 100% delle strutture
- 2) L'accesso in Pronto soccorso di donne vittime di violenza viene segnalato con l'apposita scheda alla rete territoriale.
Indicatore: almeno 90% dei casi per ogni struttura
- 3) I Consultori Familiari garantiscono l'attivazione della presa in carico secondo le modalità previste dall'allegato 2.
Indicatore: per ogni scheda di segnalazione pervenuta che richiede l'attivazione della rete consultoriale è documentata l'avvenuta presa in carico

Modalità di esecuzione della visita ginecologica per la donna vittima di violenza

Alcune raccomandazioni

- Si deve garantire la presenza di un numero limitato di esercenti le professioni sanitarie evitando continue interruzioni e spostamenti.
- E' necessario riportare con accuratezza sulla cartella clinica i fatti descritti.
- Va valutata con attenzione l'opportunità della presenza di una parente o amica in quanto potrebbe essere coinvolta/responsabile della violenza; inoltre la vittima deve avere la possibilità di parlare liberamente senza temere ripercussioni per quanto riferisce.

Anamnesi della violenza sessuale:

- ✓ data, ora e luogo dell'aggressione
- ✓ numero degli aggressori, conosciuti o no, eventuali notizie sull'aggressore
- ✓ 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
- ✓ se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente
- ✓ se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta
- ✓ se c'è stata penetrazione con oggetti
- ✓ se è stato usato un preservativo
- ✓ avvenuta eiaculazione
- ✓ manipolazioni digitali

È importante annotare:

- ✓ tempo trascorso tra la violenza e la visita
- ✓ precedenti visite presso altri operatori o presidi sanitari
- ✓ pulizia delle zone lesionate o penetrate
- ✓ cambio degli slip o di altri indumenti
- ✓ minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (secondo le diverse modalità della violenza)
- ✓ assunzione di farmaci
- ✓ previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore). **Raccolta della sintomatologia**

a) Sintomi fisici:

cefalea, dolore al volto, al collo, al torace, all'addome o agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro.

b) Sintomi psichici:

paura, sentimenti di impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash-back, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro.

c) Descrizione accurata di:

lesioni traumatiche quali ecchimosi, lacerazioni, escoriazioni, fratture (esame ispettivo extravaginale) e di lesioni vulvari, anali, perineali (esame ginecologico). Se possibile integrare la descrizione con fotografie.

Raccolta del materiale biologico (da effettuare prima di manovre invasive)

a) Ricerca di spermatozoi ove indicata

Allestire vetrini, mediante tamponi sterili, con tecnica di rotolamento e fissazione delle sedi di penetrazione, indicando su ogni vetrino la sede di prelievo.

b) Tipizzazione del DNA

Utilizzare almeno 2 tamponi senza terreno di coltura per ogni sede.
Raccogliere materiale biologico: sperma, saliva, sangue od altro (tampone asciutto).
Su ogni provetta deve essere indicata la sede del prelievo.

c) Prelievi

✓ **Tamponi per tipizzazioni genetiche**

In base al racconto, tracce biologiche dell'aggressore possono essere ricercate sulla cute (tampone sterile asciutto e bagnato con fisiologica sterile) o sotto le unghie della vittima (che vanno in questo caso tagliate e conservate) e possono essere ricercati e raccolti eventuali peli pubici dell'aggressore con pettine nuovo a denti mediamente spaziati.

Tutto il materiale raccolto deve essere conservato presso strutture adeguate ed idonee che garantiscano una corretta conservazione delle prove raccolte e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove").

✓ **Esami tossicologici solo se la donna esprime consenso formale**

In base al racconto, possono essere effettuati esami tossicologici ematici o sulle urine.

E' importante che i campioni di sangue e urine raccolti in doppio per ulteriori e più sofisticate ricerche, da effettuare eventualmente in un secondo momento su richiesta dalla Magistratura, siano conservati in modo adeguato per impedire il deterioramento dei campioni ad opera dei batteri. Pertanto vanno tenuti in freezer per garantire una corretta conservazione delle prove e consentire la tracciabilità, al fine di evitare errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove").

✓ **Prelievi ematici da ripetere a 1-3-6 mesi per**

- TPHA
- HIV
- markers per epatite B e C

✓ **Ricerca germi malattie trasmesse sessualmente**

I prelievi per la ricerca vanno fatti su ciascuna sede di abuso almeno per chlamydia, gonococco e trichomonas

✓ **Altri prelievi**

Per prelievo di materiale vario (peli, stoffa, etc.) utilizzare spazzolino e buste di carta

Esame ispettivo

a) **Esame ispettivo extra-genitale**

Vanno cercate su tutta la superficie corporea, descritte e possibilmente documentate fotograficamente tutte le lesioni presenti specificandone l'aspetto, la forma e il colore, la dimensione e la sede.

Le lesioni più comuni possono essere di tipo contusivo (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni e fratture), dovute all'urto di una superficie corporea con una superficie piana o ottusa oppure essere provocate da un'arma.

Le ecchimosi sono lesioni "chiuse" che si manifestano come una discolorazione (il colore varia a seconda dell'epoca di produzione e va da rosso-blu per le più recenti a verdastro, a marrone e infine giallo per le più vecchie) dovuta alla rottura di vasi sottocutanei che provocano una infiltrazione dei tessuti. La modalità di produzione di tale rottura può essere per compressione (es. un pugno), per suzione (es. un succhiotto), o per strappo (es. un pizzicotto). Variano di dimensioni, a seconda della superficie contundente e possono riflettere la forma dell'oggetto, per esempio, se piccole e tondeggianti possono essere attribuibili a dita, a seguito di una presa violenta o, se più grandi, a pugni, calci o urti contro il suolo.

Le escoriazioni implicano una perdita di sostanza cutanea dovuta all'effetto di frizione di una superficie ottusa contro il corpo. L'irregolarità della superficie e la forza applicata si riflettono nella profondità della lesione. Escoriazioni lineari, parallele e superficiali possono rappresentare graffi, mentre vaste escoriazioni su dorso e glutei possono indicare il trascinarsi del corpo su una superficie. L'evoluzione delle escoriazioni avviene attraverso la formazione di croste sierose, siero-ematiche ed ematiche.

Le lacerazioni sono delle soluzioni di continuo della cute solitamente a margini irregolari spesso associate a ecchimosi ed escoriazioni. Le lacerazioni si distinguono dalle lesioni da taglio (inferte con un'arma bianca) per i margini irregolari e poco netti e per il fondo della lesione, che spesso presenta ponti e briglie. Quando la discontinuità interessa il tessuto osseo prende il nome di frattura.

Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori).

Possono riscontrarsi segni di morsicature, sottoforma di ecchimosi o di escoriazioni in base agli elementi dentari rappresentati e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni. Nei casi di morsi è possibile, attraverso tamponi, prelevare materiale genetico dell'aggressore o rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore.

Nei casi di sospette fratture, anche pregresse, è naturalmente necessario ricorrere a radiografie.

b) Esame ginecologico

L'esame ginecologico deve essere accurato. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica.

Va segnalata la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano).

L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti.

L'esame con speculum deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza.

Se indicato e non traumatico per la donna, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale.

Esecuzione eventuale del test di gravidanza

I farmaci

Alla donna, se necessario, dovranno essere consigliati ed eventualmente somministrati:

- antibiotici
- antiretrovirali
- immuno-sieroprofilassi HBV e tetano
- contraccezione post coitale

Modalità di attivazione della rete territoriale

Consultori familiari

Le donne che si presentano al Pronto Soccorso per problemi di maltrattamento e/o violenza sessuale possono necessitare, oltre che di cure mediche urgenti, di una presa in carico multi professionale continuativa che può essere assicurata dai Consulenti Familiari accreditati.

Queste situazioni richiedono una **cura particolare** nel realizzare una adeguata continuità assistenziale tra il Pronto Soccorso e il servizio territoriale.

Il servizio territoriale può garantire un'accoglienza della domanda, una valutazione del bisogno, un progetto di intervento mirato ed integrato.

L'assistente sociale è la figura professionale dell'équipe consultoriale che gestisce l'accoglienza, mantiene i rapporti con gli operatori del Pronto Soccorso delle Strutture Sanitarie e coordina il progetto multi professionale di intervento.

In particolare sono offerte:

- consulenza ostetrico – ginecologica
- consulenza e presa in carico psicologica
- consulenza sociale

Il progetto di intervento è predisposto ed attuato in sinergia con le realtà, pubbliche e private, coinvolte sulla singola situazione.

Operativamente, l'attivazione del consultorio familiare avviene attraverso la compilazione e l'inoltro al numero di fax o all'indirizzo mail sotto indicati, della scheda di comunicazione allegata al presente documento.

E' prevista anche la possibilità che la donna non richieda la presa in carico consultoriale; in questo caso la scheda va comunque compilata (seguendo le indicazioni riportate nelle note) ed inoltrata, al fine di predisporre una banca dati che nel tempo favorirà una maggior conoscenza del fenomeno.

Sono stati identificati i seguenti punti di raccolta delle schede:

Pronto Soccorso	Sede di raccolta	E-mail/Numero fax
AO Spedali Civili Brescia ora ASST degli Spedali Civili di Brescia (presidi di Brescia e Gardone V.T.), Poliambulanza, S. Anna, Città di Brescia	Direzione DGD 1 Brescia	E-mail: famiglia.bresciacentro@asst-spedalivicili.it N° Fax: 0303839758
A. O. Mellino Mellini di Chiari ora ASST della Franciacorta (presidi di Chiari e Iseo), Clinica S.Rocco	Direzione distretti Chiari	E-mail: distretto.chiari@asst-franciacorta.it N° Fax: 030 7007015
AO Spedali Civili Brescia (presidio di Montichiari) A.O. Desenzano del Garda ora ASST del Garda (presidio di Manerbio)	Direzione DGD 5 Leno	E-mail: direzionedgd5@asst-garda.it N° Fax: 030 9078413
A.O. Desenzano del Garda - ora ASST del Garda (presidi di Desenzano e Gavardo)	Direzione DGD 6 Salò	E-mail: direzionedgd6@asst-garda.it N° Fax: 0365 296652

La presa in carico consultoriale

Il contatto telefonico è l'inizio per stabilire una relazione di fiducia con la donna e per informarla sul contesto in cui avverrà la presa in carico. Per la donna i colloqui sono l'occasione per raccontare e nominare la violenza subita, in molti casi è la prima volta che ne parla e questo è già un primo passo concreto verso il cambiamento. Il compito dell'équipe è quello di identificare e valutare la violenza, di verificarne i suoi effetti sulla salute psicofisica della donna al fine di sostenerla e di assisterla all'interno di un progetto di Rete territoriale.

Dopo l'accoglienza dell'emergenza sintomatica si facilita nella vittima l'apertura al racconto e all'esplicitazione dei vissuti di maltrattamento.

La motivazione al cambiamento si costruisce instaurando con la donna una relazione significativa il cui focus riguarda i seguenti aspetti:

- ✓ instaurare con la donna una posizione di ascolto attiva e non giudicante mettendola a suo agio e dando valore e credibilità a ciò che racconta;
- ✓ analizzare complessivamente la domanda e se la donna è in una condizione di emergenza e pericolo, valutare le risorse del territorio da attivare nel caso in cui non sia già stata collocata con intervento dell'H24. Se è avvenuto l'inserimento in una struttura protetta, l'équipe si relaziona costantemente con gli operatori coinvolti nella gestione quotidiana della vittima e con essi formula le varie fasi del progetto;
- ✓ comprendere, se ci sono figli minori, quanto essi sono esposti ad una condizione di pregiudizio. In caso affermativo si procede con una segnalazione all'Autorità giudiziaria ove non sia già stata inoltrata dagli organi di pubblica sicurezza. In attesa di un riscontro da parte della Magistratura, l'équipe gestisce gli eventuali incontri tra il partner violento e i figli;
- ✓ contattare, se ritenuto opportuno, la rete familiare, compreso il partner, per favorire una migliore comprensione delle problematiche emerse.

In ognuna delle fasi di ascolto e di valutazione della storia e delle violenze raccontate, si stabiliscono accordi condivisi con la donna; infatti, la sua consapevolezza degli atti che la riguardano è parte integrante del progetto verso l'autonomia. I colloqui successivi costituiscono una fase molto delicata, è qui che si definisce il cambiamento e si valuta la resilienza della donna. In particolare, si osserva come è in grado di gestire i confini dentro e fuori di sé, qual è il livello di desiderio e di mancanza del partner dal quale dipende totalmente, sia fisicamente sia psicologicamente. Ed è proprio il legame di dipendenza così radicato nel sé della donna che le fa desiderare spesso di ritornare con il partner, per lei è un bisogno in qualche modo rassicurante perché, all'improvviso, si ritrova sola, non ha nessuno a cui appoggiarsi perché lui l'ha isolata da tutto e da tutti. Lentamente bisogna abituarla a prendersi cura di sé per rompere il circolo di chiusura, isolamento e vergogna che si porta dentro. Nello stesso modo va aiutata a confrontarsi con il pesante vissuto di colpa e di responsabilità per quanto le è accaduto, questo sentimento le fa credere di non essere riuscita a cambiare il partner e di conseguenza a negarsi ogni possibilità di uscita. Invece, attraverso un lento processo di acquisizione di consapevolezza e nella sperimentazione di un contesto protettivo ed accudente, la donna può ritrovare dentro di sé le risorse emotive che le permetteranno di intraprendere un nuovo percorso di vita. Oltre alle fasi di accoglienza e di sostegno è previsto un approccio psicologico più mirato che consenta alla vittima la comprensione della sua storia e l'elaborazione del trauma per cercare una migliore gestione delle emozioni e delle risorse personali. L'impegno degli operatori è orientato a motivare la donna ad intraprendere un percorso di sostegno e a favorire la possibilità di riappropriarsi della propria vita che la violenza ha interrotto o compromesso.

I passaggi:

- ✓ l'assistente sociale contatta telefonicamente la donna entro 48 ore dal ricevimento della scheda e, dopo un primo resoconto su quanto è accaduto, fissa un appuntamento insieme alla psicologa;
- ✓ colloquio con la donna e prima valutazione della gravità e del rischio per la donna;
- ✓ condivisione della situazione con l'équipe del Consultorio, concordando eventuali interventi di altri operatori;
- ✓ predisposizione di un progetto d'intervento (PAI) concordato e sottoscritto dalla donna entro 30 gg dal primo accesso, completo di verifiche periodiche per l'uscita dalla violenza e dei tempi di durata del progetto;
- ✓ attuazione degli interventi, anche sulla base degli appositi accordi con altri soggetti/servizi della rete;
- ✓ raccordo da parte dell'assistente sociale coordinatrice del progetto, con i colleghi dell'Amministrazione Comunale o di altre Associazioni del Terzo Settore.

Nel caso in cui siano presenti dei figli minori e le Forze dell'Ordine abbiano provveduto alla segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni per una valutazione delle capacità genitoriali, l'équipe consultoriale accompagna la donna nel passaggio all'équipe della Tutela Minori.

Per le donne che necessitano di un allontanamento dal nucleo familiare per esigenze di protezione, valutato in Pronto soccorso, si attueranno le modalità previste dalle Linee Guida predisposte dagli Enti appartenenti alla Rete territoriale antiviolenza di riferimento.

La donna deve esprimere il proprio consenso alla presa in carico consultoriale, al fine di consentire la realizzazione delle procedure previste.

Di seguito l'elenco di strutture residenziali ad oggi attive:

STRUTTURE RESIDENZIALI IMPEGNATE NELLA ASSISTENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA			
Ambito	Struttura	Tipologia struttura	Indirizzo/Recapiti
Brescia	Istituto Suore Poverelle	Centro Pronto Intervento	Via Fratelli Bronzetti 17
	Istituto Suore Poverelle	Casa Rifugio	Indirizzo segreto
	Istituto Razzetti Casa di Vittoria	Casa di accoglienza	Via Milano 30
	La dimora Onlus	Casa di accoglienza	Via Marsala 20
	Società San Vincenzo	Casa Ozanam (solo se disponibili gli alloggi protetti)	Via Gabriele Rosa 1 030 3757550
	Associazione Casa Betel 2000 Onlus	Casa Betel - Comunità di vita	Via Vittorio Emanuele II 17
	Associazione La tenda di Abramo Onlus	Alloggio prima accoglienza	Via Benacense 19 . 333.3645039 Personale volontario
	Pensionato Casa Marcolini Bevilacqua	Pensionato	V.le Caduti del lavoro 17 Non presenza di Educatrici/ori
	Pensionato Casa Marcolini Facella	Pensionato	Via Grazzine 14 Non presenza di Educatrici/ori
Brescia Ovest	-	-	-
Brescia Est	-	-	-
Valle Trompia	Sportello gestito da Casa delle Donne di Brescia	Alloggi di housing non specificatamente dedicati all'accoglienza di donne vittime di violenza	
Sebino	Cooperativa Terre Unite	Casa Daphne	Sede legale: Passirano via Bettole 65
	Associazione Dafne	Alloggi	Iseo via Duomo 39 c/o Casa Panella – tel 030.653455
Monte Orfano			
Oglio Ovest	Casa Accoglienza/app. housing c/o F.Bertinotti Formenti	Appartamenti Housing (2 Posti)	
Bassa Bresciana Occidentale	Gruppo Alma di Penelope in collaborazione con Fondazione Sagittaria	Sportello	Orzinuovi via S. Martinelli 5 - tel. 334.9933363
Bassa Bresciana Centrale	Associazione "Donne oltre"	Appartamento di accoglienza	Manerbio via Palestro 57 – e-mail: donneoltremanerbio@gmail.com
	Coop. Collaboriamo	Housing sociale	Leno via Calvisano 17 030.9067411 e-mail: collaboriamo2002@gmail.com
Bassa Bresciana Orientale	Consorzio Tenda	Housing sociale (non specifico ma aperto alle famiglie fragili)	Montichiari via S. Giovanni 237
Garda	Fondazione Servizi Integrati Gardesani Casa della Fraternità Croce Rossa di Salò	Centro di Pronto Pronto Intervento con 7 posti e n.3 Alloggi per madri e bambini	Piazza Carmine, Salò 0365 21169
Valle Sabbia	Coop. La Cordata/Comune di Roè Volciano	1 Appartamento di housing (non specifico ma aperto alle famiglie fragili)	Comune di Roè Volciano via Rossini 24 0365.563650

STRUTTURE RESIDENZIALI IMPEGNATE NELLA ASSISTENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA			
Ambito	Struttura	Tipologia struttura	Indirizzo/Recapiti
	Associazione Non solo 8 marzo	Prevenzione	Via Ziliani 1 – Roè Volciano 0365.63703 – 320.8445101
	Parrocchia di Vobarno	Casa della Carità Ermon - Centro di ospitalità	via Asilo 7 Vobarno 0365.597381
	Coop. La cordata/Comune di Vobarno	Progetto Housing sociale: n. 1 appartamento di housing (non specifico ma aperto alle famiglie fragili)	Coop. La Cordata 0365.63011

Sono in fase di ristrutturazione altre strutture di accoglienza e saranno completate nel 2017.

COMUNI/AMBITI

Secondo quanto previsto dalla legge regionale n. 23/2015 e dalle Regole per l'anno 2016, in attuazione della DGR 5878/2016 è in atto la costituzione di nuove Reti Antiviolenza con l'obiettivo che tutti i Comuni aderiscano ad una Rete e, quindi, partecipino all'elaborazione di progetti d'intervento condivisi fra tutti gli attori di quel territorio.

ATS svolge, tra gli altri compiti, il ruolo di sensibilizzazione degli attori del territorio per la predisposizione dei progetti di ogni Rete Antiviolenza, finanziati da Regione Lombardia.

**All'attenzione del Responsabile dei Consulteri
Familiari****Dati della donna¹**Codice Sanitario o Codice Fiscale della donna²
_____Data di nascita _____ Luogo di residenza _____

Recapito telefonico 1 _____ Recapito telefonico 2 _____

 Richiede la presa in carico da parte degli operatori del consultorio familiare e risulta

◆ Dimessa

◆ Ricoverata presso l'Unità Operativa di _____ tel. _____

◆ Accolta presso il Centro Pronto Intervento³ _____

◆ Altro _____

 Non richiede alcuna presa in carico da parte degli operatori del consultorio familiare e risulta

◆ Dimessa

◆ Ricoverata presso l'Unità Operativa di _____ tel. _____

◆ Altro _____

Note**Il Medico di Pronto Soccorso**

Cognome Nome _____ Recapito telefonico _____

Pronto Soccorso (specificare sede) _____

Data _____ Firma _____

NOTE PER LA COMPILAZIONE¹ Se la donna **NON** richiede la presa in carico da parte degli operatori del consultorio familiare, inserire solo le iniziali di nome e cognome e la data di nascita. Omettere tutti i dati che possono ricondurre ad una identificazione.² Qualora non disponibili il codice sanitario o il codice fiscale, inserire nome e cognome³ L'inserimento in un Centro di Prima Accoglienza richiede necessariamente la presa in carico consultoriale

Il contesto normativo

(Estratto dal Piano quadriennale regionale (2015-2018) per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza di genere - Regione Lombardia)

La legislazione internazionale ed europea

La violenza nei confronti delle donne costituisce una grave forma di violenza dei diritti umani e rafforza fenomeni di discriminazione nei confronti delle donne stesse.

Le violenze che colpiscono le donne sono definite "violenza di genere" a partire dalla Raccomandazione CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), entrata in vigore il 3 settembre 1981 e ratificata dall'Italia il 10 giugno 1985. Nel 1993 la violenza contro le donne viene riconosciuta a pieno titolo come una violazione dei diritti umani dalla Dichiarazione della Conferenza mondiale sui diritti umani di Vienna (1993) e dalla Dichiarazione ONU sull'eliminazione della violenza contro le donne (A/Res/48/104, 20 dicembre 1993).

La Conferenza Mondiale organizzata dalle Nazioni Unite a Pechino nel 1995 ribadisce inoltre l'improrogabile necessità di sviluppare politiche adeguate contro la violenza di genere, facendo sottoscrivere alcuni impegni ai governi degli Stati partecipanti nella Piattaforma per l'Azione. Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara le violenze degli uomini contro le donne, un problema di salute pubblica e nel 2012, attraverso la risoluzione A/RES/67/144, ha intensificato gli sforzi per eliminare tutte le forme di violenza contro le donne.

Anche il Consiglio d'Europa inserisce nell'agenda politica, a partire dal 2000, il contrasto alla violenza contro le donne. In particolare, nel 2002 è stata adottata la Raccomandazione Rec (2002)5 del Comitato dei Ministri degli Stati membri relativa alla protezione delle donne vittime di violenza.

Il documento contiene un'attenta definizione del concetto di violenza di genere, una serie di raccomandazioni che gli Stati membri dovrebbero seguire per migliorare o sviluppare politiche nazionali in grado di proteggere le donne vittime di violenza, rafforzare la capacità d'azione, adeguare il diritto penale e civile, puntare su sensibilizzazione, educazione, formazione e prevenzione del fenomeno. A ciò si è associata la realizzazione di una campagna a livello europeo negli anni 2006-2008, con l'obiettivo di rendere operativa negli Stati membri la Raccomandazione del 2002, allo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica, spingere i governi a conseguire progressi tangibili mettendo a disposizione le risorse necessarie, promuovere l'applicazione di misure efficaci di prevenzione al fine di combattere la violenza contro le donne.

Nel 2008 il Comitato (*CAHVIO – Ad Hoc Committee for preventing and combating violence against women and domestic violence*) ha redatto un documento, più noto come Convenzione di Istanbul, emesso dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 e firmato dall'Italia a Strasburgo il 27 settembre 2012.

In Italia, la Camera dei Deputati ha approvato all'unanimità la ratifica della Convenzione il 28 maggio 2013 e il Senato, sempre all'unanimità, il 19 giugno 2013. La Convenzione è entrata in vigore il 1° agosto 2014. Nel marzo 2013, durante la 57ma sessione della CSW, la Convenzione è stata definita un gold standard tra gli strumenti preposti alla lotta contro la violenza di genere nel panorama internazionale, in virtù soprattutto dell'importanza della previsione di **strumenti giuridicamente vincolanti**, che costituiscono un valore aggiunto rispetto agli altri trattati esistenti sul tema della violenza contro le donne e la violenza domestica.

La Convenzione di Istanbul afferma che "il fenomeno della violenza è il frutto di relazione storicamente diseguali tra il genere femminile e il genere maschile" e indica nel "raggiungimento dell'uguaglianza di genere de jure e de facto ... un elemento chiave per prevenire la violenza contro le donne". Le politiche per il contrasto della violenza contro le donne si inseriscono quindi nel quadro più generale della promozione delle **pari opportunità** tra uomini e donne. Sempre secondo la Convenzione di Istanbul (art. 3), **la violenza nei confronti delle donne costituisce dunque una violenza dei diritti umani**, ma anche una forma di discriminazione contro le donne.

La definizione data dalla Convenzione comprende tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, **la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata**. La Convenzione specifica anche come il concetto di "violenza domestica" ricomprenda tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima.

La legislazione nazionale

Negli ultimi decenni l'Italia ha ratificato tutte le principali convenzioni internazionali e direttive europee in materia di contrasto alla violenza sessuale di genere. Tuttavia, è solo dal 1996 che lo stupro è considerato come reato contro la persona e non contro la morale. Col nuovo millennio, le cose sono cambiate. Infatti, con la Legge n. 154 del 4 Aprile 2001 su "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" viene disposto

l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che abbia minacciato la donna o l'abbia maltrattata.

Successivamente la Legge n. 38 del 23 aprile 2009, all'art. 612 bis c.p., introduce il reato di "atti persecutori" (cosiddetto stalking) a seguito della quale l'11 novembre 2010 il governo adottava il primo Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking.

Dopo la sottoscrizione della Convenzione di Istanbul, è stata approvata la Legge 15 ottobre 2013, n. 119, pubblicata in Gazzetta Ufficiale 15 ottobre 2013, n. 242 ("Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province"), che ha reso maggiormente incisivi gli strumenti della repressione penale dei fenomeni di maltrattamenti in famiglia (reati di maltrattamento contro familiari e conviventi, art. 572 c.p.), di violenza sessuale e di atti persecutori (art. 612 bis c.p., c.d. stalking), adottando specifiche misure atte a tutelare le donne vittime di violenza e i/le loro figli/e.

La Legge 119 introduce inoltre le strategie per il contrasto della violenza di genere e definisce gli strumenti e i criteri di base per la loro attuazione. In particolare la legge:

- istituisce un fondo specifico per sostenere le azioni dei centri antiviolenza e delle case-rifugio che viene annualmente ripartito tra le regioni;
- prevede la definizione di un Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere;
- indica gli obiettivi atti a garantire l'omogeneizzazione delle azioni sul territorio nazionale;
- demanda alla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni la definizione dei criteri per il riparto delle risorse sulla base del numero di centri antiviolenza e di case-rifugio esistenti in ogni regione;
- istituisce un fondo specifico per sostenere le azioni dei centri antiviolenza e delle case-rifugio che viene annualmente ripartito tra le regioni;
- definisce i soggetti che possono promuovere centri antiviolenza e case-rifugio.

L'intesa Stato/Regioni, sottoscritta il 27 Novembre 2014 "Intesa relativa ai requisiti minimi dei Centri Antiviolenza e delle Case-rifugio prevista dall'art. 3 comma 4 del DPCM del 24 luglio 2014" indica i requisiti definitivi, organizzativi, strutturali e i servizi minimi che devono essere erogati da Centri antiviolenza e dalle Case-rifugio.

Il Piano Nazionale di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere

La Legge 119/2013, all'art. 5, prevede che il governo definisca, in accordo anche con le amministrazioni interessate, *il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere* finalizzato a contrastare il fenomeno, ma anche a **disegnare un sistema integrato di politiche pubbliche orientate in chiave preventiva alla salvaguardia e alla promozione dei diritti umani delle donne, al rispetto della loro dignità insieme alla tutela dei figli**. Il Piano presentato dal Governo, la cui durata è triennale (a decorrere dal 2015), è stato approvato in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni 7 maggio 2015.

Il Piano nazionale ha l'obiettivo di "*mettere a sistema le azioni a favore delle donne vittime di violenza, secondo un approccio olistico e multilivello al fine di superare la logica emergenziale*", attraverso l'individuazione di azioni coordinate, tra tutti gli attori a vario titolo coinvolti, finalizzate a:

- **prevenire** il fenomeno attraverso:
 - l'informazione e la sensibilizzazione nei confronti delle comunità,
 - lo sviluppo di una comunicazione da parte dei media rispettosa della rappresentanza di genere;
- **promuovere** nei contesti educativi, a partire dalla scuola primaria, modalità relazionali non discriminatorie;
- **potenziare** le forme di assistenza, sostegno e protezione delle vittime;
- **garantire** una adeguata formazione delle professionalità che entrano in contatto con le vittime che deve essere assicurata nelle tre aree di intervento: riconoscimento del fenomeno, presa in carico della vittima, accompagnamento nel percorso di uscita dalla violenza;
- **definire** il sistema integrato di raccolta ed elaborazione dati.

I livelli di intervento previsti dalle azioni sono: **preventivo, protettivo e punitivo**. A tali livelli sono collegate linee di indirizzo che riguardano le seguenti tematiche: **comunicazione, educazione, formazione, valutazione del rischio, soccorso, reinserimento sociale e lavorativo e recupero dei maltrattanti**.

Il Piano nazionale definisce inoltre un sistema di governance centrale attraverso:

- la costituzione **di una cabina di regia interistituzionale** composto da governo, regioni ed enti locali;

- la costituzione di un **osservatorio nazionale** che promuova studi, ricerche, formulazione di proposte di intervento, monitoraggio del piano e coordinamento degli Osservatori territoriali.

E' prevista inoltre **una governance territoriale** con l'istituzione a livello regionale **di un Tavolo di coordinamento del sistema degli interventi per il contrasto, il trattamento della violenza maschile contro le donne e il loro reinserimento socio-lavorativo delle donne vittime**, composto da Prefettura, Forze dell'Ordine, Procura della Repubblica, Comuni, Associazioni ed Organismi del privato Sociale e Centri Antiviolenza, ATS/ASST, Terzo Settore e Associazione di categoria.

La Legge regionale n. 11/2012 "Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza" e gli atti programmatori

Nel corso della IX legislatura, anche sulla spinta e con il contributo delle associazioni e dei centri antiviolenza, Regione Lombardia **ha approvato la Legge regionale n. 11/2012 "Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza"**, entrata in vigore il **18 luglio 2012**.

Tale Legge condanna e contrasta ogni forma di violenza contro le donne esercitata sia all'interno della famiglia sia in ambito lavorativo e sociale, compresi i matrimoni forzati, la tratta di donne e bambine, le mutilazioni genitali e fisiche di ogni genere.

Con la Legge n. 11/12, Regione Lombardia si propone di:

- **favorire** progetti e programmi anche con le istituzioni scolastiche e universitarie, di una cultura a sostegno dei diritti della persona e del rispetto della donna, perseguendo una politica di contrasto alla violenza;
- **promuovere**, in una logica di sussidiarietà verticale e orizzontale, il costante coinvolgimento oltre che la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni e la società civile per il diffondersi di una cultura del rispetto, dell'uguaglianza e della solidarietà;
- **favorire** e promuovere politiche di prevenzione, protezione, sostegno, tutela, inserimento e reinserimento a favore delle donne vittime di violenza;
- **sostenere e tutelare** le donne che subiscono atti o minaccia di violenza, al fine di favorire il recupero dell'autonomia e la riconquista della stima in se stesse, della dignità, dell'integrità fisica e della libertà;
- **riconoscere e valorizzare**, tra gli altri, i modelli culturali, le esperienze di aiuto e mutuo aiuto e le forme di ospitalità autonome fondate sulla solidarietà tra le donne maturata anche nei centri antiviolenza.

All'art. 5, la legge istituisce il **Tavolo permanente per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne**, quale sede **di consultazione e confronto** sulla programmazione e pianificazione degli interventi previsti dalla legge, anche al fine di promuovere l'integrazione delle politiche di contrasto alla violenza contro le donne con le politiche sociali e socio-sanitarie, nonché con le politiche dell'educazione, della formazione, del lavoro, della casa e della tutela della sicurezza.

Lo strumento principe per l'attuazione della legge è stabilito all'art. 4 e consiste nell'adozione, da parte di Regione, del Piano regionale quadriennale di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne, che:

- definisce le linee programmatiche d'azione e gli obiettivi specifici;
- individua, le priorità e i criteri per la realizzazione degli interventi riguardanti le politiche di sensibilizzazione e prevenzione, di protezione, di sostegno e reinserimento delle vittime, di formazione e di monitoraggio del fenomeno.

Tale piano, ai sensi della Legge regionale 11/2012, art. 2 lett. g), **dà anche attuazione, per quanto di competenza, al Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking.**

Gli atti di programmazione regionale

Nel Programma Regionale di Sviluppo, approvato con d.c.r. 9 luglio 2013, n. X/78, "*Programma regionale di sviluppo della X legislatura*", il tema delle pari opportunità è collocato nell'area istituzionale, dove sono anche declinati i tre obiettivi principali e risultati attesi:

- rafforzamento di reti e organismi di parità che operano a livello territoriale;
- promozione della presenza delle donne negli organi elettivi nelle nomine di competenza regionale;
- definizione del Piano regionale per il contrasto alla violenza di genere.

Le pari opportunità tra uomini e donne sono presenti anche in maniera trasversale in altre aree del PRS, in particolare nell'area economica, territoriale e sociale, in cui sono previsti specifici risultati:

- con **D.G.R. 116/2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atti di indirizzo"**, la Regione ha istituito il Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili, quale strumento attraverso il quale sono promossi interventi, anche di natura economico-finanziaria, anche a favore di persone

vittime di violenza intra-familiare in presenza di minori;

- con **D.G.R. n. 2960 del 19/12/2014**, sono state approvate le linee programmatiche per sviluppare politiche regionali in materia di contrasto alla violenza nei confronti delle donne, con azioni di **sensibilizzazione e prevenzione, di accoglienza e sostegno**, finalizzando le risorse per ciascuna linea di intervento;
- con la successiva **D.G.R. n. 2989 del 23.12.2014**, si riprende il percorso delineato nella precedente delibera ed in particolare l'elemento di innovazione riguardante **il coinvolgimento diretto dei consultori pubblici e privati accreditati**, in ragione dell'evoluzione del ruolo dei consultori quali centri per la famiglia.

Nella D.G.R. n. 3554 dell'8 maggio 2015, "Determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Lombarde e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2015", è stato inserito uno specifico obiettivo operativo riferito all'applicazione della l.r. 11/2012 che impegna le Aziende Sanitarie Locali:

- a sviluppare politiche di contrasto alla violenza contro le donne, in raccordo con gli enti locali;
- a partecipare alle Reti territoriali antiviolenza, collaborando alla definizione di linee guida operative;
- a garantire al personale sanitario e socio-sanitario la partecipazione a percorsi formativi specifici sulle caratteristiche della violenza di genere e sulle sue conseguenze.

Da ultimo, **il POR (Programma Operativo regionale) FSE 2014/2020** – priorità d'investimento 4, azione 9.4.2 prevede la promozione e il sostegno di un sistema di alloggi-servizio, quali case-rifugio, per l'accoglienza e la protezione da destinare alla prima accoglienza delle donne in situazione di pericolo, e case per la seconda accoglienza, mirate ad un'ospitalità temporanea, per permettere la costruzione di percorsi di autonomia anche dal punto di vista sociale e lavorativo.

In particolare gli interventi e le azioni declinate nel Piano dovranno, a livello regionale, integrarsi in modo trasversale con gli altri assessorati competenti (Assessorato alla Sanità, Istruzione, Formazione e Lavoro, Casa, ecc.)

Gli atti di programmazione comunale

Regione Lombardia con D.G.R. n. 2941 del 19.12.2014, "*Un Welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità – Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015/2017*", ha definito le linee regionali di programmazione per il triennio 2015-2017, ponendo il processo di definizione dei Piani di zona come momento qualificato di confronto, analisi e individuazione di priorità, rispetto alle linee di sviluppo da perseguire per giungere a modelli più integrati e condivisi tra gli attori del territorio, per quanto attiene la conoscenza dei bisogni, la gestione delle risorse e la progettazione dei servizi integrati.

La programmazione sociale, che ha come obiettivo prioritario quello di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali, si deve pertanto connettere con gli altri strumenti di programmazione degli enti locali del territorio di riferimento e con le altre iniziative di promozione che attuano le reti territoriali interistituzionali per il contrasto alla violenza, in particolare quella di genere, le reti di conciliazione e di promozione delle pari opportunità.

Nella programmazione di ogni Ambito Territoriale dell'ATS, sono state previste azioni di contrasto alla violenza di genere, che andranno implementate nella progettazione delle Reti Territoriali Antiviolenza, in attuazione della D.G.R. 5878/2016.

Reati procedibili d'ufficio – Reati perseguibili a querela di parte

I reati si distinguono secondo la loro procedibilità in reati perseguibili d'ufficio (con la denuncia d'ufficio) o reati perseguibili a querela di parte (con la querela da parte della persona offesa).

Nelle Tabelle 1 e 2 sono rappresentati i reati perseguibili d'ufficio, con denuncia, e i reati a querela di parte – procedibili solo a querela (fonte <http://www.diagnose-gewalt.eu>).

Tabella 1 - Reati procedibili d'ufficio con Denuncia

Articoli del Codice Penale		
ART. 572	MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA	Se qualcuno viene maltrattato in famiglia (intesa in senso lato e quindi anche convivenze: altri familiari, etc.) e con comportamenti ripetuti nel tempo; anche la violenza psicologica rientra nel reato di maltrattamenti.
ART. 612	MINACCIA	Se qualcuno viene minacciato in modo grave (per es. di morte) o con armi
ART. 582	LESIONE PERSONALE	Lesione fisica e psichica con prognosi superiore a 20 giorni
ART. 583	CIRCOSTANZE AGGRAVANTI LESIONE PERSONALE	Lesione fisica e psichica grave o gravissima
ART. 583 bis	PRATICHE DI MUTILAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI	Lesione ai genitali femminili e varie pratiche di mutilazione genitale (clitoridectomia, escissione e infibulazione)
ART. 610	VIOLENZA PRIVATA	Se una persona viene costretta con violenza o minaccia a fare od omettere qualcosa, ad esempio: dover andare con qualcuno, non poter uscire ecc.
ART. 629	ESTORSIONE	Se una persona viene costretta con violenza o minaccia a fare od omettere qualche cosa, procurando a sé un danno, mentre l'autore del reato procura a se stesso un ingiusto profitto, ad esempio: firmare un contratto, donare qualcosa, ecc.
ART. 609	VIOLENZA SESSUALE	Chiunque con esplicito consenso o con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, compie atti sessuali con un minore fino ai 14 anni . Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo . La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza .
ART: 612 -bis	"STALKING" (ATTI PERSECUTORI)	Chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta un minore o una persona con disabilità in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva, ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita.
ART. 575	OMICIDIO	Se si cagiona la morte della persona in modo doloso

Tabella 2 - Reati procedibili a Querela di parte

ART. 594	INGIURIA	Se una persona viene lesa nel suo onore o decoro (per es. nei suoi confronti vengono usate parolacce o espressioni offensive, ovvero viene offesa tramite comunicazioni telefoniche o scritte, ad es. lettera). Querela entro 90 giorni.
ART. 612	MINACCIA	Se qualcuno viene minacciato. Querela entro 90 giorni.
ART. 594	PERCOSSE	Se qualcuno viene percosso e dal fatto non deriva una malattia. Querela entro 90 giorni.
ART. 582	LESIONE PERSONALE	Lesione fisica e psichica. Querela entro 90 giorni Se le lesioni procurate hanno una prognosi inferiore a 20 giorni.
ART. 660	MOLESTIA O DISTURBO ALLE PERSONE	Se qualcuno viene molestato in un luogo pubblico o per telefono. Querela entro 90 giorni.
ART. 609-bis	VIOLENZA SESSUALE	se una persona viene costretta con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità a compiere o subire atti sessuali, ovvero se una persona induce un'altra a compiere o subire atti sessuali. Querela entro 180 giorni: successivamente non potrà essere più ritirata.
ART: 612 -bis	"STALKING" (ATTI PERSECUTORI)	Chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura, ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva, tanto da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. Querela entro 180 giorni

Denuncia d'ufficio (art. 331 c.p.p.)

Per alcuni comportamenti violenti che costituiscono reati perseguibili d'ufficio la legge prevede che determinate categorie di persone (pubblici ufficiali, incaricati di un pubblico servizio) che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o servizio vengano a conoscenza di questo tipo di reato, devono farne denuncia per iscritto: ciò eventualmente anche contro la volontà della persona offesa dal reato: il procedimento penale sarà lo stesso di quello instaurato con una querela.

Obbligo di Referto (art. 334 c.p.p.)

Il personale medico è obbligato – accanto all'obbligo di denuncia – a trasmettere alla Procura - nei casi previsti dalla legge - un referto scritto (art. 334 c.p.p.) che indichi la persona, il luogo, l'ora e altre circostanze dell'intervento.

Querela (art. 336 c.p.p.)

Solo la persona offesa dal reato può decidere se presentare querela, ovvero se vuole instaurare un giudizio nei confronti dell'autore del reato. Il termine per la querela è di 90 gg. (per la violenza sessuale e "stalking" è di 180 giorni). Decorso il termine non è più possibile presentare querela. In qualsiasi momento - sino all'apertura formale del processo (apertura del dibattimento) - la querela può essere ritirata con la conseguenza che il reato non è più perseguibile. Solo nel caso di violenza sessuale la querela è irrevocabile.

ALTRO DELITTO PERSEGUIBILE D'UFFICIO

di seguito sono riportati alcuni dei delitti perseguibili d'ufficio più facilmente correlati all'ambito d'interesse

<p>Maltrattamento art. 572 c.p.</p>	<p>"Chiunque ... maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito ...". Alcune pronunce della Corte di Cassazione riconoscono l'ipotesi di maltrattamenti anche per soli abusi sessuali reiterati per un tempo apprezzabile. In ogni caso, costituiscono maltrattamento non solo le violenze di tipo fisico ma anche le vessazioni psicologiche quali ricatti, inviti al silenzio, sottoposizione di materiale pornografico, etc...</p>
<p>Violenza privata art. 610 c.p.</p>	<p>"Chiunque, con violenza [581] o minaccia [612], costringe a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito ...". Con questo articolo viene ad essere tutelata la libertà di autodeterminazione, la libertà psichica dell'individuo nella sua volontaria esplicitazione, così da punire il comportamento di colui che, mediante minaccia o violenza anche psicologica pone in essere atti idonei a realizzare pressioni sulla volontà altrui, al fine di costringerla a fare, tollerare od omettere qualcosa.</p>
<p>Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato art. 611 c.p.</p>	<p>"Chiunque usa violenza [581] o minaccia [612] per costringere o determinare altri a commettere un fatto costituente reato è punito ...". Casi in cui le violenze o le minacce sono finalizzate alla commissione di reati, tra i quali possono rientrare le false dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria (art. 371 bis c.p.), la falsa testimonianza (art. 372 c.p.), l'autocalunnia (art. 369 c.p.) ed il favoreggiamento personale (art. 378 c.p.).</p>
<p>Minacce gravi art. 612, 2° comma c.p.</p>	<p>"Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell'articolo 339, la pena è della reclusione fino a un anno e si procede d'ufficio". art. 339: circostanze aggravanti "se la violenza o la minaccia è commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o in modo simbolico, o valendosi della forza intimidatrice derivante da segrete associazioni, esistenti o supposte".</p>
<p>Stato di incapacità procurato mediante violenza art. 613 c.p.</p>	<p>"Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei [50], in stato di incapacità d'intendere o di volere ...". E' bene sottolineare le circostanze nelle quali la vittima viene posta in stato di incapacità di intendere e di volere mediante la somministrazione di sostanze.</p>

<p>Lesioni personali perseguibili d'ufficio art. 582 e segg. c.p.</p>	<p>Lesioni personali volontarie lievi, gravi e gravissime:</p> <p>a) Se la malattia ha una durata superiore ai venti giorni</p> <p>b) Se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585 c.p.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lesioni personali gravi: pericolo per la vita; malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; indebolimento permanente di un senso o di un organo; • gravissime: malattia certamente o probabilmente insanabile; perdita di un senso; perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile; perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare; permanente e grave difficoltà della favella; deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso; circostanze aggravanti: utilizzo di armi o sostanze corrosive.
<p>Atti osceni in luogo pubblico o aperto/esposto al pubblico art. 527 c.p.</p>	<p>"Chiunque, in luogo pubblico o aperto o esposto al pubblico, compie atti osceni [529: agli effetti della legge penale si considerano osceni gli atti e gli oggetti che, secondo il comune sentimento, offendono il pudore] è punito ...". Ad es.: locali pubblici, aule scolastiche, carceri, luoghi di lavoro, spazi condominiali, scompartimenti ferroviari, autovetture ferme in luogo pubblico, locali visibili dalla strada, etc...</p>
<p>Abbandono di persone minori o incapaci art. 591 c.p.</p>	<p>"Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba averne cura, ...". Tale circostanza ricorre in tutti quei casi in cui sussiste un rischio per l'incolumità della parte lesa.</p>
<p>Sequestro di persona art. 605 c.p.</p>	<p>"Chiunque priva taluno della libertà personale è punito ...". Sussiste quando la vittima viene privata per un tempo eccedente la effettiva commissione della violenza sessuale, ad esempio viene chiusa a chiave in un appartamento oppure nell'abitacolo di un'autovettura senza una concreta possibilità di fuggire o di invocare aiuto.</p>
<p>Violazione di domicilio aggravata art. 614, ultimo comma c.p.</p>	<p>"Chiunque si introduce nell'abitazione altrui, o in altro luogo di privata dimora, o nelle appartenenze di essi, contro la volontà espressa o tacita di chi ha il diritto di escluderlo, ovvero si introduce clandestinamente o con l'inganno, ... se il fatto è commesso con violenza sulle cose, o alle persone, ovvero se il colpevole è palesemente armato ...". Deve intendersi violazione di domicilio aggravata dalla violenza o sulle persone - quando la violenza sessuale viene commessa da persona che entra o si trattiene nell'abitazione della vittima contro la volontà di quest'ultima - o dalla violenza sulle cose, ovvero dall'uso di armi.</p>

<p>Induzione, favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione artt. 3 e 4 l. 75/58</p>	<p>Legge Merlin - Legge 20 febbraio 1958, n° 75 "Abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta contro lo sfruttamento della prostituzione altrui". In particolare all'articolo 4 sono previste una serie di aggravanti tra le quali: inasprimenti di pena in caso si sovrappongano agiti con violenza, minaccia o inganno, se il fatto è commesso ai danni di persona minore degli anni 21 o di persona in stato di infermità o minorazione psichica, naturale o provocata, se il colpevole è un ascendente, un affine in linea retta ascendente, il marito, il fratello o la sorella, il padre o la madre adottivi, il tutore; se al colpevole la persona è stata affidata per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza, di custodia; se il fatto è commesso ai danni di persone aventi rapporti di servizio domestico o di impiego; se il fatto è commesso da pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni; se il fatto è commesso ai danni di più persone.</p>
<p>Prostituzione minorile art. 600 bis, 2° comma c.p.</p>	<p>Con la legge 3 agosto 1998, n. 269, sono state identificate le "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù". All'articolo 2 è dettagliato il reato di prostituzione minorile.</p> <p>a) "Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione ..."</p> <p>b) "... chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa fra i quattordici ed i sedici anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica" (al di sotto dei 14 anni si rientra nel reato di atti sessuali con minorenni di cui all'art.609 quater).</p>
<p>Pornografia minorile art. 600 ter e quater c.p.</p>	<p>Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet", integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.</p> <p>a) "Chiunque, utilizzando minori degli anni diciotto, realizza esibizioni pornografiche o produce materiale pornografico ovvero induce minori di anni diciotto a partecipare ad esibizioni pornografiche..."</p> <p>b) "Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto ..."</p> <p>c) "Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma ..."</p>
<p>Turismo sessuale (iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile) art. 600 quinquies c.p.</p>	<p>"Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito ...". Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet", integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.</p>

(logo Struttura)

da stampare e diffondere tra gli operatori del Pronto Soccorso a cura di ogni struttura

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

domande per evidenziare una possibile situazione di rischio per la donna

La risposta positiva a 3 delle 5 domande, è segno di elevato rischio di reiterazione della violenza e richiede l'attivazione della protezione.

1	Has the physical violence increase in frequency or severity over the past 6 months? La violenza fisica è aumentata di frequenza e gravità negli ultimi 6 mesi?
2	Has he ever used a weapon or threatened you with a weapon? Ha mai usato un'arma o l'ha mai minacciata con un'arma?
3	Do you believe he is capable of killing you? Crede che lui sia capace di ammazzarla?
4	Have you ever be beaten by him while you were pregnant? E' mai stata percossa quando era in gravidanza?
5	Is he violently and constantly jealous of you? Lui è fortemente e costantemente geloso di lei?