

PROCEDURA AZIENDALE
ACCOGLIENZA DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

| | | |
|--------------|---|--|
| Pag. 1 di 13 | Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Raffaele Elia | Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò |
|--------------|---|--|

SOMMARIO

| | |
|------------------------------------|--------|
| 1. PREMESSA | pag. 3 |
| 2. OGGETTO E SCOPO | pag. 4 |
| 2.1. OGGETTO | pag. 4 |
| 2.2. SCOPO | pag. 4 |
| 3. RESPONSABILITÀ | pag. 4 |
| 4. CAMPO DI APPLICAZIONE | pag. 4 |
| 5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO | pag. 5 |
| 6. DEFINIZIONI | pag. 7 |
| 7. CONTENUTO | pag. 8 |
| 7.1 L'ACCESSO | pag. 8 |

| | |
|--|---------|
| 7.2. APPROCCIO ALLA DONNA VITTIMA DI VOLENZA DI GENERE | pag. 8 |
| 7.3 TRIAGE | pag. 9 |
| 7.4 VISITA MEDICA | pag. 10 |
| 7.5 VIOLENZA SESSUALE | pag. 11 |
| 7.6 CUSTODIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA | pag. 12 |
| 7.7 GESTIONE DEI REPERTI | pag. 12 |
| 7.8 CASI SPECIFICI | pag. 12 |
| 7.9 DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO | pag. 13 |
| | |
| 8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | pag. 14 |
| | |
| 9. ALLEGATI E MODULI UTILIZZABILI | pag. 14 |

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, misurando periodicamente il fenomeno della violenza maschile contro le donne, ricorda che le sue dimensioni non variano in modo significativo da un Paese all'altro e che ovunque le donne, in virtù dell'appartenenza al genere femminile, subiscono violenze fisiche, psicologiche ed economiche. In Italia, come in altri Paesi del mondo, la violenza sulle donne costituisce una vera e propria emergenza sociale di cui la violenza sessuale rappresenta solo un aspetto.

Nel 2011, a Istanbul, il Consiglio dei Ministri d'Europa, con la Convenzione di Istanbul, ha identificato un piano di azioni condivise sulla prevenzione e la lotta contro la violenza sulle donne e la violenza domestica, approvandolo all'unanimità. Si tratta del primo strumento internazionale, giuridicamente vincolante, che propone un rigoroso quadro normativo a tutela delle donne, sottoscritto nel nostro Paese il 27 settembre 2012¹.

La struttura della Convenzione di Istanbul è basata sulle 4 P:

- prevenzione;
- protezione e sostegno delle vittime;
- perseguimento dei colpevoli;
- politiche integrate, allo scopo di agire efficacemente su un fenomeno caratterizzato da grande complessità e da molte determinanti.

Nel 2017 sono state redatte le Linee Guida nazionali che si rivolgono, tra le altre, anche alle Aziende Sanitarie e indicano come strumento di lavoro la costruzione di una rete tra istituzioni pubbliche e private (Aziende Sanitarie, Servizi sociosanitari, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine). In particolare il ruolo delle Strutture sanitarie, potenziale prima interfaccia tra la vittima e il sistema giudiziario, è fondamentale per intercettare situazioni sommerse e/o a rischio, specie quando coinvolgono i minori (violenza assistita) o quando la violenza passa dalle minacce agli agiti, presagio di azioni più gravi e pericolose per le vittime.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (ASP) ha avviato, nei Pronto Soccorso degli Ospedali, sin dal 2014, un percorso di accoglienza riservato a tutte le vittime di violenza e che vivono in situazioni di vulnerabilità, denominato Codice Rosa. A distanza di anni, si è reso necessario differenziare alcuni percorsi assistenziali per una più adeguata gestione della vittima. Ciò permette alla rete Codice Rosa di erogare risposte sanitarie adeguate e omogenee, anche in emergenza, mediante percorsi specifici dedicati ai diversi target (donne, bambini, persone discriminate).

E, poiché, l'emergenza determinata dalla diffusione della SARS CoV-2 ha portato ad una diminuzione di protezione a disposizione delle donne vittime di abusi, sono state pensate nuove strategie per garantire loro protezione e cure adeguate anche in tempi di pandemia (brochure informative a disposizioni dei cittadini).

¹ https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=13A0578900000010110002&dgu=2013-07-02&art.dataPubblicazioneGazzetta=2013-07-02&art.codiceRedazionale=13A05789&art.num=1&art.tiposerie=SG

2. OGGETTO E SCOPO

2.1 Oggetto

La procedura descrive il percorso per l'accoglienza, la presa in carico e la gestione della donna vittima di tutte le forme di violenza che giunge all'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

2.2 Scopo

Garantire un'adeguata accoglienza e gestione della donna vittima di violenza, da parte di tutti i soggetti coinvolti nel percorso, con un approccio integrato, con l'attivazione della rete territoriale, ad esclusivo vantaggio della donna e garantendo in ogni passaggio il principio di autodeterminazione.

3. RESPONSABILITÀ

| | |
|--|--|
| Direttori e Professionisti delle Unità coinvolte | Responsabili del recepimento e dell'applicazione delle attività contenute nel documento, secondo i profili di responsabilità. |
| Gruppo di redazione | Responsabile del riesame periodico e della revisione del documento (gruppo di lavoro): dott. Biagio Aprile, dott.ssa Teresa Barrano, dott.ssa Concetta Brugaletta, dott. Giovanni Cavallo, dott. Fabrizio Comisi, dott. Luca Gregni, dott.ssa Giovanna Miceli, dott. Romualdo Polara, dott. Giovanni Ruta. |

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura riguarda tutte le donne, vittime di violenza, come elencato nella Convenzione di Istanbul e, quando presenti, i loro figli testimoni della violenza o vittime a loro volta.

Si tratta di un percorso che coinvolge le strutture di emergenza-urgenza ed altri attori, quali:

- Servizi sanitari del Sistema Sanitario Regionale (ospedalieri e territoriali)
- Servizi sociosanitari territoriali
- Centri antiviolenza (CAV), Case-rifugio e Associazioni di Volontariato
- Forze dell'Ordine
- Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minori

A tutti è chiesto di agire secondo le proprie competenze, ma con un approccio integrato e con l'attivazione della rete territoriale.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- ✓ Legge n. 66, 15.02.1996: Norme contro la violenza sessuale
- ✓ Legge n. 269, del 03.08.1998: Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù
- ✓ Legge n. 154, 04.04. 2001: Misure contro la violenza nelle relazioni familiari
- ✓ Legge 9 gennaio 2006, n. 7, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"
- ✓ Codice penale: art. 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili)
- ✓ Decreto-legge (DL) n.11 del 23.02. 2009: Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori. Convertito in legge dalla L. n. 38, del 23.04. 2009. GU n. 95 del 24.04 2009
- ✓ Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.152 del primo luglio 2013
- ✓ Decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, 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, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.191 del 16 agosto 2013. Convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 15 ottobre 2013, n. 119, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 242 del 15 ottobre 2013
- ✓ Normativa "Codice Rosso" <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/07/25/19G00076/sg>
- ✓ Legge 19 luglio 2019, n. 69 recante "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere", nota come "Codice Rosso"
- ✓ Art. 609-bis c.p. (Violenza sessuale). "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali ... Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:
 1. abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto
 2. traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona"
- ✓ Art. 609-ter c.p. (Circostanze aggravanti). "... La pena è della reclusione ...se i fatti di cui all'articolo 609 bis sono commessi:
 1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
 2. con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
 3. da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
 4. su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;

5. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore;
 6. all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa;
 7. nei confronti di donna in stato di gravidanza;
 8. nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza;
 9. se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolare l'attività;
 10. se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave;
 11. la pena è della reclusione ...se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci".
- ✓ Art. 609-quater c.p. (Atti sessuali con minorenne): "Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609 bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:
1. non ha compiuto gli anni quattordici;
 2. non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza;
 3. non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni".
- ✓ Art. 609-septies c.p.
- QUERELA DI PARTE
- i delitti previsti dagli articoli 609 bis e 609 ter sono punibili a querela della persona offesa che può essere presentata entro 12 mesi ed è irrevocabile

PROCEDURA D'UFFICIO

- se il reato previsto all'articolo 609 bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto i 18 anni
- se è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza

- se è commesso da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni
- se è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio

6. DEFINIZIONI

VIOLENZA SESSUALE. “La violenza sessuale è la somma degli atti o dei tentativi tesi ad ottenere una prestazione sessuale senza che la persona che ne sia consenziente. La violenza sessuale viene praticata utilizzando coercizione nei confronti della vittima. Tutti i contesti (lavoro, famiglia o estranei) possono generare violenza sessuale”. WHO, 2003.

NOTIZIA DI REATO. La notizia di reato è comunque per sua natura specifica, o sufficientemente specifica, non può avere come oggetto in modo del tutto vago una serie indeterminata di persone o fatti ma deve scaturire da un sospetto “sufficientemente fondato”.

OBBLIGO DI REFERTO. È l’obbligo, penalmente sanzionato dall’art. 365 c.p., che riguarda coloro che esercitano una professione sanitaria e che vengono a conoscenza, prestando la loro opera o assistenza, di casi che possono avere i caratteri di reato procedibile d'ufficio. L’obbligo non sussiste solo nel caso in cui il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. Nel caso in cui l’esercente la professione sanitaria sia anche Pubblico Ufficiale o Incaricato di pubblico servizio (es. nel S.S.N.) per costui scatta comunque l’obbligo di denuncia (tale obbligo infatti non ammette quella deroga prevista sopra per il referto) (artt. 365 c.p. e 334 c.p.p.).

DENUNCIA. La denuncia è un atto con il quale chiunque abbia notizia di un reato perseguibile d’ufficio ne informa il pubblico ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria.

OBBLIGO DI DENUNCIA. L’art. 331 del Codice di Procedura Penale precisa: «I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell’esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono fare denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto».

PUBBLICO UFFICIALE. Si definisce Pubblico Ufficiale colui che esercita, permanentemente o temporaneamente, una pubblica funzione nell’ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinato da norme di diritto pubblico (art. 357 c.p.). E’ pubblica la funzione amministrativa, disciplinata dalle norme di diritto pubblico e da atti autorizzativi e certificativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione di volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autorizzativi e certificativi.

INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO. Si definisce Incaricato di Pubblico Servizio colui che, a qualunque titolo, presta, permanentemente o temporaneamente, un pubblico servizio fatta esclusione per le prestazioni d’opera meramente materiali (art. 358 c.p.). Per pubblico servizio deve intendersi un’attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza di poteri tipici di quest’ultima



e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

7. CONTENUTO

7.1 L'accesso

PS: Pronto Soccorso

F.O.: Forze dell'Ordine

ASP: Azienda Sanitaria Provinciale

OBI: Osservazione Breve e Intensiva

UO: Unità Operativa

CAV: Centri antiviolenza

CR: Case Rifugio

Accompagnatori

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori dovranno essere allontanate, almeno in un primo momento e successivamente, solo su richiesta della paziente, potranno raggiungerla nell'area protetta.

I minori

I figli minori devono restare con la madre, ad eccezione del momento del colloquio e della visita medica.

L'area protetta (stanza dedicata codice rosa)

L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene ascoltata, visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale; è il luogo ove reperire il materiale utile per un'eventuale denuncia/querela, nel pieno rispetto della sua privacy.

7.2. Approccio alla donna vittima di violenza di genere

L'approccio deve prevedere una comunicazione adeguata attraverso:

- linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale
- ascolto maieutico (ascolto empatico e non giudicante)
- instaurazione di un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'affidamento agli specialisti o ai centri dedicati nel rispetto della sua libertà e del principio di autodeterminazione
- mediatrici culturali per le donne straniere
- figure di supporto per le donne affette da disabilità (es. Lis)

Nei casi in cui la violenza coinvolga direttamente o indirettamente (violenza assistita) i minori, vanno garantite anche a loro l'assistenza e la tutela, coinvolgendo il Pediatra di turno ed eventualmente il medico legale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per gli adempimenti relativi.

Trattandosi di pazienti in condizione di fragilità, vanno rispettati i comuni principi di riservatezza e di comunicazione maieutica. Va considerato il supporto di mediatori culturali se si tratta di donne straniere e particolare attenzione va posta alle donne con disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale che rappresentano circa 1/3 dei casi. L'utilizzo di un linguaggio semplice e accessibile rappresenta lo strumento necessario per instaurare fin dall'inizio un rapporto basato sulla fiducia. Lo scopo principale, infatti è quello di favorire nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della donna, l'eventuale passaggio alla fase successiva di presa in carico da parte dei servizi sociali o dei CAV, con l'espletamento degli eventuali adempimenti di carattere giudiziario, dopo la fase clinica.

7.3. Triage

Poiché non è remoto il rischio che la donna sia accompagnata dall'autore della violenza, l'infermiere di triage - adeguatamente formato - riconosce tempestivamente i segni e i sintomi di violenza, sotto qualunque forma, sia quando essa è evidente (lesioni fisiche) sia quella non dichiarata, ad esempio uno stato d'ansia non commisurata alla condizione clinica per cui la paziente è giunta in Pronto Soccorso o incongruenza tra le lesioni riportate e la dinamica dichiarata. È, però, opportuno che il colloquio approfondito e la raccolta anamnestica siano rimandati al medico che prenderà in carico la paziente.

Evitare di fare domande specifiche e porre molta attenzione a quanto dichiarato dalla paziente sono presupposti sufficienti a identificare o ad ipotizzare il motivo dell'accesso in Pronto Soccorso. A questo proposito, sarebbe preferibile venisse effettuata la consultazione dell'archivio informatico per la raccolta di elementi utili suggeriti da eventuali precedenti accessi al Servizio.

Ad eccezione dei casi che configurano un vero e proprio codice di emergenza per rilevanti problematiche cliniche, alla donna deve essere riconosciuta una codifica di prevenzione che consenta di garantirne la visita medica entro 20 minuti, per ridurre al minimo il ripensamento o l'allontanamento volontario e, dunque, il rischio di revittimizzazione. Pertanto, oltre al codice colore rispondente alle lesioni eventualmente riportate o ai sintomi riferiti, sarà assegnato il colore rosa (codice di prevenzione) ed evidenziato l'acronimo VD (violenza dichiarata) o VS (violenza sospetta).

La formazione del triagista è fondamentale per il riconoscimento precoce di una violenza di genere.

7.4. Visita medica

Dopo la registrazione al triage, la paziente, insieme ai minori se presenti, viene condotta in un ambulatorio che ne garantisca il controllo a vista da parte dei professionisti coinvolti (stanza codice rosa²). La scheda di

² La stanza dedicata, oltre alle dotazioni di norma (tavolo, sedie, armadi per stoccaggio dei devices, computer), dispone della strumentazione specifica per la gestione multidisciplinare dei casi di violenza sessuale (Kit per violenza sessuale "Sexual Assault Evidence Collection Kit").

triage verrà consegnata direttamente al medico di Pronto Soccorso che si occuperà della visita medica e di contattare direttamente lo specialista consulente.

È necessario fin dall'inizio escludere traumatismi fisici significativi o gravi che richiedano un trattamento secondo i principi dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support).

All'inizio dell'iter clinico-strumentale la donna viene informata delle eventuali indagini clinico-forensi e di profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili a cui potrebbe essere sottoposta, sottolineando la loro valenza sanitaria e medico-legale; l'équipe multidisciplinare procede solo previa acquisizione del consenso informato (allegato n. 4).

La donna viene inoltre informata che può acconsentire o rifiutare ad ogni indagine o prestazione proposta. Nell'allegato n. 1 sono specificate le diverse attività da mettere in atto e/o da documentare.

Il medico che visita la paziente, previa acquisizione di suo consenso, dovrà utilizzare l'apposita cartella clinica guidata (allegato n. 2) con il supporto del personale infermieristico e dei professionisti che curano l'accoglienza. Tale prima valutazione include:

- raccolta della storia della violenza (in questa fase in particolare sarà fondamentale l'atteggiamento di accoglienza, sensibilità ed ascolto);
- anamnesi sanitaria e socio – familiare;
- esame clinico generale volto ad escludere emergenze-urgenze di pertinenza internistica-chirurgica; prescrizione di eventuali esami di laboratorio, indagini diagnostiche o richieste di consulenze di altri specialisti
- invio della richiesta sanitaria di soccorso (comprensiva del codice di accesso) al Responsabile Aziendale Codice Rosa

Una volta esclusi danni fisici significativi che richiedano un immediato trattamento, nel colloquio con la paziente è fondamentale focalizzarsi sui seguenti punti:

Identificazione del rischio di re-vittimizzazione

Rilevare con domande specifiche, il tipo di violenza subita e i rischi immediati di recidiva o revittimizzazione. A questo scopo può essere necessario utilizzare l'allegato n. 5 "Brief Risk Assessment for the Emergency Department".

Valutazione psichiatrica

Considerare il coinvolgimento del consulente psichiatra per documentare il livello di stress psichico secondario e dell'ansia relativa che può avere non solo una rilevanza clinica, ma anche medico-legale e legale, soprattutto in base alla prognosi dichiarata dal consulente che andrà specificata al momento della dimissione.

Attivazione del Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) e/o CAV

Attivabile su richiesta della vittima o nei casi in cui il personale sanitario ravveda un rischio/fragilità sociale a carico della stessa. L'assistente sociale valuterà la situazione socio-familiare e le risorse presenti sul territorio a tutela della donna, informandola in merito ai servizi territoriali a sostegno.

Attivazione della rete territoriale

Laddove non sia necessario l'allontanamento dal domicilio, consultare il numero verde nazionale 1522 per indentificare il Centro Anti Violenza di competenza territoriale da fornire alla paziente, possibilmente mettendola in diretto contatto telefonico con il CAV indicato per evitare ripensamenti.

7.5 Violenza sessuale

In caso di esclusiva violenza sessuale, si deve effettuare l'accettazione della paziente e procedere come di seguito:

- dopo la registrazione al triage la donna deve essere condotta nella stanza codice rosa ove sarà sottoposta al colloquio e a tutti gli accertamenti clinici e medico-legali
- la visita medica e quella ginecologica devono essere fatte contestualmente, in modo da spogliare la paziente una sola volta, valutando e conservando correttamente gli indumenti e tutti i campioni biologici, come previsto dall'allegato n. 7
- la valutazione clinica, la raccolta anamnestica, con particolare riguardo per la dinamica dell'evento, nonché la diagnostica in caso di lesioni secondarie (fisiche e non) sono a carico del medico di Pronto Soccorso
- senza spostare la paziente, attivare consulenza ginecologica per la valutazione specialistica che deve essere effettuata in Pronto Soccorso; si dovrà utilizzare il Sexual Assault Evidence Collection Kit (per la raccolta del materiale utile ai fini forensi)
- previo consenso della paziente, illustrandole l'importanza, le lesioni devono essere fotografate ad integrazione dell'esame obiettivo descritto nel referto medico
- il materiale fotografico va raccolto con macchina fotografica *ad hoc* inventariata e conservata nel Pronto Soccorso, in luogo da definire a cura delle diverse Unità Operative

- la documentazione fotografica va scaricata in un apposito file posto in un'unica postazione informatica del Pronto Soccorso, ove sarà possibile l'accesso ad una cartella di sistema protetta.

Qualora la vittima fosse maggiorenne ma incapace di intendere e/o volere si procederà nel modo seguente:

- accertamento delle reali condizioni psichiche tramite consulenza psichiatrica
- verifica della sussistenza di handicap certificato
- comunicazione dell'evento al Giudice Tutelare
- comunicazione al Servizio sociale dello stato di pregiudizio della vittima.

7.6 Custodia della documentazione sanitaria

La custodia della documentazione sanitaria è soggetta alle normative vigenti relative al trattamento dei dati personali e alle regole aziendali predisposte in merito. La documentazione sanitaria compilata dagli operatori sanitari durante la visita deve essere conservata in originale, in formato cartaceo, in una cartella presso l'U.O. di Pronto Soccorso per un'opportuna archiviazione anche ai fini di eventuali richieste da parte dell'Autorità Giudiziaria. Eventuali immagini fotografiche acquisite durante la visita sono conservate e archiviate con le medesime modalità.

Il rilascio della documentazione sanitaria, a fronte di richieste scritte da parte dell'Autorità Giudiziaria (A.G.) o della Polizia Giudiziaria delegata (P.G.), è gestita dalla Direzione sanitaria di P.O. secondo la procedura vigente.

7.7. Gestione dei reperti

La gestione dei reperti è in capo ai diversi servizi ai quali è inviato il materiale biologico (Anatomia Patologica, Microbiologia, Genetica). Per quanto attiene all'abbigliamento ed agli effetti personali, il materiale è conservato in un armadio dedicato, chiuso a chiave, presso l'U.O. di Pronto Soccorso. Tutti i campioni/reperti devono essere siglati e il verbale relativo alla catena di custodia (allegato n. 7) deve contenere la data e l'ora delle operazioni svolte e le generalità dell'esecutore per garantirne la valenza probatoria.

La distruzione del materiale repertato può avvenire solo previo nulla osta da parte dell'Autorità Giudiziaria (la Direzione Sanitaria inoltrerà richiesta alla Procura della Repubblica, tramite pec, ai fini di ottenere l'eventuale nulla osta alla distruzione).

7.8 Casi specifici

Nel caso in cui sia presente, assieme alla donna, un minore che non necessiti di cure mediche e/o di ricovero, attivare il Servizio Sociale.

Nel caso in cui la donna debba essere ricoverata e non abbia la possibilità di affidare il bambino ad un adulto di sua fiducia, sarà possibile contattare il Servizio Sociale per un affidamento seppur temporaneo del minore, previo contatto con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori.

7.9 Dimissione dal Pronto Soccorso

Una volta escluse lesioni fisiche rilevanti, completato il percorso clinico, individuata la classe di rischio di revittimizzazione e consigliata la presa in carico ai servizi antiviolenza, il sanitario deve redigere il verbale di Pronto Soccorso cercando di descrivere la dinamica dell'evento con le stesse parole della paziente, usando il virgolettato, attestando tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato.

IMPORTANTE: è dovere del medico che ha rilevato la violenza di genere, procedere ad una formalizzazione della "denuncia di reato", in conformità alle disposizioni vigenti (allegato n. 3). Se non sono intervenute le Forze dell'Ordine e il caso presenta caratteri di delitto perseguibile d'ufficio, occorre contattare il n. 113.

Verbale di Pronto Soccorso

Nella redazione del verbale di Pronto Soccorso saranno inseriti correttamente tutti gli elementi anamnestici o circostanziali che possono avere rilevanza a fini giuridici. In particolare:

1. riportare in modo più esaustivo possibile la dinamica dell'aggressione utilizzando il virgolettato per riportare le parole della paziente
2. segnalare il tipo di oggetti utilizzati, specificando anche se è stato fatto uso di armi, sostanze stupefacenti o alcol, annoverati nelle aggravanti
3. riportare se le aggressioni avvengono ripetutamente al domicilio e/o in presenza di minori
4. porre particolare attenzione alla prognosi che deve rispecchiare il più possibile la plausibilità del tempo di guarigione, riportando anche quella proposta dallo psichiatra nel caso in cui sia stata fatta la valutazione psichiatrica
5. inserire il relativo codice di diagnosi e prognosi ICD9-CM (alla voce Diagnosi abusi e violenze)

| |
|---------------------------------------|
| 995.50 abuso/maltrattamento minore |
| 995.53 abuso sessuale minore |
| 995.80 abuso/maltrattamento adulto |
| 995.83 abuso sessuale adulto |
| 995.51 violenza psicologica su minore |

9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le responsabilità operative delle singole attività sono specificate nella seguente matrice delle "attività/responsabilità", che elenca le attività di competenza delle strutture dell'ASP di Ragusa.

| RESPONSABILITA'/ATTIVITA' | Infermiere | Medico | Infermiere | Spec. UO | Operatore |
|---------------------------|------------|--------|------------|----------|-----------|
|---------------------------|------------|--------|------------|----------|-----------|

| | Triage | PS | PS | | dedicato all'accoglienza |
|---|----------|----------|----------|------------|-----------------------------|
| Prima accoglienza protetta e riservata attribuzione codice rosa e codice VD/ VS | R | | | | C |
| Visita e compilazione cartella clinica guidata, prescrizione primo intervento e terapia sulle lesioni | C | R | C | | |
| Medicazioni, eventuali somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti | | C | R | | |
| Richiesta eventuali consulenze ad altre UUOO, esami laboratorio, radiologia o interventi chirurgia urgenti | | R | | | |
| Esecuzione consulenze ed esami diagnostici e restituzione risultati | | | | R | |
| Se viene riferita violenza sessuale: richiesta consulenza specialistica | | R | | | |
| Valutazione esiti consulenze ed esami diagnostici | | R | | C/R | |
| Decisione di ricovero o dimissione e denuncia di reato violenza fisica/sessuale nei casi perseguibili d'ufficio | C | R | C | R | |
| Invio della richiesta sanitaria di soccorso (comprensiva del codice di accesso) al Responsabile Aziendale Codice Rosa | | R | | | |



9. ALLEGATI E MODULI UTILIZZABILI

Allegato n. 1 – Elenco attività (ed esami) da mettere in atto e/ da documentare

Allegato n. 2 – Cartella clinica guidata in caso di violenza fisica (lesioni e/o maltrattamenti) e violenza sessuale

Allegato n. 3 - Informativa all'Autorità Giudiziaria

Allegato n. 4 - Consenso informato

Allegato n. 5 - "Brief risk assessment for the Emergency Department"

Allegato n. 6 - Contatti telefonici

Allegato n. 7 - Verbale di custodia

MONITORAGGIO CODICE ROSA DA NOVEMBRE 2013

2013 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 25

2014 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 77

2015 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 24

2016 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 43

2017 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 54

2018 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 60

2019 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 31

2020 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 24

2021 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 20

2022 NUMERO DI ACCESSI REGISTRATI AL PS 10

TOTALE CASI REGISTRATI 369

A handwritten signature or set of initials, possibly 'Oh', enclosed within a large, hand-drawn oval. The signature is written in black ink.

