

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° 578

ORIGINALE

OGGETTO: Attivazione del Codice Viola. Procedure operative, di accesso e di gestione delle vittime di abuso e di violenza e dei soggetti vulnerabili.

In data **19 DIC. 2013**, nella Sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via Mario Nicoletta Angolo Via G. Di Vittorio;
Su proposta del Risk Manager Aziendale, dott. Massimo Rizzo, elaborata dal Responsabile del Procedimento, sig. Gaetano Castagnino, Collaboratore Amministrativo Professionale;

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che la Legge 15 ottobre 2013, n. 119, ha introdotto molteplici iniziative per il contrasto della violenza;

CONSIDERATO che ogni contesto sanitario, in caso di violenza, è un luogo ove è possibile riconoscere i segnali manifesti e soprattutto nominare la violenza, in molti casi per la prima volta;

ATTESO che occorre mettere in atto procedure che possano perseguire un piano di azione finalizzato a "individuare e prevenire il fenomeno della violenza attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della collettività, rafforzando la consapevolezza, negli ambienti di vita (comunità, famiglia, Istituzioni), nel processo di eliminazione della violenza e nella soluzione dei conflitti nei rapporti interpersonali;

CONVENUTO che è fondamentale promuovere un'adeguata formazione di tutte le professionalità e nei vari settori della vita sociale che entrano in contatto con fatti di violenza;

CHE occorre potenziare le forme di assistenza e di sostegno alle vittime di violenza attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle vittime di violenza in qualunque forma espressa;

RITENUTO indispensabile accrescere la protezione delle vittime attraverso il rafforzamento della collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte, prevedendo specifiche azioni positive che tengano anche conto delle competenze delle amministrazioni impegnate nella prevenzione, nel contrasto e nel sostegno delle vittime di violenza e delle esperienze delle associazioni che svolgono assistenza nel settore;

EVIDENZIATA la necessità di promuovere lo sviluppo e l'attivazione, in tutto il territorio provinciale, di azioni, basate su metodologie consolidate e coerenti con linee guida appositamente predisposte, di recupero e di accompagnamento

dei soggetti responsabili di atti di violenza, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva;

RECEPITE le Direttive Comunitarie ed in particolare la Direttiva 2012/29/Ue del 25 ottobre 2012 che hanno istituito norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime attraverso l'attivazione di servizi pubblici od organizzazioni private di assistenza alle vittime con il compito sostanziale di fornire supporto non solo nella fase processuale ma anche in quella extraprocessuale sia nella fase antecedente al processo (diritto di comprendere e di essere compresi, accoglienza, presa in carico, protezione, supporto informativo e psicologico) sia in quella successiva (effettiva reintegrazione psicologica e sociale) favorendo collegamenti istituzionalizzati di vari enti e, laddove possibile, la genuinità della prova;

ATTESO che ogni azienda sanitaria deve adempiere anche alle specifiche procedure clinico-assistenziali a tutela delle vittime di delitti non colposi contro la vita, l'incolumità personale e la libertà personale previsti dal codice penale e disciplinati dalla Legge 15 febbraio 1996 n. 66 (norme contro la violenza sessuale), dalla Legge n. 7 DEL 09 01 2006 (disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile), dalla Legge n. 38 del 23 04 2009 (misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori);

VALUTATE le disposizioni previste nella Legge 8 novembre 2000, n. 328, nella Legge n. 154 del 5 Aprile 2001, nella LR 21 agosto 2007, n. 20, DGR n. 26 del 18 gennaio 2008, DGR n. 103 del 12 febbraio 2010, DPGR n. 191 del 22 novembre 2011,

DATO ATTO che il sistema di governance aziendale deve assumere un ruolo fondamentale nella gestione e nell'assistenza delle vittime e dei soggetti vulnerabili supportato da multipli servizi con diverse esperienze e buone pratiche;

TENUTO CONTO che l'articolo 19, comma 3, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, elabora - con il contributo delle amministrazioni interessate, delle associazioni di donne impegnate nella lotta contro la violenza e dei centri antiviolenza - e adotta - previa intesa in sede di Conferenza unificata ai sensi del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 - un «Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere»;

RICHIAMATE le proprie Delibere Aziendali n. 98 del 15 04 2010 (Attivazione capitolato di gestione delle procedure cliniche); n. 99 del 15 04 2010 (Attivazione Comitato Consultivo Misto Partecipativo); n. 102 del 22 02 2013 (Organizzazione e gestione delle procedure cliniche e delle direttive sanitarie); n. 465 del 18 10 2013 (Approvazione e adozione del regolamento per la gestione, coordinamento e formazione del primo soccorso clinico intra ed extra ospedaliero);

VISTO il D.Lvo 19 giugno 1999, n. 229 e il D.Lvo 09 aprile 2008, n. 81 e il Piano Sanitario Regionale;

DELIBERA

Per quanto sopra specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato,

1. di approvare l'allegata procedura denominata "Codice Viola" (allegato "A"), che acclusa al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di dare la massima diffusione interna e trasmettere il presente atto agli Uffici: Ufficio Affari Generali, Ufficio Formazione e Aggiornamento Professionale, nonché il Direttore Sanitario di Presidio, la Direzione del Dipartimento Urgenza Emergenza, la Direzione del Distretto Socio-Sanitario, la Direzione del Dipartimento Materno-Infantile, la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, per gli adempimenti di competenza;
3. di trasmettere il presente atto agli Enti: Prefettura di Crotone, Tribunale di Crotone, Procura della Repubblica di Crotone, Provincia di Crotone, Questura di Crotone, Comando Provinciale Carabinieri di Crotone, Comando Provinciale Guardia di Finanza di Crotone, Comuni della Provincia di Crotone, Ministero della Salute, Agenas, Regione Calabria.

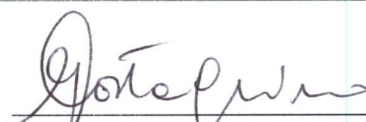
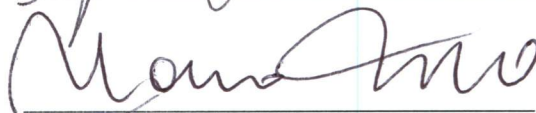
Il Responsabile del Procedimento
Sig. Gaetano CASTAGNINO

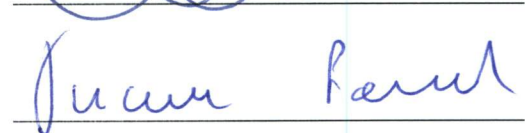
Il Risk Manager Aziendale
Dott. Massimo RIZZO

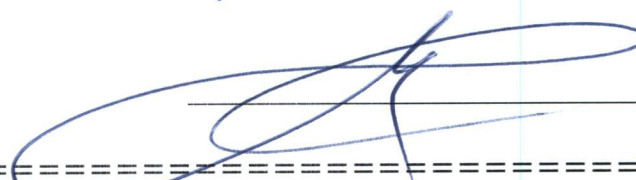
Il Direttore Amministrativo
Dott. Giovanni COZZA

Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco PARAVATI

Il Direttore Generale
Prof. Rocco Antonio NOSTRO



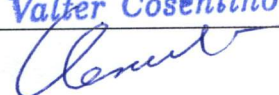


=====

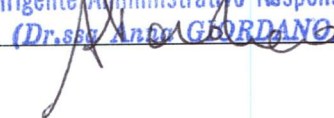
UFFICIO AFFARI GENERALI
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda il **20.DIC.2013** con Protocollo della Segreteria Generale n. **120** e ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile del Procedimento

Valter Cosentino


Il Direttore dell'Ufficio AAGG
Il Dirigente Amministrativo Responsabile
(Dr.ssa Anna GORDANO)



IL CODICE VIOLA



1. Scopo

Scopo della presente procedura è descrivere le modalità predisposte per l'identificazione e la presa in carico delle vittime di violenza o delle persone vulnerabili, in modo da consentire il miglior funzionamento organizzativo e procedurale, una migliore comunicazione tra i vari enti coinvolti, per favorire ogni condizione di assistenza clinica e supporto socio-sanitario sia nella fase acuta che nella fase riabilitativa.

L'obiettivo primario è prevenire e preservare la salute delle vittime e dei soggetti vulnerabili e anche le malattie socialmente invalidanti. Nel contempo l'azienda sanitaria deve contribuire a contrastare il fenomeno della violenza sulle donne, il maltrattamento in famiglia, lo sfruttamento della prostituzione, il fenomeno della tratta e dell'abuso dei minori, il bullismo, il fenomeno dello stalking e comunque l'identificazione e la gestione delle vittime di tutte le forme di violenza e dei soggetti vulnerabili oltre che assicurare, ove possibile, gli elementi probatori da utilizzare in sede giudiziaria.

Il codice viola è la procedura di gestione che può iniziare nel pronto soccorso e che si continua poi sul territorio e negli altri servizi.

Viola perché rappresenta il dolore, il colore delle ecchimosi e anche l'acronimo specifico (**VIOL**enza **Altrui**).

Il codice viola non è un semplice codice di triage ma un codice di accesso facilitato e dedicato garantendo protezione ed anonimato che perdura oltre le cure ospedaliere e le fasi acute e deve essere utilizzato anche dalle forze dell'ordine per segnalare e accedere a sistemi assistenziali.

La procedura serve a semplificare gli interventi e a codificare i ruoli.

2. finalità

La gestione dei casi di violenza costituisce un argomento di estrema delicatezza per le implicazioni umane, personali e sociali che prescindono

anche dagli interessi giudiziari non fosse altro che per le ricadute sulla salute pubblica e sulla sicurezza sociale rimanendo il fenomeno in gran parte invisibile e per ciò stesso drammatico. Non a caso vi è stato un sostanziale cambiamento di stato relativamente alla istruttoria e alla gestione dei casi di violenza sessuale da parte delle aziende sanitarie tant'è che oramai si fa riferimento a protocolli istituzionali ancor più che a quelli giudiziari. Infatti in seguito alle linee guida diffuse dall'OMS dal 2001 (Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence) si sono diffuse una numerosità di iniziative e di azioni per gestire in modo ottimale tali problematiche. Nei paesi anglosassoni sono nate le cosiddette S.A.R.T. (SEXUAL ASSAULT RESPONSE TEAM) che, in qualche misura, si sono rapidamente diffuse anche in Italia (cfr SVS di Milano, Roma e Palermo). A Crotone è stata elaborata una procedura nel 2006 con finalità prevalentemente medico-legali anche al fine di meglio gestire gli aspetti considerati nelle linee guida dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (Violenza sessuale e di genere nei confronti di rifugiati, rimpatriati e sfollati interni, 2003) e nella previsione delle azioni considerate nella Legge n. 7/2006 (disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile).

Ma gli impulsi istruttori più significativi si sono sviluppati in seguito alla Legge 66/1996 (norme contro la violenza sessuale) che ha completamente rinnovato l'approccio al problema suggerendo orientamenti metodologici, attesi o praticati solo da una minoritaria quota di medici legali, tali da svelare implicazioni profonde già dalla diversa concezione di atti sessuali.

La stessa criteriologia di accertamento è stata applicata nei casi dei richiedenti asilo politico per torture, abusi, maltrattamenti sevizie con specifica Convenzione del 12 07 2007 con la Prefettura di Crotone e l'adesione al progetto NIRAIST del Ministero degli Interni e quindi alla applicazione operativa del Protocollo di Istanbul nella versione del 2008.

Il progetto è già stato presentato alla Call 2010 dell'AGENAS.

3. norme di riferimento

- CODICE PENALE
- Legge 15 febbraio 1996 n. 66 - norme contro la violenza sessuale.
- Legge 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù."
- Legge 8 novembre 2000, n. 328
- Legge n. 154 del 5 Aprile 2001 – misure contro la violenza nelle relazioni familiari
- LEGGE 11 agosto 2003, n. 228 Misure contro la tratta di persone
- LEGGE N. 7 DEL 09 01 2006 (disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile)
- Legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet"
- LEGGE REGIONALE 21 agosto 2007, n. 20
- DGR n. 26 del 18 gennaio 2008
- Legge n. 38 del 23 04 2009 (misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori)
- DGR n. 103 del 12 febbraio 2010
- DPGR n. 191 del 22 novembre 2011
- Legge n. 119 del 15 10 2013 (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"

Documenti di riferimento

- ✓ Nazioni Unite. Dichiarazione universale dei diritti umani, Parigi 10 dicembre 1948
- ✓ Convenzione sullo statuto dei rifugiati, 28 07 1951

- ✓ Convenzione supplementare sull'abolizione della schiavitù, del commercio di schiavi e sulle istituzioni e pratiche assimilabili alla schiavitù. Ginevra, 07 09 1956
- ✓ Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne. New York, 18 12 1979
- ✓ UNESCO. Dichiarazione islamica dei diritti dell'uomo, Parigi 19 settembre 1981
- ✓ Convenzione europea relativa al risarcimento delle vittime di reati violenti, Strasburgo, 24 novembre 1983
- ✓ Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. New York, 1984
- ✓ Convenzione sui diritti dell'infanzia, New York, 20 11 1989
- ✓ Conferenza Mondiale sui Diritti Umani, NAZIONI UNITE, Vienna, 14-25 giugno 1993
- ✓ CARTA DI NOTO (9 Giugno 1996, 7 luglio 2002, 10-12 giugno 2011)
- ✓ CARTA DI OVIEDO, 04 04 1997
- ✓ Nazioni Unite. Dichiarazione sul diritto e la responsabilità degli individui, dei gruppi e degli organi della società di promuovere e proteggere le libertà fondamentali e i diritti umani universalmente riconosciuti (1998). Risoluzione 53/144, 9 dicembre 1998.
- ✓ Decisione Quadro 2001/220/GAI del 15.3.2001 relativa alla posizione della vittima nel procedimento penale
- ✓ Nazioni Unite. Guide to United Nations Resources and Activities for the Prevention of Interpersonal Violence. Ginevra, 2002
- ✓ Nazioni Unite. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Ginevra, 2004
- ✓ Nazioni Unite. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006
- ✓ Convenzione sui diritti delle persone con disabilità. New York 13 12 2006
- ✓ Trattato di Lisbona, 13 12 2007

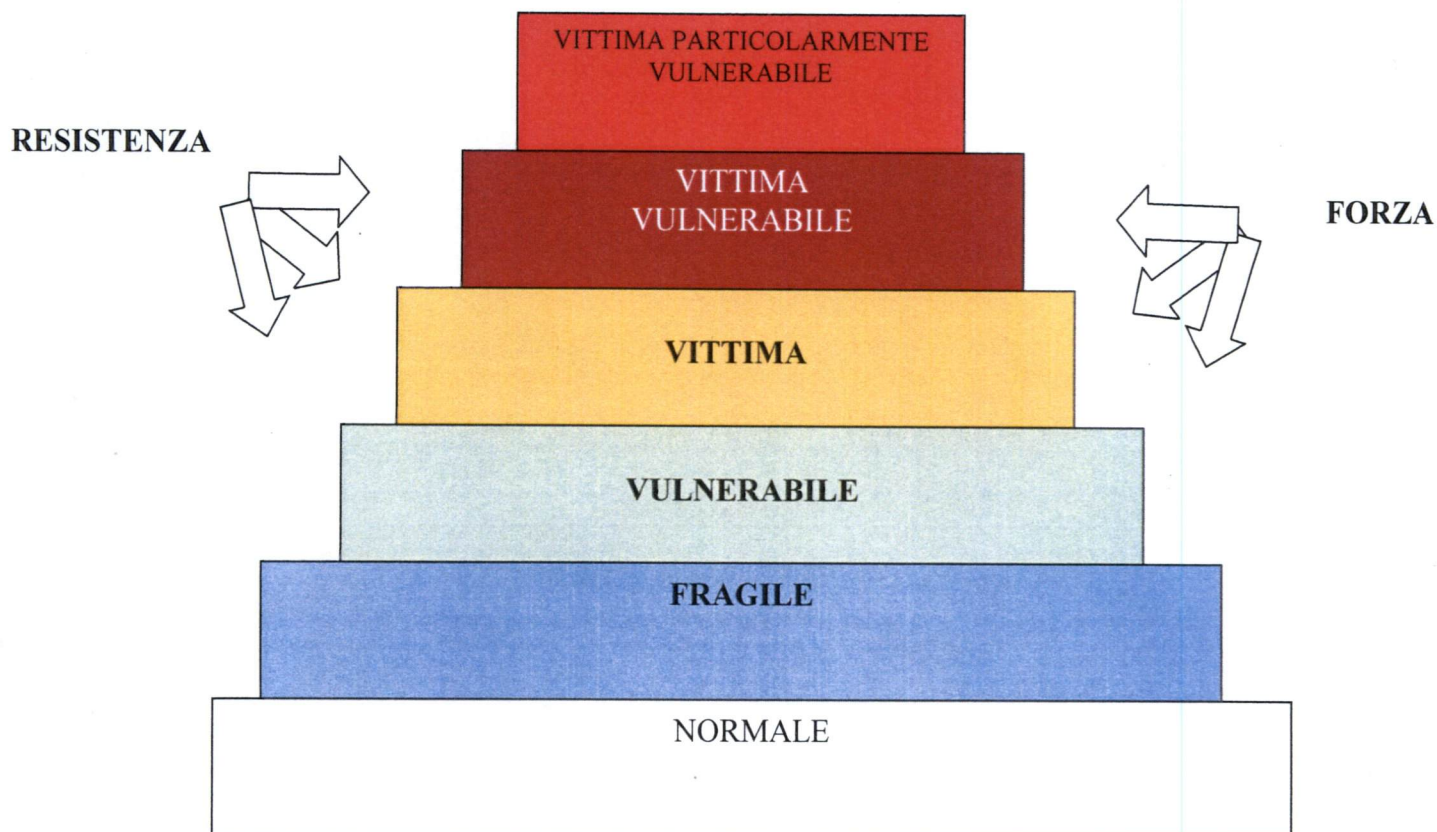
- ✓ Nazioni Unite. Protocollo di Istanbul. Sottoposto all'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. 9 agosto 1999 (Ufficio Studi e Ricerche DAP Aprile 2008)
- ✓ DIRETTIVA 2011/36/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 5 aprile 2011 concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime, e che sostituisce la decisione quadro del Consiglio 2002/629/GA
- ✓ Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – Istanbul, 11 maggio 2011
- ✓ DIRETTIVA 2012/29/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI

4. definizione dei soggetti passivi

La estrema variabilità interpretativa e nosografica di soggetto passivo, anche in ambito normativo, può costituire un limite operativo importante nella gestione delle vittime di violenza.

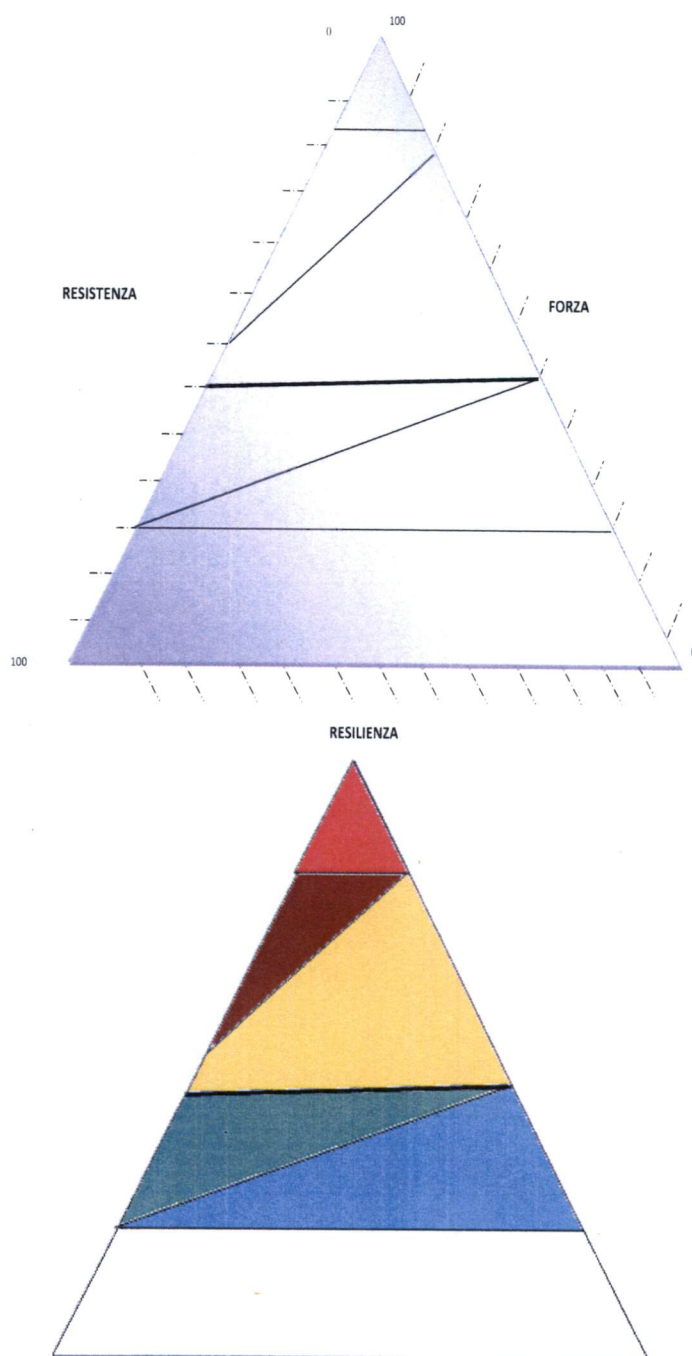
La codificazione, quanto più possibile univoca e condivisa, consente a tutti gli operatori di identificare o inquadrare subito la tipologia di soggetto passivo in esame.

Per semplificare quanto più possibile il concetto di soggetto passivo, di cui sono indicate anche normativamente diverse tipologie, occorre restringere l'ambito di applicazione a quei soggetti che a causa di una particolare forza lesiva (vulnus) subiscono un danno oltre che un restringimento degli spazi di autonomia.



In questo modo è facile graduare le varie tipologie e associare agli spazi di autonomia il concetto di persona e personalità e di libertà e dignità.

È proprio in virtù di queste qualità che i contesti di azione, intrinseci o estrinseci, agiscono attraverso forze, resistenze e risorse generando specifiche categorie di vittimizzazione.



Ne discende che le vittime altamente vulnerabili sono i minori, i disabili e le donne incinte o le vittime che subiscono ulteriori violenze o traumi.

Per vittima si intende un soggetto che subisce un danno (lesioni, traumi, etc.), transitorio o permanente, per altrui violenza fisica, psichica,

sessuale, socio-politica od economica con modalità individuate, sconosciute o infide, e con vari mezzi lesivi, continuativi od episodici. Nel concetto di vittima è compreso il familiare diretto o convivente di una vittima deceduta o con gravissime disabilità.

Le vittime vulnerabili sono quei soggetti che o possiedono particolari condizioni di debolezza personale o sociale oppure sono esposti in modo continuativo ad una forza vulnerante intensa se non estrema o ancora sottoposti a tipologia di trauma particolarmente violento o tale da produrre gravi turbamenti. Pazienti vulnerabili sono coloro che hanno già danni permanenti.

Soggetti vulnerabili sono coloro che, per condizioni personali o contesti socio-ambientali, sono portatori di fragilità tali per cui sono maggiormente esposti ad azioni offensive altrui, volontarie o involontarie, suscettibili di danno permanente e che minacciano l'autonomia, la dignità e l'integrità della persona o della personalità. Perciò per vulnerabilità si deve intendere il livello soglia oltre il quale l'angoscia non più tollerata determina danno.

Persona fragile è il soggetto di per sé senza idonee o sufficienti risorse, resistenze o difese, facilmente percepibili da persona medio-normale e tale da essere influenzabile, suscettibile di abuso con spazi di autonomia già compromessi.

5. Campo di applicazione

Gli interventi sul sistema devono essere finalizzati a predisporre l'appropriatezza delle prestazioni, la gestione clinica e l'assistenza socio-sanitaria in ospedale e sul territorio relativi alle vittime di delitti contro la vita, l'incolumità individuale e la libertà personale.

I destinatari dell'attenzione clinica sono le vittime di:

- ABUSI MINORI
- VIOLENZE SESSUALI
- MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA

- TORTURATI E RIFUGIATI POLITICI
- VIOLENZE IN AMBITO LAVORATIVO, SCOLASTICO O SOCIALE
- LESIONI PERSONALI DA ALTRUI VIOLENZA
- ACCIDENT PRONENESS/INCIDENTI DOMESTICI
- TENTATIVI DI SUICIDIO

6. modalità operative

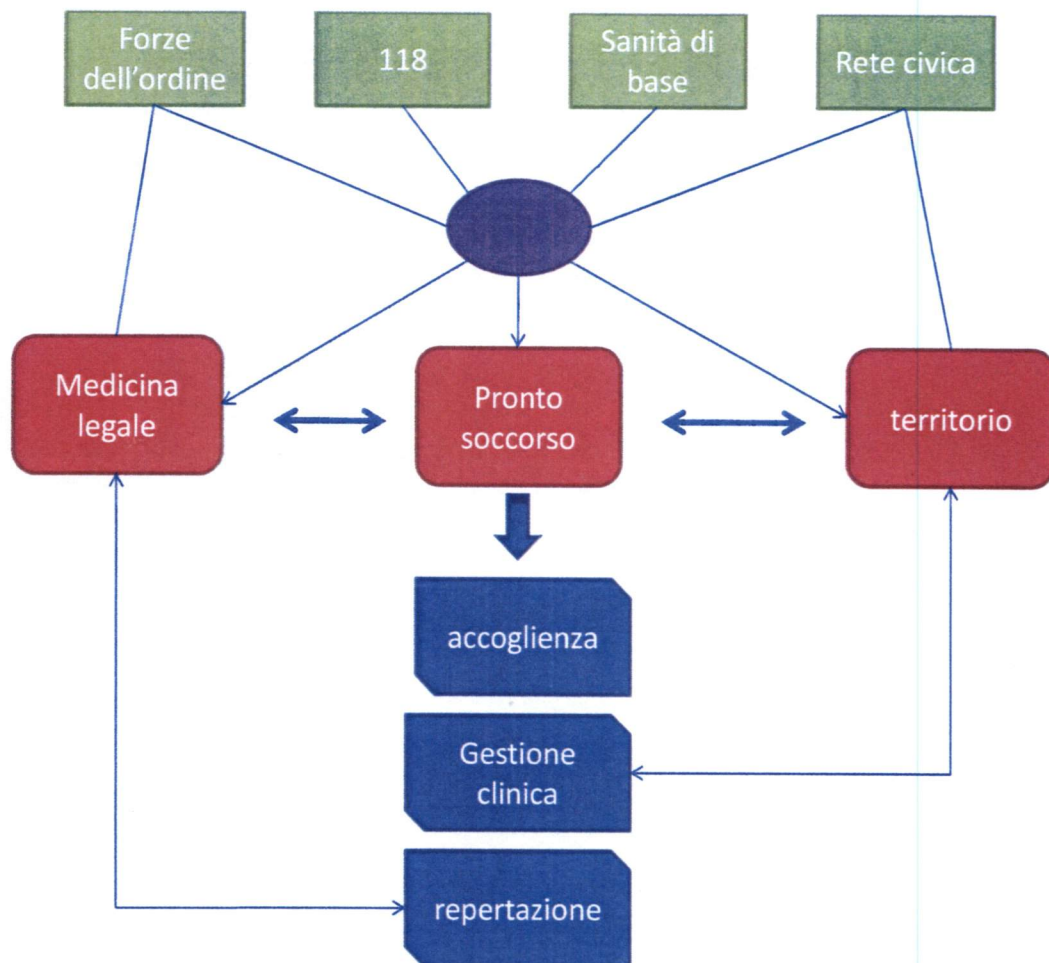
La gestione della vittima nella fase acuta è coordinata dal Direttore del DEU attraverso le articolazioni del 118_SUEM, Pronto Soccorso e OBI, sede quest'ultima dove la vittima deve trovare una collocazione protetta ed anonima.

Tutto il personale sanitario è periodicamente formato su tali tematiche specifiche sia per la gestione degli aspetti clinici che di quelli giudiziari (refertazione e repertazione).

Il medico che accoglie la vittima procede ad una valutazione clinica avvalendosi di consulenze specialistiche in base ai danni rilevati.

Il medico legale interviene sia per la validazione dei dati che per gli accertamenti di propria competenza anche attraverso l'accesso agli atti o la consulenza in reparto nel caso di diversa sistemazione della vittima.

La procedura prevede la codificazione condivisa e razionale delle seguenti azioni.



accoglienza

- Locale dedicato
- Riservatezza e anonimato
- Personale formato
- Sincronizzazione degli interventi
- Attivazione delle procedure
- Supporto assistente sociale
- Assistenza psicologica

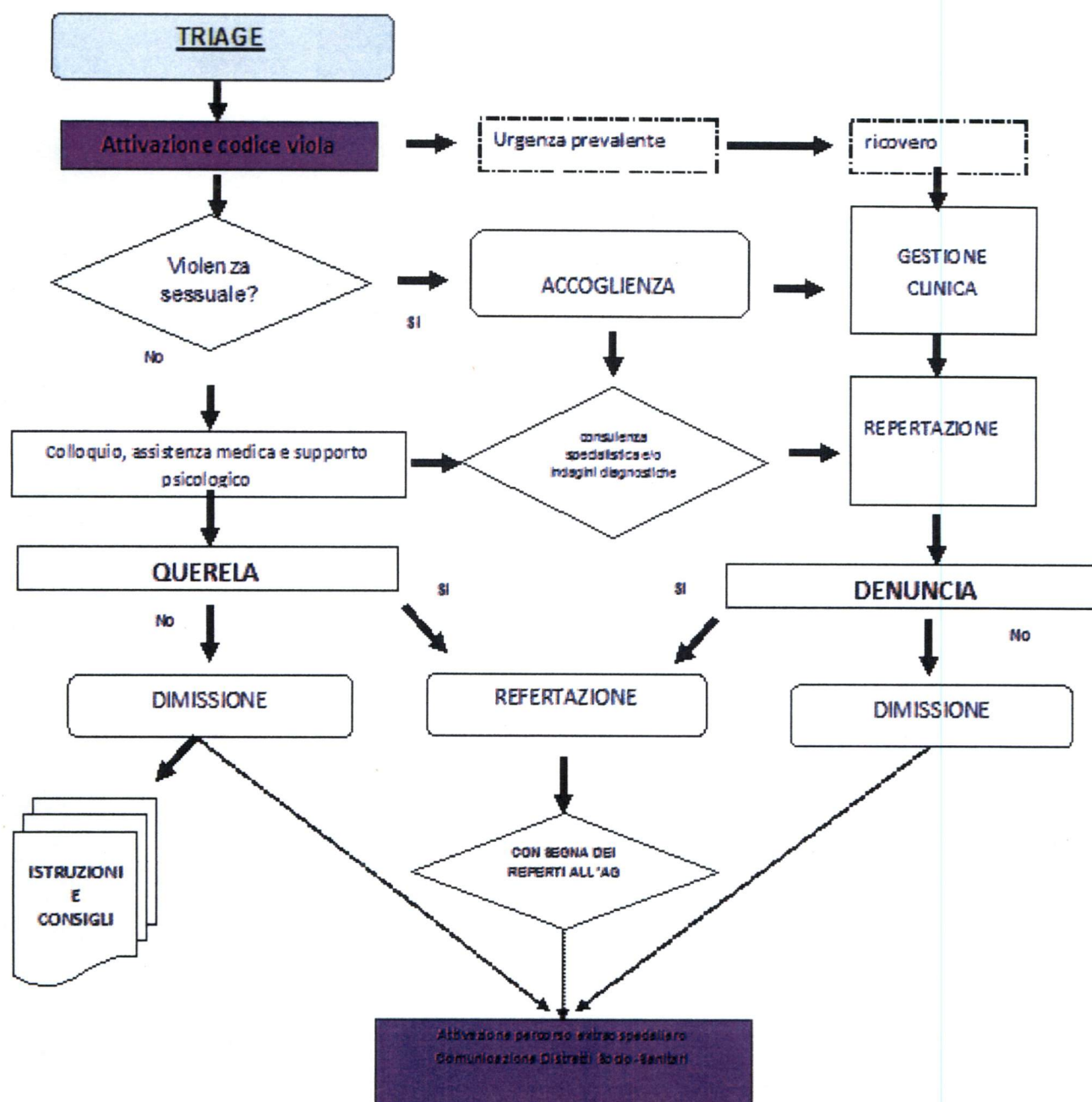
Gestione clinica

- Approccio tecnico/criminalistico
- Consulenza ginecologica
- Consulenza psichiatrica
- Consulenza neuropsichiatria infantile
- Consulenza chirurgica
- Consulenza internistica
- Consulenza medico-legale
- Consulenza giuridica
- Consulenza pediatrica

repertazione

- Personale competente
- Sistema video-fotografico
- Frigo-congelatore
- Kit criminalistici
- Armadio blindato
- Lampada di wood e simili
- Campionamento
- Letto ginecologico
- Strumentario ottico ed endoscopico

Attivato il codice viola, se non ricorrono contestuali e più gravi motivi di ricovero, si attuano procedure di tutela e protezione fino alla dimissione che comunque deve prevedere, qualora la vittima non voglia proseguire un percorso di presa in carico extraospedaliero, la consegna di un opuscolo informativo contenente istruzioni cliniche e giudiziarie.



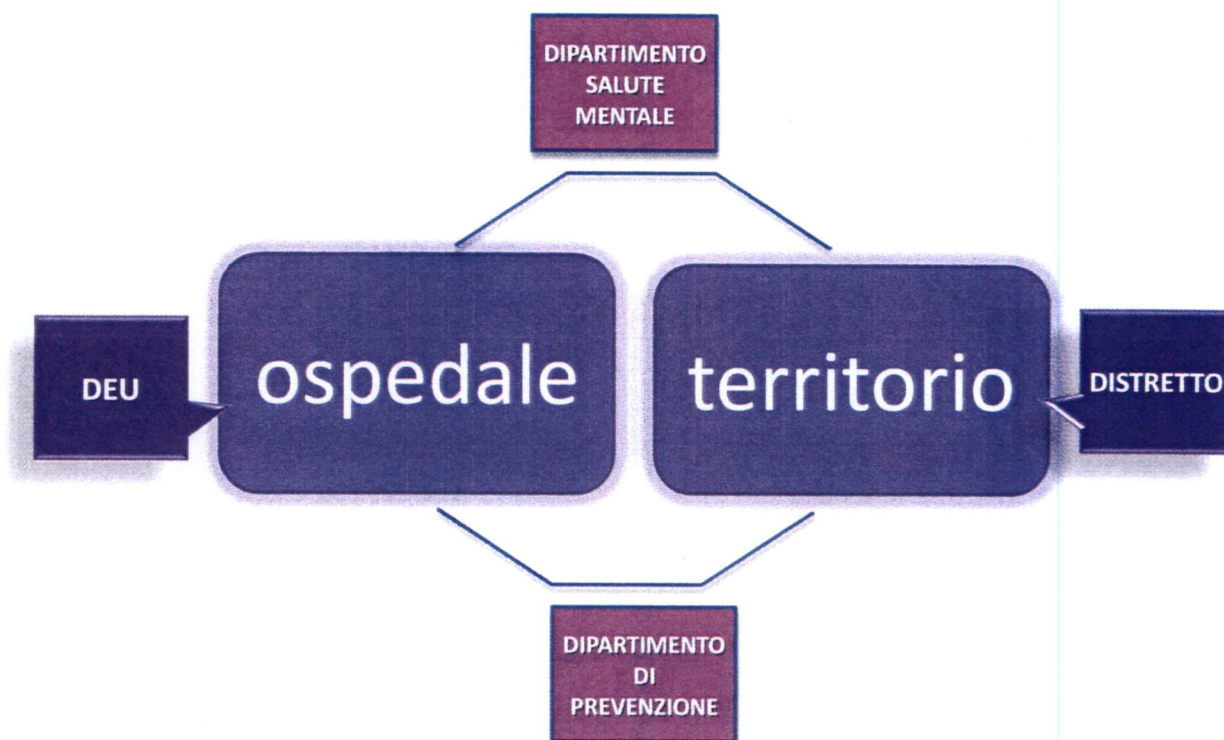
Il personale sanitario deve sviluppare la massima competenza e professionalità con condotte codificate che prevedono:

- ✓ adeguata comunicazione verbale e non verbale;
- ✓ corrette informazioni sulle procedure cliniche e legali;
- ✓ condotte di rassicurazione e protezione;
- ✓ idoneo setting per ascolto, l'accompagnamento e le visite mediche;
- ✓ limitare il disagio psichico della vittima con eccessiva burocratizzazione o anche con visite multiple, accessi clinici ripetuti o vari trasferimenti di locali;
- ✓ Informare sulla necessità di eventuali follow-up ginecologici, infettivologici o clinici.

La vittima o i soggetti vulnerabili possono, per motivi diversi, non accedere ai servizi ospedalieri nella fase acuta o comunque accedere ai servizi sanitari in fasi successive.

In questi casi il Codice Viola viene gestito dal Distretto Socio-sanitario che ha funzioni di coordinamento e mediazione tra gli aventi diritto (vittime, soggetti vulnerabili, enti istituzionali e referenti civici di gestione) e le strutture sanitarie.

Questa fase è molto delicata in quanto costituisce la presa in carico reale e deve assicurare la continuità assistenziale alla vittima attraverso piani assistenziali codificati e interventi psico-sociali integrati sia con l'ospedale, con il territorio che con la rete civica.



Il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale sono strutture di collegamento tra ospedale e territorio.

Il Dipartimento di Prevenzione interviene con la Medicina Legale, la Medicina del Lavoro, l'Educazione Sanitaria, la Medicina Scolastica e l'Igiene Pubblica (nei casi in cui sussiste abbandono e degrado) o ancora attraverso piani di prevenzione mirati (ad esempio, passi di argento, incidenti domestici, etc.).

Il Dipartimento di Salute Mentale interviene con l'assistenza psichiatrica e psicologica sul territorio garantita dai vari CSM.

Il Distretto, oltre al coordinamento, assicura il supporto della medicina primaria e, se occorre, degli ambulatori specialistici territoriali.

Il Distretto verifica la corretta collocazione nelle residenze di supporto e la sussistenza dei requisiti necessari.

Il Distretto può prorogare la sussistenza del Codice Viola ovvero revocarlo per decadenza o risoluzione delle condizioni clinica o per assenza o insufficiente riferimento eziologico.

Quest'ultimo aspetto può essere certificato o dal medico legale ovvero da un collegio medico dedicato.

A tal proposito il Comitato Medico-Legale per i Traumi e gli Accidenti (CO.ME.T.A.) valuta la discendenza causale tra un determinato evento e i danni obiettivati.

Il Comitato è composto da due medici legali di cui uno è relatore e da uno psichiatra territoriale a cui si associano, a secondo del contesto eziologico e/o dei danni riportati, vari specialisti già individuati (medico del lavoro, internista, chirurgo, ortopedico, neuropsichiatra infantile, pediatra, ginecologo, psicologo-traumatologo) o altri componenti nominati di volta in volta.

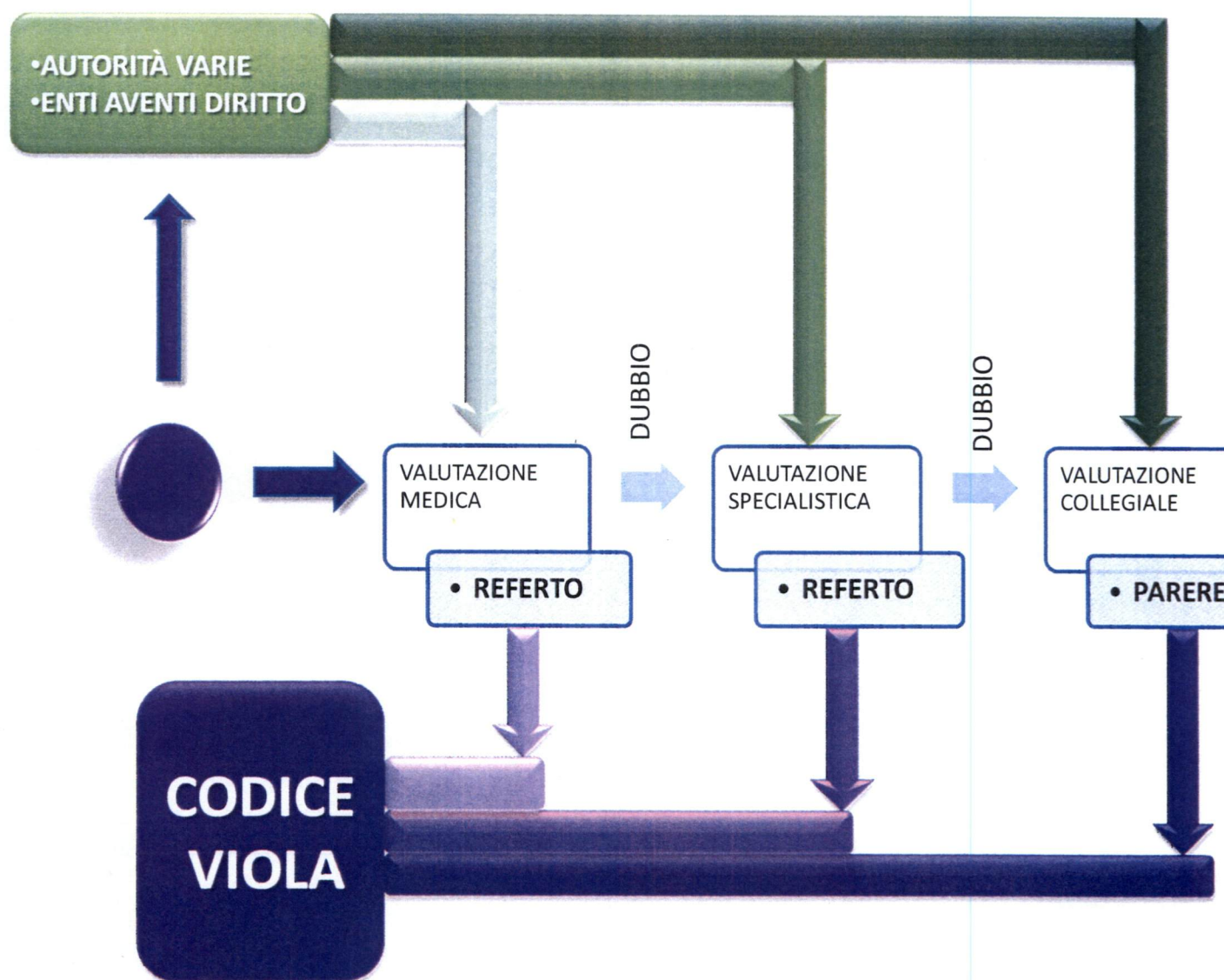
Il Comitato è attivato da un medico legale monocratico nei casi dubbi o da chiunque abbia gestito il caso sotto il profilo clinico. Il Comitato fornisce un parere anche per conto di Enti aventi diritto oltre che dalle Autorità Istituzionali. Il CO.ME.T.A., nei casi a valenza giudiziaria, non può essere attivato da un singolo e neanche direttamente dalla vittima.

Il Comitato rilascia un parere tecnico motivato e si esprime sulla riferibilità eziologica, le modalità traumatogenetiche e la congruità clinica e medico-legale. Il Comitato espleta, inoltre, le seguenti funzioni:

- definisce le qualità della vittima compresa la capacità o attitudine a testimoniare;
- indica le modalità di tutela e protezione della vittima nei vari ambiti;
- esamina le caratteristiche del trauma e, quando possibile, ricava il profilo dell'autore;
- esamina il rapporto diadico tra soggetto attivo e soggetto passivo;
- fornisce presupposti tecnici per eventuali soluzioni negoziate;
- accerta, su richiesta dell'AG, le condizioni psicopatologiche dell'autore anche con riferimento alla capacità processuale;

- raccoglie i resoconti clinici e scientifici dai punti di osservazione clinica (PS-OBI, Consultori, SPDC e CSM, Medicina Legale) ed elabora o aggiorna criteri diagnostici, modalità di comportamenti ed indicatori clinici e sociali che restituisce agli operatori di prima linea;
- fornisce o suggerisce protocolli di intervento, procedure operative e speciali raccomandazioni gestionali, sulla presa in carico e la protezione della vittima.

I componenti del Comitato non possono corrispondere a medici che hanno già svolto funzioni cliniche e terapeutiche.

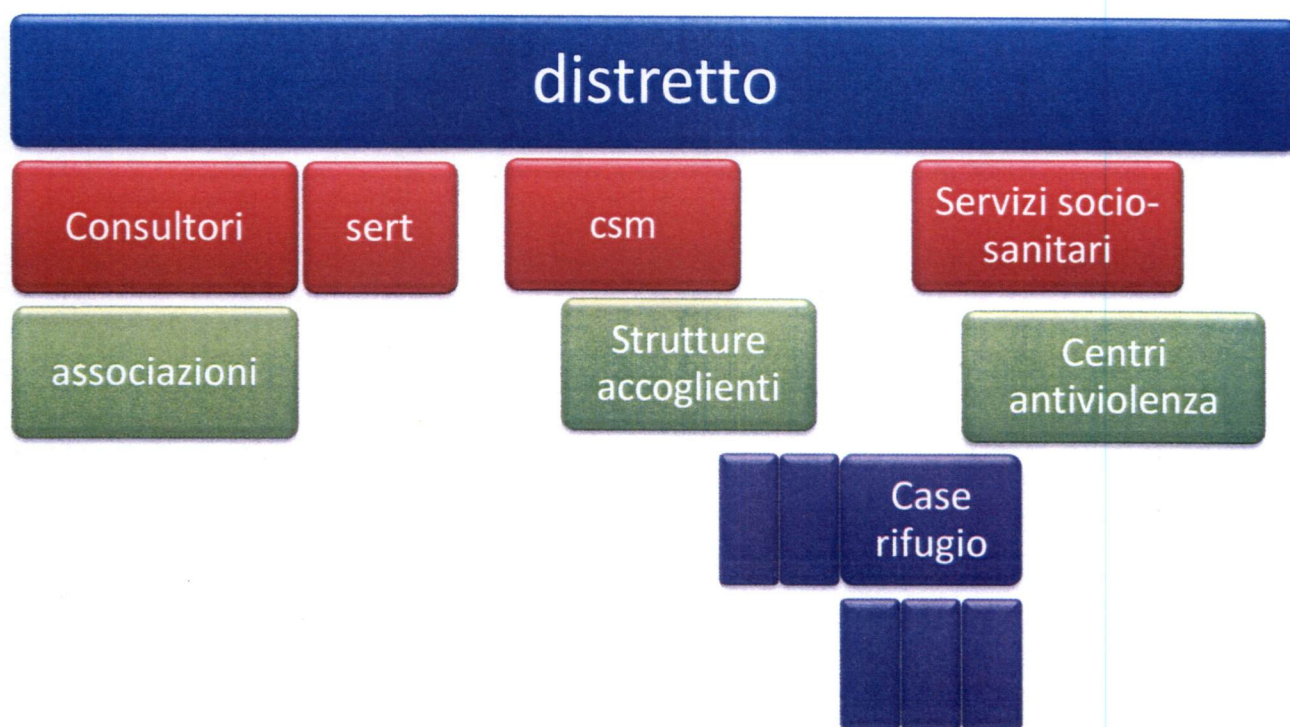
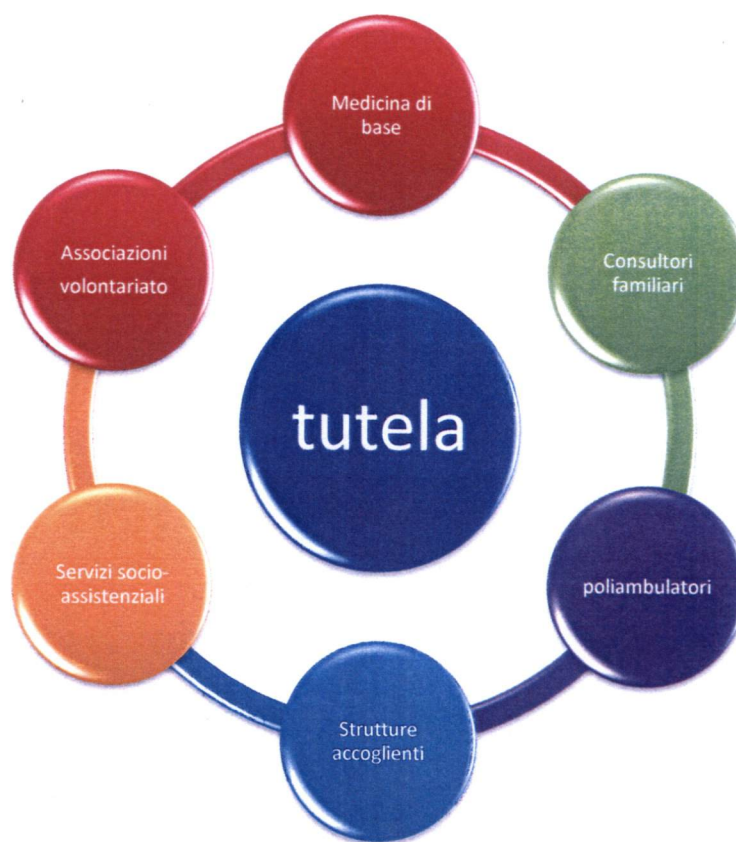


7. Compiti e funzioni

Il Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU) coordina tutte le attività cliniche relative alle vittime di violenza e di abuso o dei soggetti vulnerabili che accedono alle cure ospedaliere in fase acuta. Il Direttore del DEU predispone percorsi codificati nonché corsi di formazione per il personale oltre che fornisce un locale idoneo che assicuri facile accessibilità clinica, massima discrezione e tutti gli strumenti clinici-diagnostici necessari.

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero coordina le attività di gestione intraospedaliera, per consulenze e supporto, interessando i vari Dipartimenti coinvolti nei processi di cura facendo verificare bisogni formativi, esigenze funzionali e cliniche oltre che eventuali procedure operative e percorsi assistenziali o di presa in carico. Inoltre predispone un piano di accesso per le consulenze medico-legali in Pronto Soccorso o anche nei reparti non solo per i codici viola ma anche per ogni altra problematica medico-legale o deontologica di supporto alle attività cliniche.

Il Direttore del Distretto coordina tutte le attività cliniche ed assistenziali relative alle vittime di violenza e di abuso o dei soggetti vulnerabili che accedono alle cure territoriali coinvolgendo e collegando medici di famiglia, servizi sociali, consultori familiari e servizi di salute mentale e per le dipendenze; deve, altresì predisporre, unitamente ad altri istituti competenti, attività di verifica e di collegamento delle strutture afferenti alla rete civica (case di accoglienza, case rifugio, associazioni, etc.) con un programma che dovrà essere definito con gli organismi interessati ed eventualmente regolamentato da specifiche Convenzioni, Protocolli d'Intesa, etc.



Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione presiede l'organizzazione strategica del codice viola attivando le specifiche competenze della Medicina Legale, Medicina del Lavoro, Educazione Sanitaria, Medicina Scolastica, Igiene Pubblica, Criminologia Territoriale istituendo un database gestionale ed una rete di collegamento con i vari Servizi ed Enti oltre ch  con l'Autorit  Giudiziaria. In particolare il servizio di Educazione Sanitaria provveder  ad effettuare campagne di informazione mirata e sensibilizzazione anche con la collaborazione del Servizio di Medicina Scolastica secondo le esigenze segnalate dai servizi sanitari e dalla rete civica tenendo altres  conto delle esigenze sociali.



In particolare il Dipartimento di Prevenzione, supportata dagli altri Dipartimenti, concorre alla realizzazione dei Piani di Azione preventiva.

Medicina scolastica	• Formazione del personale della scuola • Sensibilizzazione ed informazione degli studenti
Medicina legale	• Formazione di tutte le professionalità che entrino in contatto con forme di violenza
Dipartimento salute mentale	• Favorire il recupero e limitare le recidive dei soggetti attivi • Attivare piani di intervento rapidi e consolidati
distretto	• Accrescere la protezione delle vittime • Potenziare forme di assistenza e sostegno
Dipartimento materno-infantile	• Presa in carico • Valutazione dei bisogni
Educazione sanitaria	• Informazione e sensibilizzazione della collettività • Interventi mirati sui mass media
Criminologia territoriale	• Raccolta dei dati sul fenomeno e individuazione buone pratiche • osservatorio

Il Direttore del Dipartimento Materno-Infantile predispone piani di intervento operativi in tema di abusi sui minori e su donne con specifica attivazione dei servizi di Neuropsichiatria infantile, Ostetricia e ginecologia, Pediatria e i Consultori Familiari.

In particolare i Consultori Familiari devono essere maggiormente sostenuti ed organizzati in modo da assicurare una presa in carico multi professionale continuativa tale da garantire una adeguata accoglienza, una appropriata valutazione dei bisogni, adeguati supporti socio-assistenziali e psicologici oltre che a piani di recupero integrati.

Il Direttore del Dipartimento di salute mentale predispone piani di intervento intraospedalieri per la fase acuta con consulenze specialistiche

e supporto psicologico, ed extraospedalieri con la presa in carico delle vittime dai CSM nella fase cronica e verificando bisogni formativi, esigenze funzionali e cliniche oltre che eventuali procedure operative e percorsi assistenziali o di presa in carico.

L'U.O. Formazione, sentiti i responsabili e tenuto conto dei fabbisogni formativi, svolgerà attività di coordinamento dei necessari eventi formativi, di aggiornamento e addestramento assicurando il necessario supporto e promuovendo iniziative di sensibilizzazione e diffusione anche in collaborazione con il servizio di educazione sanitaria;

8. Modalità di accertamento e approccio metodologico nelle violenze sessuali

Senza voler illustrare i dettagli della criteriologia degli accertamenti, è utile precisare che non vi è sostanziale differenza tra l'approccio clinico e medico-legale nell'acquisizione dei dati da esaminare.

E perciò estremamente rilevante raccogliere quanti più dati possibili attraverso una raccolta anamnestica strutturata ed un approfondito esame clinico.

- ▶ circostanze dell'aggressione:
 - data
 - ora
 - luogo
 - dinamica
 - sevizie
 - modi di penetrazione
- ▶ precedenti medici della vittima, con particolare attenzione a quelli ginecologici e ostetrici
- ▶ data delle ultime mestruazioni
- ▶ attività sessuale precedente

- ▶ contraccezione
- ▶ data dell'ultimo rapporto liberamente consentito
- ▶ tempo trascorso dalla violenza sessuale
- ▶ consumo di alcool o di droghe
- ▶ verificare se la persona si è lavata e cambiata dopo l'aggressione

Sul piano obiettivo occorre:

- ▶ Ricercare eventuali lesioni traumatiche:
 - escoriazioni
 - contusioni
 - graffi
 - morsi
 - bruciature
 - ematomi
 - fratture
- ▶ Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni
- ▶ Indicare la localizzazione sull'apposito schema del corpo accluso alla cartella clinica
- ▶ Se viene firmato l'apposito consenso, eseguire delle fotografie delle lesioni
- ▶ Verificare limitazioni e sintomi funzionali, con particolare attenzione al sintomo dolore

Ovviamente estrema importanza deve essere posta nei confronti dell'esame obiettivo perineale:

- ▶ **Esame vulvo-vaginale:**
 - Ricercare ferite, ematomi e contusioni
 - Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni
- ▶ **Esplorazione vaginale:**
 - Esame della permeabilità dell'imene
 - Individuazione dei segni della gravidanza

- Individuazione di dolore degli annessi uterini
- Individuazione di eventuali masse
- Valutazione della dimensione e della mobilità uterina
- ▶ **Esame del canale vaginale e del collo dell'utero**
- ▶ **Esame anale ed esplorazione rettale:**
 - Ricerca di ferite e sanguinamento anali
 - Valutazione del tono sfinterico
 - Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni

È buona prassi indicare la localizzazione di ciascuna lesione su un apposito schema del corpo da accludere nel fascicolo sanitario o giudiziario.

Altrettanto importante è formare una documentazione fotografica avendo cura di non mortificare la vittima con pose prolungate o particolarmente invasive. Utili i seguenti accorgimenti:

- ▶ Effettuare le foto prima di intervenire con le cure mediche
- ▶ Effettuare foto a colori
- ▶ Fare foto da varie angolazioni di tutto il corpo e di sedi particolari
- ▶ Al fine di definire le dimensioni delle lesioni, fotografarle utilizzando un oggetto collocato vicino alle medesime
- ▶ Fare almeno due foto delle zone traumatizzate
- ▶ Scrivere subito dietro le foto (nel caso in cui si utilizzi una polaroid) o nel file se si tratta di foto digitali, la data, il nome della paziente, la localizzazione delle lesioni, il nome del fotografo e del testimone.

Appare ovvio che prima di effettuare i rilievi fotografici occorre raccogliere il consenso della vittima indipendentemente dalla finalità clinica o medico-legale e dalla autorizzazione della autorità giudiziaria che dispone sulla liceità dei mezzi e non già sulla coercizione di volontà o sugli spazi di libertà. Analogo discorso vale anche per tutte le forme di audio o videoregistrazione.

A questi tipi di rilievi si devono accompagnare atti a maggiore valenza medico-legale ossia la refertazione delle varie consulenze, la repertazione di oggetti e delle matrici biologiche per gli studi comparativi e criminalistici.

Per quanto riguarda la repertazione di oggetti, quando le circostanze lo consentono, occorre far spogliare la vittima in ambiente isolato poggiando gli indumenti su un telo e acquisendo comunque la biancheria intima, il vestiario, assorbenti, tamponi interni, fazzoletti e tessuti della vittima usati dopo la violenza, preservativi; tale materiale dovrà essere conservato in sacchetti di carta e giammai di plastica o di altro materiale simile per evitare qualsiasi alterazione o denaturazione.

Ancora più importante è repertare i fluidi sul corpo da baci, suzioni, morsi; occorre, altresì, raccogliere eventuali capelli o peli pubici dell'aggressore anche attraverso specifiche pettinature così come raccogliere i residui sottoungueali e debris (briciole e residui vari). Ciascun campione dovrà essere conservato in specifica provetta sigillata ed etichetta.

Altri prelievi sono quelli invasivi (liquidi biologici e tamponi) che dovranno essere effettuati sempre dopo consenso scritto. Possono essere effettuati accertamenti criminalistici, accertamenti clinici quale il test di gravidanza ovvero colture microbiologiche (neisseria gonhorrea, trichomonas vaginale, clamidia trachomatis, batteriosi vaginale) od esami sierologici quali VDRL, Epatite B (da ripetere dopo un mese), HIV (da ripetere dopo un mese e sei mesi).

Altrettanto rilevante, quando indicato e sempre previo consenso, è l'accertamento tossicologico sulla vittima nei casi in cui si considera l'art. 609 bis c.p. Il comma (*Drug-facilitated sexual assault* o "*date-rape*").

Quanto agli accertamenti criminalistici è essenziale la ricerca di spermatozoi anche eventualmente attraverso l'ausilio di particolari lampade; controverso è l'uso della lampada di Wood. L'indagine basilare è quella degli strisci vaginali (tamponi del fornice e dell'endocervice) che devono essere subito fissati e colorati con ematossilina eosina oppure con

papanicolau. Possono essere effettuati prelievi anche della regione anale, dell'orofaringe e della cute.

Molto più specifica è la tipizzazione del DNA. È utile sapere che entro 7-10 giorni vanno effettuati due tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genetico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, fornice vaginale posteriore, canale cervicale, retto, cavo orale. Benché vi sia una variabilità di esito nei vari studi scientifici, la persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1-3 giorni (retto e genitali esterni) fino a 7-10 giorni (cervice).

In ogni caso attraverso la validazione statistica degli STRs si potrà pervenire ad un giudizio di compatibilità o esclusione di una determinata identità genetica.

Negli accertamenti di laboratorio incide molto la catena delle prove in quanto occorre che i campioni sterili vengano conservati fino a – 20°C; che il Laboratorio sia affidabile (in possesso delle certificazioni ISO) e di provata esperienza; che si riconosca un valore probativo fino a 96 ore, evidenza ridotta a 72 ore e soprattutto che vi sia una accurata conservazione dei reperti e dei referti.

9. APPROCCIO GIURIDICO

Nei casi di violenza sessuale, escluse le aggravanti introdotte dalle varie normative, la vittima può sporgere querela entro sei mesi dalla realizzazione del fatto. Il caso deve essere gestito sempre come se fosse giudiziario con l'obiettivo di salvaguardare la volontà della vittima e nel contempo, quando possibile, salvaguardare gli elementi probativi.

Una istruttoria superficiale non solo compromette le fonti di prova ma può rischiare di esporre l'operatore a varie contestazioni.

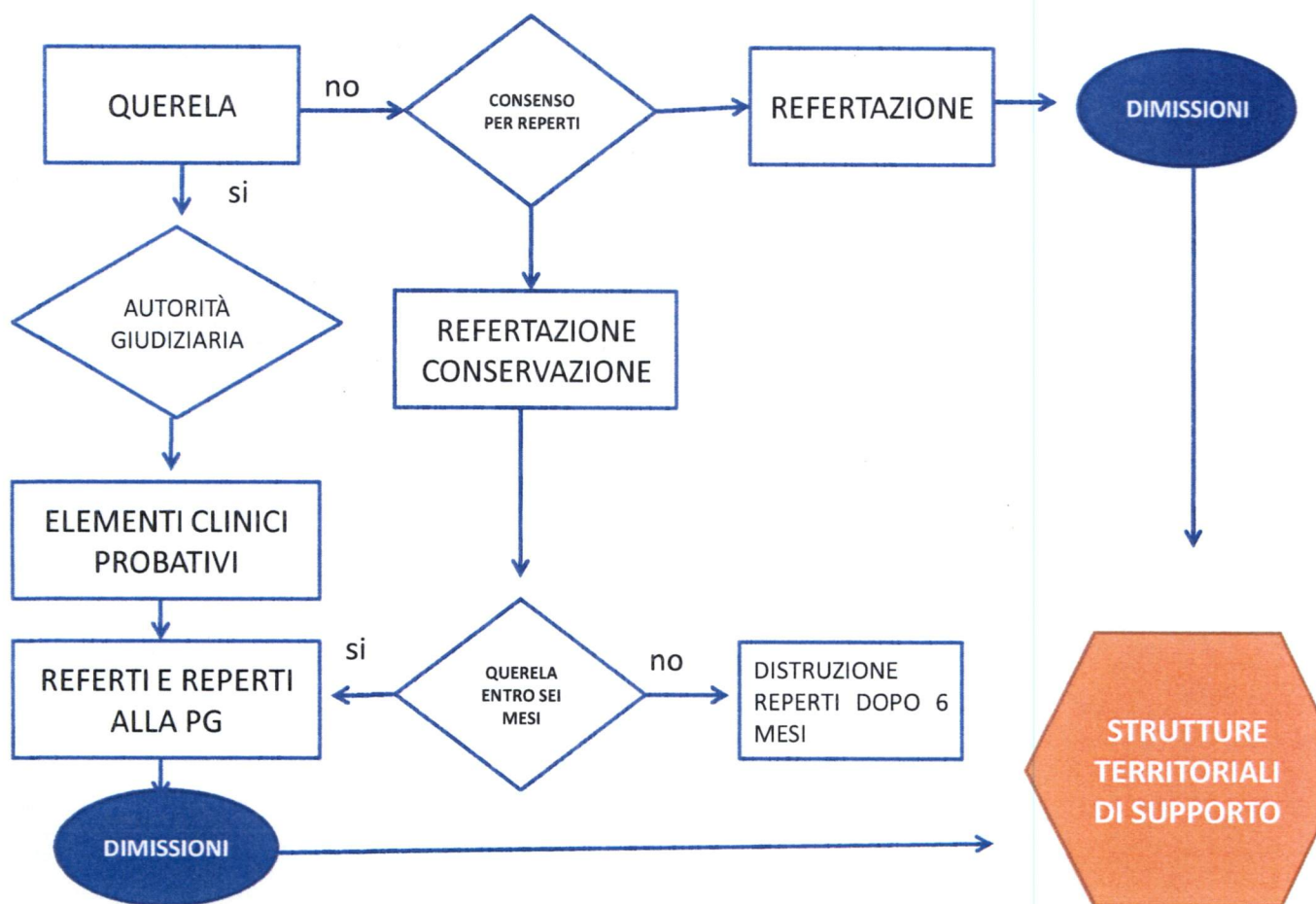
Ad ogni modo è prioritario che non la vittima non rimane tale una seconda volta grazie alla superficialità o incompetenza degli operatori.

È bene precisare che il percorso aziendale è funzionale ed indipendente dalle implicazioni giudiziarie che tuttavia devono essere considerate, valutate e salvaguardate.

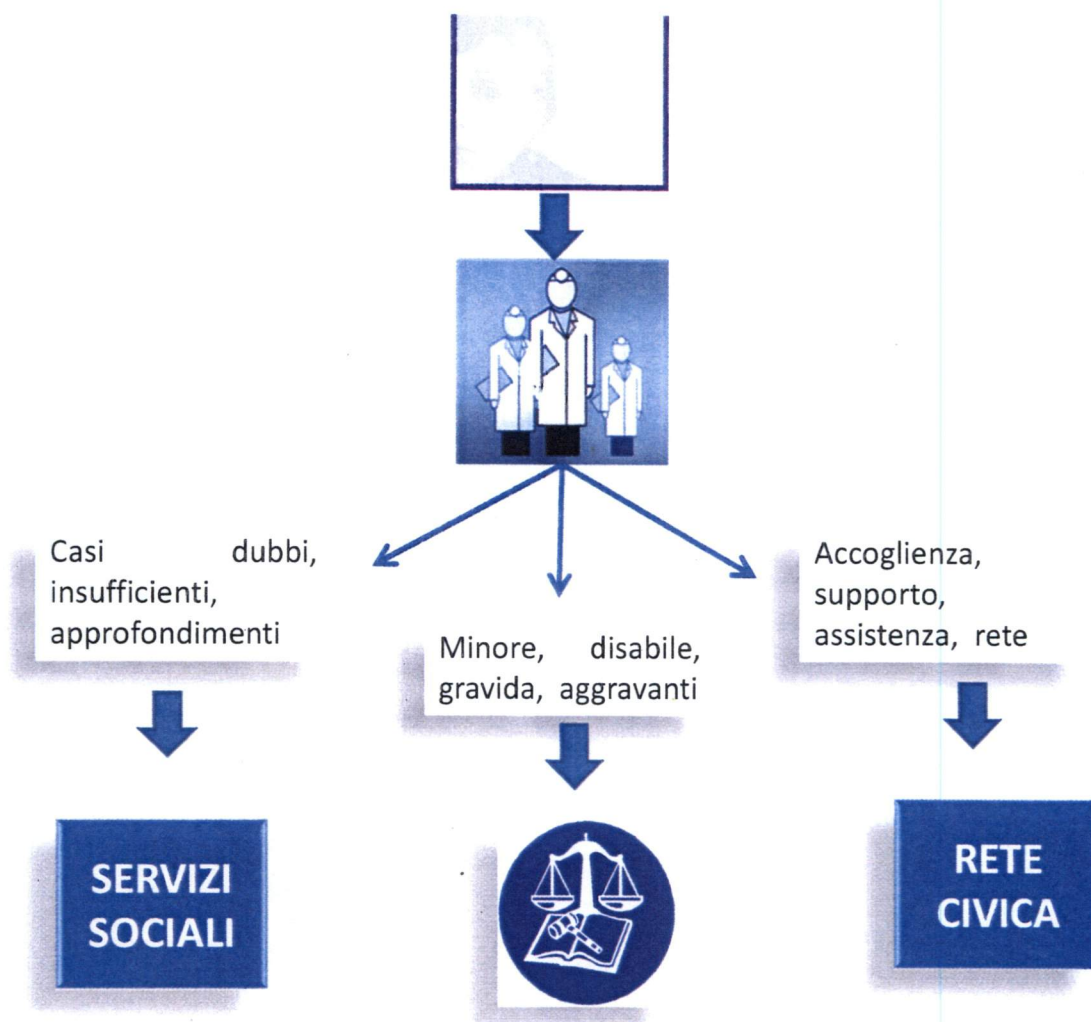
Al contrario dell'approccio giudiziario, quello istituzionale comporta una presa in carico dove la tempestività e la multidisciplinarietà assicurano e salvaguardano nel contempo la salute della vittima e anche gli elementi di prova.

È il caso di ripetere che le attività mediche, oltre agli adempimenti formali, sono necessarie per effettuare alcune prestazioni ed esami con tempestività quali, ad esempio, la contraccezione, la profilassi contro le malattie trasmissibili sessualmente (MTS) e la prevenzione delle cronicità.

LINEA QUERELA



In tutti gli altri casi l'algoritmo di gestione è il seguente:



10. verifica e monitoraggio

L'indicatore di qualità principale è fornito dal numero di accessi, dal numero di contatti istituzionali, dalla diminuzione di ricoveri o visite ambulatoriali per patologie croniche.

La procedura deve essere verificata sul campo con elaborazione e analisi dei correttivi, simulati o sperimentati, derivanti dai suggerimenti degli operatori, dei cittadini e dei referenti degli Enti o delle Istituzioni interessate.

Periodicamente, fino alla completa messa a regime della procedura, è importante effettuare Audit organizzativi periodici attivando eventualmente anche il Comitato consultivo misto partecipativo.

Nel contempo occorre effettuare campagne di informazione mirata con la collaborazione dell'UO di Educazione Sanitarie e procedere a corsi di formazione ed addestramento per gli operatori dell'emergenza, per i medici legali e per gli specialisti coinvolti attraverso la gestione dell'UO di Formazione.

È altresì importante verificare e rivedere periodicamente procedure aziendali e/o percorsi connessi.