



Master di I° livello in  
“Infermieristica forense e gestione del  
rischio clinico”

---

*Anno accademico*

*2015/2016*

**“COMPETENZE E COLLABORAZIONE  
DELL’OSTETRICA FORENSE NELLE  
PROCEDURE AZIENDALI PER LA GESTIONE  
DELLE VITTIME DI VIOLENZA E ABUSI”**

Candidato: Dott.ssa Ostetrica LIDDO LETIZIA

Relatore: Prof.ssa MARA PAVAN

# INDICE

<b>INTRODUZIONE:</b>	pag. 5
<b>CAPITOLO 1. ANALISI DEL CONTESTO</b>	pag. 8
1.1 Descrizione del problema	pag. 8
1.2 Aggiornamento dati nazionali sulla Violenza delle donne	pag. 10
1.3 La violenza di genere	pag. 12
1.4 Come riconoscere la violenza	pag. 14
1.5 Tipologie di violenza	pag. 15
1.6 Conseguenze per la salute	pag. 16
1.7 Linee Guida dell'OMS sulla violenza contro le donne	pag. 17
1.8 Responsabilità degli operatori sanitari: obbligo di Denuncia e di Referto	pag. 19
1.8.1 Denuncia all'autorità giudiziaria	pag. 19
1.8.2 Il referto	pag. 20
1.9 La formazione dell'Ostetrica nell'ambito Legale e Forense	pag. 21
1.9.1 Aree di competenza dell'ostetrica legale e forense	pag. 23
1.9.2 L'attività di consulenza	pag. 24
<b>CAPITOLO 2. VIOLENZA SULLE DONNE:EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO EUROPEO E ITALIANO</b>	pag. 26
2.1 Livello Normativo Europeo	pag. 26
2.1.1 Il consiglio d'Europa	pag. 26
2.1.2 L'Unione Europea	pag. 27
2.2 La Normativa Italiana	pag. 31
2.3. Norme contro la violenza sessuale (Legge n. 66/1996)	pag. 34
2.3.1 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" (Legge n.154 del 2001)	pag. 39
2.3.2 "Atti persecutori" (c.d Stalking, Legge n. 38 del 2009)	pag. 40
2.3.3 "Congedo per le donne vittime di violenza di genere" (Art 24 del DLgs. n. 80 del 15 Giugno 2015).	pag. 42
<b>CAPITOLO 3. INTERVENTI REGIONALI PER PREVENIRE E CONTRASTARE LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE</b>	pag. 45
3.1 Emilia Romagna. Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge n.2 del 2003, testo aggiornato il 24/07/2013)	pag. 45
3.1.1 Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza delle donne vittime di violenza di genere	pag. 46

3.1.2	Violenza di genere. raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale, regione Emilia Romagna ottobre 2016	pag. 48
3.2	Veneto: interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne (legge regionale n.5 del 23/04/2013)	pag. 49
<b>CAPITOLO 4. ACCOGLIENZA E GESTIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA</b>		
<b>DI GENERE NEI P.S DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CONA (FE)</b>		
<b>E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA</b>		
4.1	Un percorso condiviso tra il P.S dell'azienda ospedaliera di Padova e i servizi del territorio	pag. 56
4.2	Un percorso specifico nel dipartimento di emergenza dell'azienda ospedaliera di Padova	pag. 57
4.2.1	Accoglienza	pag. 59
4.2.2	Visita medica	pag. 59
4.2.3	Acquisizione di elementi di prova per le indagini giudiziarie	pag. 60
4.2.4	Consulenze specialistiche	pag. 60
4.2.5	Dimissione	pag. 62
4.2.6	Scheda per la valutazione del potenziale di letalità	pag. 62
4.2.7	Circostanze in cui si prospetta l'ipotesi di reato procedibile d'ufficio	pag. 63
4.2.8	scheda clinica -av- per minori oltre 13 anni e per adulti in caso di violenza sessuale, sospetta o dichiarata, da compilare in ambulatorio di accettazione urgenze ginecologiche e ostetriche	pag. 64
4.2.9	"KIT" per la violenza sessuale	pag. 67
4.3	Procedura interaziendale per l'accoglienza e la presa in carico delle donne vittime di violenza nel pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Cona (Ferrara)	pag. 70
4.3.1	Accoglienza	pag. 71
4.3.2	Modulo per il consenso informato	pag. 72
4.3.3	Visita medica	pag. 73
4.3.4	Esame obiettivo generale	pag. 75
4.3.5	Dimissione della paziente o ricovero in regime d'urgenza	pag. 76
	<b>OSSERVAZIONI</b>	pag. 77
	<b>CONCLUSIONI</b>	pag. 80
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag. 84
	<b>SITOGRAFIA</b>	pag. 86

# RINGRAZIAMENTI



Ed eccomi qui, dopo un anno dall'inizio di questo percorso intrapreso sull'onda della mia impulsività e senza avere chiara ancora la meta, a ringraziare le persone che più mi hanno sostenuta in questo lungo anno fatto di studio e lavoro, e spesso accompagnato da momenti di tensione, umore "ballerino" ma tanto entusiasmo per le nuove conoscenze acquisite.

Ringrazio in primo luogo il mio compagno, Vincenzo, che da sempre è al mio fianco e mi sostiene nelle scelte di vita, alimentando sempre più quella carica di energia giusta per portare a termine un obiettivo, senza mai farmi pesare i momenti difficili.

Un grazie di cuore va ai miei genitori, ai miei fratelli, che se pur lontani, dalla Puglia hanno sempre fatto il "tifo" per me e non facendomi sentire mai sola.

Ringrazio il mio docente Mara Pavan per avermi dato fiducia e aver creduto in me, nelle mie qualità sia come persona che come ostetrica, e ringrazio tutti i docenti, che con la loro professionalità, hanno contribuito ad arricchire il mio bagaglio di conoscenze nel campo forense e del rischio clinico.

Mi auguro, nel prossimo futuro, di poter sfruttare al meglio le mie competenze acquisite come Ostetrica Legale Forense.

# INTRODUZIONE



La violenza sulle donne è un fenomeno oggigiorno di alta rilevanza, ancora poco dichiarato e di difficile trattazione dato l'importante impatto emotivo che induce sia alla vittima che al personale sanitario. Per agire in modo appropriato ed efficace nel contrasto della violenza contro le donne è utile liberarsi di stereotipi e preconcetti che possono influenzare l'azione sanitaria.

L'Ostetrica che si trova a gestire casi di violenza sessuale su donne, in unità di emergenza come in Pronto Soccorso o in Ambulatorio di Accettazione Urgenze Ostetrico-Ginecologiche, deve compiere un'attività lavorativa di grande responsabilità e difficoltà professionale.

Esistono diverse tipologie di violenza sessuale: intrafamiliare, da persone sconosciute e da persone conosciute.

Le statistiche hanno rilevato che il 67,7% degli stupri è ad opera del partner, il 17,4% è ad opera di un conoscente, e il 6,2% ad opera di estranei. Quest'ultima, nell'immaginario collettivo è erroneamente considerata la forma più frequente.

Occuparsi di violenza sessuale richiede forte motivazione, una consapevolezza che è difficile affrontare il tema della violenza senza il confronto, la collaborazione e l'aiuto di altri colleghi; si necessita della cooperazione più figure sanitarie e non: medici, ostetriche, infermieri, psicologi, forze dell'ordine, assistenti sociali.

Il riconoscimento e la gestione del caso richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale, infatti l'inadeguata preparazione del personale sanitario andrà a discapito della vittima rischiando così di implementare ulteriormente la drammaticità del caso con una errata accoglienza della stessa e, ancor peggio, andando erroneamente a manomettere le prove di reato e la loro successiva raccolta. Di qui, l'aggravamento della componente psicologica della vittima fino alla compromissione della possibilità di superare il trauma, che in tal modo, rischia fortemente di segnare a vita il suo equilibrio psicofisico.

Come strategia a tale problema si propone una formazione aggiuntiva e continua di tutto il personale sanitario, da parte di professionisti competenti come l'Ostetrica / l'Infermiere Legale e Forense, che insegnino a praticare

un'adeguata assistenza relazionale ed emotiva, al fine di ridurre il disagio provato dalla vittima in questo momento assai drammatico, e a fornire le conoscenze sui segni/sintomi correlati al reato.

A tal proposito, di fondamentale importanza è la figura dell'Ostetrica / Infermiere Legale Forense che dopo avere conseguito il "Master in Infermieristica e Ostetricia Legale forense" possiede tutte le conoscenze in ambito legale e tutti gli strumenti per potersi approcciare in maniera corretta alle donne vittime di violenza di genere, e nel nostro caso specifico, alle donne vittime di violenza sessuale.

In Italia mancano dei protocolli nazionali che permettano una gestione e documentazione standardizzata e uniforme dell'iter terapeutico, rendendo ancor più difficoltosa la comunicazione con altre sedi ospedaliere ed extra ospedaliere. Spesso nelle unità operative di pronto soccorso manca il necessario per la raccolta delle prove del reato, tipo il "kit stupro", portando così i professionisti ad improvvisare con del materiale al momento disponibile e poco idoneo per una corretta raccolta dei campioni e indumenti, nel caso in cui la vittima decida di esporre denuncia. Da qui, l'importanza della presenza nelle unità operative di pronto soccorso di procedure e protocolli condivisi sul piano operativo che possono rendere più agevole e corretto l'approccio del personale sanitario alle vittime di violenza sessuale.

Tante le motivazioni che mi hanno spinta ad affrontare questo tema così delicato.

Sono un Ostetrica che ha lavorato per più di sei anni in sala parto nell'Azienda Ospedaliera di Padova e da pochi mesi lavoro nell'ambulatorio di accettazione urgenze ostetrico-ginecologiche.

Durante i primi giorni di lavoro in suddetto ambulatorio, la prima cosa che ho fatto, è ricercare tutte le procedure che regolamentano le attività che si svolgono al suo interno, ma in particolar modo, sono andata alla ricerca del protocollo per la gestione delle donne vittime di violenza posta in essere nel P.S Centrale dell'Azienda; in particolare, la mia attenzione si è soffermata sulla ricerca di una procedura interna all'ambulatorio "Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche" in merito all'accoglienza delle donne vittime di violenza sessuale ed alle corrette modalità di raccolta dei reperti, in quanto nel 90 % dei casi le donne vittime di violenza sessuale giungono presso suddetto ambulatorio come consulenze dal Pronto Soccorso Centrale.

Con enorme sorpresa, fra tutte le procedure, non ho trovato quella in merito alla gestione delle donne vittime di violenza ma solo la Scheda Clinica AV per minori oltre i 13 anni e per adulti che il ginecologo compila in caso di violenza sessuale dichiarata o sospetta.

La finalità di questo elaborato e personale ricerca, è quella di mettere a confronto il protocollo di "Accoglienza e Gestione delle Vittime di Violenza di Genere" attivo nel P. S dell'Azienda Ospedaliera di Cona (Ferrara) con il protocollo attivo nel P. S dell'Azienda Ospedaliera di Padova (se presente), cogliere eventuali differenze sostanziali ed eventualmente porre una critica costruttiva.

Un altro fine è valutare come vengono gestiti i casi di violenza sessuale su donne di età superiore ai 18 anni quando giungono in entrambi gli ambulatori, se vi è una procedura in merito, analizzare le modalità di raccolta e conservazione delle prove in suddette grandi realtà. L'Ostetrica e l'Infermiere non sono solo rappresentativi di ospedale o clinica, ma sono in primis cittadini che vivono nella società a contatto con le positività e negatività e quindi sono i primi a venire a contatto con donne che subiscono violenze di genere.

Pertanto, in quanto professionisti sanitari, non è ammissibile, secondo parere personale, che nel 2016 che non siano in grado di riconoscerle e contrastarle con i giusti strumenti.

# CAPITOLO 1

## **ANALISI DEL CONTESTO**

### **1.1 DESCRIZIONE DEL PROBLEMA.**



La violenza contro le donne viene definita dall'OMS<sup>1</sup> (Organizzazione mondiale della sanità) come una delle maggiori cause di morte a livello mondiale per le persone di età compresa tra i 15 e 44 anni, un fenomeno di proporzione epidemiche, invisibile e scarsamente segnalato,

specie se avvenuto all'interno delle mura domestiche.

Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come *"qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporti, o abbia probabilità di comportare, sofferenze o danni fisici, sessuali o mentali per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichi nella sfera pubblica che in quella privata"*.

Secondo il rapporto EU.R.E.S. (Ricerche Economiche e Sociali) sul femminicidio<sup>2</sup> identifica il 2013 italiano come "l'anno nero", poiché si è registrata la più elevata percentuale di donne tra le vittime di omicidio mai registrata nel nostro paese, in pratica una ogni due giorni.

Rispetto al 2012, le donne ammazzate sono aumentate del 14%. EU.R.E.S. sottolinea anche l'inefficacia e inadeguatezza della risposta istituzionale alla richiesta d'aiuto delle donne vittime di violenza, dato che nel 2013 ben il 51,9% delle future vittime di omicidio aveva segnalato/denunciato alle Istituzioni le

<sup>1</sup>García-Moreno, Claudia, et al. "The health-systems response to violence against women." *The Lancet* 385.9977 (2015): 1567-1579.

<sup>2</sup>EU.R.E.S. "Omicidio volontario in Italia, Rapporto Eures 2013." (2013) Disponibile sul sito [west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013](http://west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013) Consultazione Novembre 2016.

violenze subite<sup>3</sup>. Tali dati confermano la gravità e l'ampia diffusione del fenomeno, non solo all'estero ma anche nella nostra Nazione, tanto da poterlo considerare come un problema riguardante la società nel suo insieme, e non un fatto privato, a cui dovrà impegnarsi ad affrontarlo con impegno e costanza. Le donne abusate sessualmente hanno un alta probabilità di sviluppare, nel corso della propria vita, esiti di salute acuti e cronici come conseguenze del reato<sup>4</sup>.

Uno studio condotto dall'OMS<sup>5</sup> ha messo in rilievo alcuni disturbi associati a violenza sessuale, tra cui:

- Disturbi gastrointestinali
- Sindrome da dolore cronico
- Disturbi del comportamento alimentare
- Uso di tabacco, droghe
- Malattie croniche (cardiovascolari, neoplasie, diabete)

Purtroppo i sistemi sanitari italiani hanno finora risposto lentamente a tale disagio. Di grande importanza è quindi il ruolo del personale sanitario (in particolar modo degli operatori che lavorano nelle Unità di Pronto Soccorso e negli Ambulatori di Urgenze Ostetrico-Ginecologiche) durante l'incontro con la vittima di abuso, essendo molto probabilmente uno dei primi contatti che la donna ha con le realtà istituzionali. Una relazione di aiuto e di supporto efficace con l'operatore della salute può fare la differenza nel promuovere il percorso di uscita dalla situazione traumatica.

Sarà quindi necessario, oltre a garantire un'assistenza clinica corretta, offrire un valido supporto emotivo e psicologico necessario a costruire una relazione di ascolto e fiducia, un passo importante per arrivare all'ammissione della propria situazione di vittima di abuso.

Purtroppo, ancora oggi, tra gli operatori socio-sanitari è ancora diffusa l'idea stereotipa di violenza, essa viene spesso considerata come un grave reato, ma relativamente poco frequente; anche per questo motivo si tende a non

---

<sup>3</sup>Police don't protect women by their partners (2014).Disponibile sul sito [west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013](http://west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013) Consultato nel Novembre 2016.

<sup>4</sup> Kiss L, Schraiber LB, Hossain M, Watts C, Zimmerman C. The Link Between Community-Based Violence and Intimate Partner Violence: the Effect of Crime and Male Aggression on Intimate Partner Violence Against Women. *Prevention Science*. 2015;16(6): 881-889

<sup>5</sup> World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Global and regional estimates of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013: 102

riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie troppo rare.

Il personale ostetrico/infermieristico sarebbe il più adatto a rispondere a questo tipo di esigenza, per gestire un momento così drammatico, quale l'esame fisico dopo una violenza, per le maggiori capacità empatiche rispetto ai medici. Un personale ostetrico/infermieristico adeguatamente preparato, in merito al tema della violenza di genere, attraverso corsi di formazione e/o Master in Infermieristica e Ostetricia Legale e Forense dovrebbe essere presente in ogni Pronto Soccorso per garantire alle vittime di violenza sessuale, che già stanno vivendo un momento altamente drammatico, la corretta ed adeguata assistenza. Non sarebbe difatti necessario che fosse un medico a raccogliere le prove o ad eseguire un esame fisico alla vittima, in quanto, in questa prima fase di constatazione, non sarebbe richiesta diagnosi né prescrizione medica di farmaci.

Nella nostra Nazione il personale sanitario risulta spesso poco formato e addestrato nello svolgere tale compito. Non esiste un unico protocollo riconosciuto e standardizzato tale da rendere omogenea l'assistenza nei diversi centri sanitari. Quanto accade oggi nella stragrande maggioranza delle realtà, la vittima viene frequentemente visitata da più persone e in ambienti poco confortevoli, rendendo la situazione ancor più drammatica e imbarazzante per la stessa e, nella maggior parte dei casi, non sono presenti dei "kit stupro" appositi per un'adeguata raccolta dei campioni di materiale biologico e forense necessario alle istituzioni legali per cagionare l'assalitore nel caso in cui la vittima decida di fare querela.

## **1.2 AGGIORNAMENTO DATI NAZIONALI SULLA VIOLENZA.**

L'oggetto del Rapporto EURES<sup>6</sup> (Novembre 2015) sul femminicidio in Italia è costituito dall'analisi dei dati relativi a tutti gli omicidi volontari di vittime donne censiti nel nostro Paese, senza alcuna esclusione su base anagrafica, per genere dell'autore, per ambito o movente noto.

Sotto il profilo dell'estensione temporale, il presente Rapporto si concentra sui casi censiti negli ultimi 5 anni (2010-2014), per evidenziare le caratteristiche e le tendenze più attuali del fenomeno, con particolare attenzione a quanto

---

<sup>6</sup> EURES Ricerche Economiche e Sociali: III Rapporto su Caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia". Indagine Istituzionale a cura dell'Istituto EURES. Roma, novembre 2015.

avvenuto nel 2014 rispetto ai periodi precedenti.

Osservando quindi la dinamica relativa agli ultimi anni, si rileva in primo luogo una impressionante "regolarità" nel numero dei femminicidi: la serie storica degli omicidi volontari in Italia, a partire dagli anni Novanta, evidenzia infatti un valore sostanzialmente costante per quanto riguarda gli omicidi consumati in ambito familiare e nelle relazioni affettive (dove si concentra oltre il 70% delle vittime femminili), a fronte di una progressiva diminuzione del numero complessivo degli omicidi (il numero di quelli denunciati nel 2014, pari a 152, risulta essere il più basso dell'intero periodo), derivante da una progressiva contrazione di quelli commessi dalla criminalità organizzata e dalla criminalità comune.

Nonostante la forte flessione del fenomeno omicidiario nel suo complesso, il femminicidio non sembra dunque subire una analoga riduzione, registrando complessivamente 819 vittime negli ultimi 5 anni, pari ad una media di 164 vittime l'anno, ovvero una cadenza di un femminicidio ogni 2 giorni.

Anche in termini di incidenza, il femminicidio presenta una sostanziale stabilità negli ultimi 5 anni, attestandosi al 31,7% del totale degli omicidi volontari consumati nel nostro Paese (il 68,3% è invece costituito da vittime di sesso maschile).

Il record negativo dell'ultimo quinquennio si registra nel 2013; 179 donne uccise (pari al 35,7% del totale), seguito dal 31,9% delle vittime totali nel 2014, anno in cui il numero di casi (152) risulta tuttavia inferiore sia alla media dell'intero periodo sia ai singoli intervalli annuali considerati (rispetto al numero record del 2013 la flessione risulta pari a -15,1%).

Nel 2014, il numero di femminicidi<sup>7</sup> in Italia è diminuita del 15,1% rispetto al 2013. Un calo dovuto esclusivamente alla parte meridionale del paese, dove il fenomeno è diminuito del 42,7%, da 75 donne uccise nel 2013 a 43 nel 2014.

Al contrario, nelle regioni del Nord c'è stato un aumento preoccupante: + 8,3%, da 60 a 65 le vittime. Da notare che nell'anno 2014, per la prima volta in questa penisola, il Centro con 44 casi (invariato rispetto al 2013), ha superato la figura del sud.

Tuttavia, in termini relativi, l'Italia centrale rimane l'area più colpita dal fenomeno, con un indice di rischio di 7 donne assassinate per milione di abitanti, contro i 4,5 nel Nord e 4 al Sud.

---

<sup>7</sup> "Alarming increase" of femicides in Northern Italy. Disponibile sul sito <http://www.west-info.eu/alarming-increase-of-femicides-in-northern-italy/>. Consultazione Novembre 2016

Questi sono alcuni dei dati contenuti nella ultima indagine statistiche da parte dell'EURES, resi pubblici il 26 Novembre 2015 in occasione della Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne.

### **1.3 LA VIOLENZA DI GENERE.**

*L'espressione "violenza nei confronti delle donne" intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata<sup>8</sup>.*

Anche l'OMS si è espressa in merito definendo la violenza come

*"l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona(...) che produca o che sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni"<sup>9</sup>.*

Il carattere della violenza ha un impatto, caratteristiche e dimensioni del tutto diverse a seconda del genere di chi è vittimizzato, così come le tipologie della violenza cambiano a seconda del genere, della nazionalità o dell'orientamento sessuale di attori e vittime.

Una delle forme più comuni che colpisce le donne è infatti quella perpetrata dal marito o dal partner, di fatti si verifica in tutti i paesi, a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale.

Suddetta violenza si riferisce alla violenza perpetrata dal partner o da un ex-partner che causi danni fisici, sessuali o psicologici, inclusi l'aggressione fisica, la coercizione sessuale, l'abuso psicologico e i comportamenti controllanti.

Il fatto che le donne siano spesso coinvolte affettivamente ed economicamente dipendenti da coloro che ne abusano, presenta notevoli implicazioni sia per la dinamica dell'abuso sia per gli approcci nella gestione dello stesso.

Nell'ambito della Convenzione di Istanbul viene anche definita la **"violenza domestica"** come *tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra*

---

<sup>8</sup> Convenzione di Istanbul, Capitolo I- (Art. 3 lett. a)-2011.

<sup>9</sup> OMS, "Violence against women", consulenza OMS, Ginevra 5-7 febbraio 1996

*attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivide o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima.*

A tal proposito, all'interno del Codice Penale non è però presente una vera norma specifica di contrasto dei vari tipi di violenza domestica ma si ricorre così ai reati di percosse (art 581 c.p.), lesione personale (art 582 c.p.), violenza privata (art 610 c.p.), maltrattamenti contro familiari e conviventi (art 572 c.p.) ed alla [\*Legge del 4 Aprile 2001, n 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"\*](#)

L'OMS definisce, inoltre, la *violenza sessuale*: "*Qualsiasi atto sessuale, tentativo di ottenere un atto sessuale, o altro atto diretto contro la sessualità di una persona che utilizza la coercizione, da qualsiasi persona, indipendentemente dalla loro relazione con la vittima, in qualsiasi ambiente, inclusi ma non limitati a casa e lavoro*"<sup>10</sup>. Include lo stupro, definito come la penetrazione forzata, o comunque frutto di coercizione, della vulva o dell'ano a mezzo del pene, di un'altra parte del corpo o di un oggetto.

Il Codice Penale italiano tratta di violenza sessuale nell'art. 609 bis:

*"Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluna a compiere e a subire atti sessuali è punito con la reclusione da 5 a 10 anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:*

- ❖ *Abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;*
- ❖ *Traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente ai due terzi*"<sup>11</sup>.

L'articolo intende con "**atti sessuali**" quegli atti che siano idonei a compromettere, offendere e violare la libera autodeterminazione della sessualità del soggetto e a entrare nella sua sfera sessuale con manifesta illiceità.

Da questo articolo viene considerato presupposto necessario di tale delitto che l'atto sessuale sia associato al costrizione della persona tramite violenza fisica, minaccia (violenza morale), abuso di autorità.

---

<sup>10</sup>OMS. "Violenza sessuale, rapporto mondiale sulla violenza e la salute." -2002.

<sup>11</sup> Legge 15 febbraio 1996 n. 66 "Norme contro la violenza sessuale", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1996 n. 42.

Anche la gravidanza può essere un periodo di criticità che espone la donna a subire violenza e deve quindi essere osservata con molta attenzione da parte degli operatori sanitari che si occupano di contrasto della violenza. Normalmente si crede che la gravidanza sia un periodo di benessere e serenità per le donne.

Purtroppo la letteratura internazionale evidenzia che esiste un legame fra gravidanza violenza, considerato che in questo periodo la violenza maschile contro le donne può iniziare o inasprirsi. La gravidanza rende la donna più concentrata su se stessa e sui cambiamenti che il suo corpo sta vivendo.

Tutto questo molto spesso non è capito e accettato dal partner.

È alta la ripercussione della violenza in gravidanza sul progetto esistenziale della donna, che spesso necessita di essere rivisto ed in breve tempo, con una portata luttuosa e traumatica sul piano psicologico. In Italia, la questione della violenza in gravidanza è stata rilevata e descritta solo di recente. A tal proposito i servizi territoriali ed i consultori familiari sono un osservatorio privilegiato per l'intercettazione della violenza in gravidanza<sup>12</sup>.

#### **1.4 COME RICONOSCERE LA VIOLENZA.**

Per riconoscere la violenza è importante sottolineare che la donna maltrattata vive una situazione di stress cronico che si traduce in malessere psichico e fisico. Le caratteristiche del trauma della violenza determinano la comparsa di una sintomatologia che può sembrare non specifica o di difficile inquadramento se non si conoscono in profondità le dinamiche relazionali che la sottendono.

Le conseguenze fisiche e psichiche più frequenti che possono ricondurre a maltrattamenti e violenze si possono così elencare:

- ❖ Ferite di vario genere, quali bruciate, tagli, occhi neri, fratture agli arti e al volto, lesioni addominali;
- ❖ Danni permanenti agli organi;
- ❖ In gravidanza, come il distacco di placenta, rottura del fegato, dell'utero, della milza, emorragia antepartum parto pretermine, basso peso alla nascita, MEF (MORTE ENDOUTERINA FETALE);
- ❖ Lesioni a seni, addome, torace, organi genitali esterni, zona anale;

---

<sup>12</sup> Ad oggi l'Azienda USL di Modena sta sperimentando uno strumento di screening da utilizzare in ambito consultoriale.

- ❖ Disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia) o del sonno (insonnia);
- ❖ Dolore cronico;
- ❖ Sindrome dell'intestino irritabile.

Anche nella diagnosi specialista va tenuta in considerazione una possibile eziologia da maltrattamento domestico.

Una correlazione è stata osservata, inoltre, tra subire cronicamente violenza ed i seguenti sintomi<sup>13</sup>:

- Affaticamento, mancanza di concentrazione;
- Frequenti infezioni vaginali, delle vie urinarie, disfunzioni sessuali, dolore pelvico;
- Mal di testa cronico;
- Palpitazioni, vertigini, parestesie, dispnea;
- Complicazioni addominali e gastrointestinali;
- Dolori atipici al torace;
- Uso frequente di tranquillanti o di antidolorifici;
- Frequenti visite con lamentele vaghe o sintomi senza una evidente anormalità fisiologica.

## 1.5 TIPOLOGIE DI VIOLENZA.

Parlare di violenza significa prendere in considerazione una serie di forme di abuso<sup>14</sup>.

Tali forme sono:

- **Violenza fisica:** qualsiasi atto che possa danneggiare o intimorire, e quindi non solo percosse che provocano lividi, rotture o ferite ma anche gesti minacciosi e intimidazioni che tendono a terrificare la donna tenendola sotto controllo e che non generano esiti visibili.
- **Violenza psicologica:** umiliazioni, controllo della vita giornaliera, chiusura comunicativa, sottrazione di documenti; tutte violenze che spesso anticipano quella fisica o sessuale. Rappresenta una tecnica di potere e controllo sulla vittima.

---

<sup>13</sup>LA VIOLENZA COME FATTORE DI RISCHIO IN GRAVIDANZA "V. Dubini, P. Curiel, U.O. Ginecologia e Ostetricia, ASL 4-PRATO Disponibile sul sito <http://www.pariopportunita.provincia.tn.it/>

<sup>14</sup> Del Giudice, G., G. Barbara, and C. Adami. "I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto." (2001)

- **Violenza sessuale:** secondo la definizione del codice penale italiano, la costrizione mediante violenza o minaccia a compiere o subire atti sessuali, cioè: qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica.
- **Violenza economica:** comportamenti tesi ad ostacolare la ricerca dell'indipendenza economica della vittima per poterla controllare implicitamente. Esempio: impedire la ricerca di un lavoro, controllo / privazione dello stipendio, mancato adempimento degli impegni economici accettati con il matrimonio.
- **Violenza spirituale:** distruzione dei valori e della fede religiosa, mancanza di rispetto verso di essi, costrizione a condotte che vanno contro alla sue credenze.
- **Stalking:** atti persecutori per affliggere la vittima attraverso la persecuzione, provocandole uno stato d'ansia e paura che va a compromettere il normale svolgimento della vita quotidiana della persona.

## 1.6 CONSEGUENZE PER LA SALUTE.

La violenza da parte del partner e la violenza sessuale provocano gravi problemi di salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva, a breve e lungo termine, per i sopravvissuti e i loro figli, e comportano costi elevati dal punto di vista sociale ed economico.

La violenza contro le donne può avere esiti fatali, quali l'omicidio e il suicidio.

Può comportare lesioni (il 42% delle donne che subiscono violenza da parte del partner dichiara di aver riportato lesioni in conseguenza di tale violenza).

La violenza da parte del partner e la violenza sessuale possono portare a gravidanze indesiderate, aborti indotti, problemi ginecologici e infezioni trasmesse sessualmente, incluso l'HIV.

L'indagine del 2013 ha rivelato che le donne che avevano subito abusi fisici o sessuali avevano una probabilità 1,5 volte maggiore di avere infezioni trasmesse sessualmente, e in alcune regioni il virus dell'HIV, rispetto alle donne che non avevano subito violenza da parte del partner. Avevano inoltre una probabilità

doppia di subire un aborto. La violenza da parte del partner durante la gravidanza aumenta anche la probabilità di aborto spontaneo, bambino nato morto, parto prematuro e peso insufficiente del bambino alla nascita.

Queste forme di violenza possono portare a depressione, disturbi da stress post-traumatico, problemi del sonno, disturbi dell'alimentazione, stress emotivo e tentativi di suicidio. La stessa indagine ha rivelato che le donne che avevano subito violenza da parte del partner avevano una probabilità quasi doppia di sviluppare depressione o problemi legati all'alcol.

La percentuale era ancora maggiore per le donne che avevano subito violenze da persone diverse dal partner. Le conseguenze sulla salute possono includere anche cefalee, dolori alla schiena, dolori addominali, fibromialgia, disturbi gastrointestinali, mobilità limitata e cattive condizioni generali di salute. La violenza sessuale, in particolare durante l'infanzia, aumenta la probabilità di tabagismo, abuso di droghe e alcol e comportamenti sessuali a rischio nelle fasi successive dell'esistenza. È inoltre associata alla tendenza a commettere violenza (per gli uomini) e ad essere vittima di violenza (per le donne).

### **1.7 LINEE GUIDA DELL'O.M.S. SULLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE.**

Le nuove le nuove Linee Guida dell'Oms<sup>15</sup>, pubblicate nel 2013 hanno, tra i molti obiettivi, quello di far fronte all'inesperienza dei clinici nell'assistenza di vittime di abusi sessuali.

L'obiettivo delle Linee guida è quello di fornire indicazioni basate su evidenze scientifiche riguardo le corrette azioni da mettere in atto per rispondere ai complessi bisogni di salute determinati dai maltrattamenti e dalle violenze, nell'ambito di una strategia più generale dell'Oms di sensibilizzazione sia del personale sanitario sia dei decisori politici ed istituzionali, quest'ultimi in grado di attivare le necessarie riforme, in termini di risorse educative, organizzative e strutturali.

Queste infatti, mettono in rilievo l'importanza della posizione del personale sanitario nell'intercettare e rispondere alla domanda di salute psicosociale della vittima di violenza<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Who (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*, Who Geneva. Disponibile sul sito <http://www.who.int/iris/bitstream/>.

<sup>16</sup> Massimo M.G. IPASVI: Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. Rivista l'Infermiere N°5-2013.

Le raccomandazioni delle linee guida trattano i seguenti argomenti:

- 1) **Modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza:** garantire confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, fornire informazioni e supporto sociale. Lo staff clinico deve essere preparato a porre domande sull'abuso.
- 2) **L'identificazione e l'assistenza per le donne sopravvissute alla violenza:** viene sconsigliato rivolgere delle domande focalizzate sulla violenza in tutte le occasioni d'incontro della donna con i servizi per qualsiasi necessità. Sarà invece necessario indagare con discrezione quando la donna chiede assistenza per una condizione determinata dall'abuso, che mostri segni e sintomi che possano essere messi in relazione con una violenza, oppure in condizioni di particolare vulnerabilità come: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, malattie infettive, gravidanza.
- 3) **L'assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale:** assistenza immediata, contracccezione di emergenza entro 5 giorni dall'evento o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, attuazione della profilassi dell'infezione da HIV entro 72 ore dall'evento e per altri infezioni a trasmissione sessuale, interventi psicologici se necessario prolungati nel tempo. Sarà importante utilizzare procedure/protocolli standard, attivare percorsi e risorse specifiche e un sistema di servizi a cui la donna può far riferimento in caso di necessità e mantenere la riservatezza.
- 4) **Formazione degli operatori sanitari sulla violenza domestica e sessuale:** è fortemente raccomandato che questa avvenga sia in fase pre- e post-qualificazione del personale medico, infermieristico e ostetrico. La formazione deve essere multidisciplinare e deve trattare: l'identificazione della violenza, procedure di primo intervento, la valutazione della sicurezza della vittima, la pianificazione della protezione di essa, comunicazione con la vittima e competenze: clinico-assistenziali, psicologico-relazionali, legali e forensi, documentazione dei fatti e offerta di percorsi assistenziali in strutture esterne a quelle sanitarie.
- 5) **L'organizzazione dei servizi di supporto alle vittime di violenza:** è raccomandata integrazione del tema nei servizi già esistenti puntando ad una differenziazione dei livelli di assistenza e supporto a seconda del bisogno, dando priorità alle cure primarie.

- 6) **Informazione all'Autorità Giudiziaria:** viene sconsigliata la denuncia alle autorità contro il volere della donna anche se sarà necessario tentare di convincerla a fare questo passo. Sarà invece obbligatorio rivolgersi alle autorità se la violenza riguarda minori e se ci siano condizioni che possano mettere in pericolo la vita della donna, soprattutto nei paesi dove vige l'obbligo di referto al riguardo.

## **1.8 RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI: OBBLIGO DI DENUNCIA E DI REFERTO.**

Chiunque, mentre sta esercitando una professione sanitaria, viene a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio, è obbligato a farne segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

### **1.8.1 DENUNCIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio della professione, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. Nell'ambito delle attività sanitarie, la denuncia deve essere redatta e sottoscritta dal sanitario che interviene nei casi perseguibili d'ufficio; La procedibilità d'ufficio per il reato di violenza sessuale ha rappresentato uno dei punti più critici durante la stesura della Legge 66/96.

Da una parte si premeva affinché la violenza sessuale diventasse un reato perseguibile d'ufficio per meglio tutelare la vittima, accentuando così il peso di tali reati, mentre dall'altra si sosteneva il diritto alla riservatezza della persona offesa, per evitare che questa fosse costretta a subire l'ulteriore forma di coartazione di un processo non voluto. La violenza sessuale normalmente è perseguibile a querela della persona offesa, i cui tempi (sei mesi) sono stati raddoppiati rispetto al previgente codice ed è prevista l'irrevocabilità della denuncia una volta proposta. La violenza sessuale può però essere perseguibile d'ufficio nei casi previsti dall'art. 609 quinquies, 609 septies e 609 octies.

Un primo ed importante obbligo che grava su ciascun esercente una professione sanitaria, nei casi in cui è prevista la procedibilità d'ufficio di un reato, è quella della sua tempestiva segnalazione all'Autorità Giudiziaria,

attraverso la redazione del referto<sup>17</sup>. Tale obbligo è espressamente previsto dall'Art. 334 c.p.p. e penalmente sanzionato in caso di omissione o ritardo dall'Art. 365 c.p. con una multa fino a 516 euro e la pena accessoria dell'interdizione dalla professione per la durata non inferiore ad un mese.

### **1.8.2 IL REFERTO**

L'obbligo del referto è una disposizione di ordine assoluto e vige anche nel caso l'Autorità giudiziaria abbia avuto notizia del fatto per altra via. Il professionista sanitario ha l'obbligo di dare notizia dei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio secondo le seguenti modalità:

- ❖ Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino.
- ❖ Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.
- ❖ Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione sono tutte obbligate al referto con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

In tal senso il referto rappresenta una relazione tecnica di natura "diagnostica e prognostica", obbligatoria anche quando sussiste il solo "sospetto" di un delitto perseguibile d'ufficio, in quanto compete esclusivamente al magistrato indagare sul fatto e non al sanitario.

---

<sup>17</sup> Turillazzi Emanuela, Neri Margherita, Riezzo Irene. Metodologia accertativa medico-legale in ostetricia e ginecologia: valutazione degli eventi e delle responsabilità, Giuffrè Editore, Milano, 2007

Vi sono tuttavia due circostanze in cui l'omissione di referto non costituisce reato:

- a) se esso espone la persona assistita a procedimento penale (comma 2 dell'Art 365c.p.);
- b) in ragione della necessità del sanitario di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un "grave ed inevitabile nocimento nella libertà o nell'onore"(Art 384c.p.)

Se il medico/ostetrica esercita un professione pubblica (incaricato di pubblico servizio) ha inoltre l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria, mediante denuncia, qualunque reato perseguibile d'ufficio, qualora ne sia venuto a conoscenza "nell'esercizio o a causa del servizio".

Il contenuto della denuncia si differenzia da quello del referto, in quanto sarà caratterizzato non tanto da un giudizio tecnico, bensì dagli elementi essenziali dei fatti, quali il giorno dell'acquisizione dell'informazione, le fonti prova già note, ogni dato utile ad identificare la persona responsabile, quella offesa ed anche altre persone in grado di riferire.

Diversamente da quanto previsto per il referto, la denuncia è obbligatoria anche quando si esporrebbe la persona a un procedimento penale.

Si ricorda che, nel caso in cui si segnali per errore all'Autorità Giudiziaria un reato perseguibile a querela di parte, si compie il reato di violazione del Segreto Professionale (Art. 622 del c.p).

Appare chiaro, quindi, che nei casi di reati perseguibili d'ufficio il reato dovrà essere denunciato, indipendentemente dalla volontà e dalla richiesta della vittima, da tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio, quindi tutti i professionisti medici, tecnico sanitari e socio sanitari nel pubblico e privato che ne venissero a conoscenza nell'esercizio e a causa delle loro funzioni o del loro servizio.

## **1.9 LA FORMAZIONE DELL'OSTETRICA NELL'AMBITO LEGALE E FORENSE.**

Come già annunciato dall'OMS, nell'affrontare un tema delicato come l'abuso sulle donne, è fortemente indicata una formazione, una qualificazione e il miglior aggiornamento professionale verso il personale sanitario allo scopo di garantire, non solo la miglior assistenza sia clinica che relazionale alla vittima,

ma anche un'adeguata rete socio- giuridica sanitaria al fine di garantire ad essa la miglior tutela possibile.

Necessaria è infatti un approccio multidisciplinare, dove collaborino più figure professionali come: medici, ostetriche, infermieri, forze dell'ordine, psicologi, assistenti sociali in modo tale che si scambino informazioni e conoscenze. Sarà quindi indispensabile che tutte le ostetriche e infermieri siano sostenuti da percorsi di formazione che offrano l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche e relazionali per gestire un'assistenza complessa come in tal caso.

A tal proposito, l'Ostetrica legale forense e/o l'Infermiere forense che ha conseguito il master e quindi un apposita formazione post Laurea avrà acquisito:

- La Capacità di rilevazione precoce della richiesta di aiuto da parte della vittima, anche senza verbalizzazione di essa, e conseguente segnalazione;
- Capacità di gestione del caso multidisciplinare;
- Assistenza e sostegno adeguato alla vittima durante e dopo il trattamento terapeutico.

Il primo Master di specializzazione in Infermieristica e Ostetricia Legale e Forense nasce con la Legge del 1 Febbraio del 2006, n. 43<sup>18</sup> che valorizza la centralità dei percorsi formativi accademici post base (Master e L. Magistrale) e dispone l'obbligatorietà all'aggiornamento continuo.

L'Ostetricia Legale e Forense nasce per molteplici motivi, ma soprattutto per formare personale ostetrico e infermieristico capace di:

- ❖ affrontare la dilagante proliferazione delle contestazioni in ambito legale nel campo sanitario;
- ❖ applicare le proprie conoscenze nell'ambito delle violenze, essendo diventati eventi criminosi in continuo aumento.

Si può inoltre affermare che l'Ostetricia Forense è quella disciplina che applica la Midwifery alle procedure pubbliche o giudiziarie, occupandosi di tutti quegli aspetti giuridici dell'attività sanitaria congiunti alla preparazione bio-psico-sociale dell'ostetrica e affidandoli all'indagine scientifica e al trattamento dei

---

<sup>18</sup> Legge 1 febbraio 2006, n. 43 *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*.

traumi (o morte) di vittime o attori di abusi, violenze, attività criminali e incidenti.

La filosofia della *Midwifery* si ispira a un sistema di valori contenuti nel Codice Deontologico e nell'attuale normativa sanitaria: "*L'ostetrica tutela la dignità e promuove la salute femminile in ogni età, individuando situazioni di fragilità, disagio, privazione e violenza, fornendo adeguato supporto e garantendo la segnalazione alle autorità preposte, per quanto di sua competenza*"<sup>19</sup>.

Il Codice Deontologico propone con chiarezza l'attuale fondamento della professione ostetrica e la sua maturità etico e morale. Il Codice diventa per tutte le professioniste uno strumento di ispirazione e di orientamento all'esercizio della professione.

È quindi preciso dovere dell'ostetrica:

- sviluppare competenze per tutelare la salute sessuale della donna, prevenire condizioni di violenza e assisterla quando queste si sono verificate;
- conoscere la legge in vigore, i protocolli nazionali;
- relazionarsi con le autorità, favorendo il percorso della magistratura per la tutela delle vittime abusate.

### **1.9.1 AREE DI COMPETENZA DELL'OSTETRICA LEGALE E FORENSE**

Le competenze dell'ostetrica/o legale e forense riguardano le aree medico-legale, etico-deontologica, giuridico-forense<sup>20</sup>. L'ostetrica deve:

- ❖ Fornire assistenza e gestione di donne adulte e/o in stato di gravidanza, minori, vittime di stupro o violenze sessuali.
- ❖ individuare, raccogliere e conservare correttamente le tracce utili ai fini processuali;
- ❖ offrire servizio di investigazione scientifica;
- ❖ raccogliere dichiarazioni, refertare materiale fotografico, audio, video;
- ❖ assistere e gestire dipendenze da alcool, droghe e farmaci;

---

<sup>19</sup> *Codice deontologico dell'Ostetrica* – Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010, con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014

<sup>20</sup> La figura specifica dell'ostetrica legale e forense è stata ampiamente analizzata e definita dalla Dott.ssa Antonella Marchi, responsabile ostetricia legale forense all'Accademia Italiana Scienze Forensi.

- ❖ svolgere attività di consulenza per uffici giudiziari e privati;
- ❖ offrire assistenza legale e sindacale ai colleghi in collaborazione con avvocati, associazioni, sindacati;
- ❖ gestire il rischio clinico (Risk Management) per le competenze specifiche e studia la letteratura rispetto all'errore (per negligenza, imprudenza, imperizia, violazione delle linee guida a causa di stress, eccessivo carico di lavoro, inadeguatezza tecnologica e strumentale, scarsa comunicazione tra operatori, assenza di supervisione ...);
- ❖ svolgere attività presso servizi di medicina legale;
- ❖ svolgere interventi di educazione/informazione sanitaria.

Appare chiaro, dunque, che l'Ostetrica Legale e Forense può fornire assistenza alla donna vittima di abusi in piena autonomia. L'ostetrica può infatti, con un valido lavoro di equipe insieme ad altri professionisti, pianificare un piano di assistenza multidisciplinare, che tenga conto non solo degli aspetti clinici, che è in grado di valutare in piena autonomia, ma anche dei risvolti psicologici, sociali e giuridici, che il dramma ha provocato irreversibilmente nella vita del soggetto leso.

### **1.9.2 L'ATTIVITÀ DI CONSULENZA**

L'ostetricia legale e forense applica le nozioni di ordine medico tecnico-scientifico necessarie per risolvere i casi concreti dell'attività giudiziaria esplicando una funzione ausiliare insostituibile nell'amministrazione della giustizia.

Il professionista che si occupa di ostetricia legale e forense esegue, dunque, valutazioni cliniche sulle condotte tenute dagli operatori sanitari, al fine di evidenziare la loro eventuale illiceità in quanto connotate da imprudenza, imperizia, negligenza o inosservanza di leggi e regolamenti.

Si dovrà verificare l'esistenza di un comportamento colposo, doloso od omissivo; si dovranno ricostruire i fatti per verificare l'iter della procedura assistenziale attuata e l'influenza dell'operato dei professionisti nel determinare il danno.

In mancanza di un comportamento colposo, di un danno e di un nesso di causalità tra questi elementi, non si potrà infatti parlare di responsabilità professionale per cosiddetta malpractice, un termine utilizzato in tutta l'Europa per andare a parlare di malasantità.

I casi dovuti ad errori spesso causati dalla non conoscenza o non applicazione delle evidenze scientifiche, da scarsa competenza e da distrazione sono sempre più numerosi. Al giorno d'oggi la sfida da affrontare è la maggiore richiesta sanitaria con professionisti della salute ben istruiti e ben organizzati, al fine di ridurre la malpractice. In questo contesto l'ostetrica legale e forense, rappresenta la professionista sanitaria chiamata a svolgere nelle cliniche, negli ospedali e nei consultori attività di monitoraggio, studio, supervisione dell'attività di medici, ostetriche e del team di reparto, per individuare eventuali profili di responsabilità e quindi supportare il cambiamento nei sanitari, al fine di prevenire comportamenti clinici di malpractice.

L'ostetrica si avvale della collaborazione di figure professionali come avvocati, educatori, medici specialisti e di base, psicologi e psichiatri. I principali contesti dove l'ostetrica legale e forense svolge la sua attività sono quelli peritali e consulenziali, presenti sia in sede penale che civile. I primi, vale a dire quelli peritali, consentono di svolgere attività consulenziale tecnica per il giudice (C.T.U.: Consulente Tecnico d'Ufficio) in ordine a determinate problematiche.

I contesti consulenziali permettono di effettuare valutazioni tecniche su incarico del P.M. (Pubblico Ministero) o delle altre parti del processo (Parte civile, Difesa) nel ruolo di C.T.P (Consulente Tecnico di Parte). La scelta dei periti e dei consulenti di parte si basa essenzialmente sul fatto che questi siano esperti della materia in questione e che, oltre che affidabili e capaci professionalmente abbiano specifiche competenze cliniche-forensi<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Disponibile sul sito <http://www.ostetricalegaleforense.it>

## CAPITOLO 2



### ***VIOLENZA SULLE DONNE: EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO EUROPEO E ITALIANO.***

#### **2.1 IL LIVELLO NORMATIVO EUROPEO.**

A livello europeo sono numerosi gli atti normativi adottati per garantire il diritto all'uguaglianza tra uomo e donna e, soprattutto a partire dalla metà degli anni '90, per il contrasto della violenza contro le donne. Analizzando gli atti svolti dal Consiglio d'Europa, l'istituzione che rappresenta una delle maggiori organizzazioni in difesa dei diritti umani esistenti, per poi passare alle politiche comunitarie e delle istituzioni dell'Unione Europea.

##### ***2.1.1 IL CONSIGLIO D'EUROPA***

Il primo organismo europeo a sancire l'uguaglianza tra uomo e donna è il Consiglio d'Europa. Attraverso l'adozione, nel 1950, della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, il Consiglio riconosce a tutte le persone il diritto alla vita, alla libertà, alla sicurezza, alla salute e proibisce il ricorso alla tortura, alla schiavitù.

La Convenzione è vincolante per i 47 Stati Membri del Consiglio d'Europa (tra i quali figurano tutti i 28 membri dell'Unione Europea) e sul suo rispetto vigila la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. Oltre che attraverso la Convenzione, il Consiglio d'Europa promuove la protezione delle donne e delle bambine dalla violenza di genere anche attraverso altre azioni.

Tra le azioni più recenti, si possono ricordare l'approvazione della Raccomandazione n. 5 del 2002 sulla protezione delle donne dalla violenza e l'organizzazione di una campagna di sensibilizzazione a livello europeo sulla violenza contro le donne nel 2006-2008<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> [www.coe.int](http://www.coe.int), sito ufficiale del Consiglio d'Europa.

Lo strumento più importante adottato in materia dal Consiglio d'Europa è la recente Convenzione sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, conosciuta anche con il nome di Convenzione di Istanbul, firmata nel 2011 e sottoscritta dall'Italia nel 2012, è entrata in vigore il primo agosto 2014

La Convenzione è il primo documento internazionale giuridicamente vincolante in materia di violenza contro le donne. Obiettivo del documento è quello di creare un quadro giuridico in grado di proteggere le donne da qualsiasi forma di violenza, predisponendo misure utili alla prevenzione, punizione e eliminazione del problema della violenza di genere e di quella domestica.

### **2.2.2 L'UNIONE EUROPEA**

Le iniziative volte al contrasto della violenza di genere predisposte dalle istituzioni europee si sono successivamente intensificate e specializzate nel corso degli ultimi anni, facendo riferimento soprattutto alle competenze in materia di uguaglianza e di sicurezza dei cittadini. I primi atti hanno riguardato soprattutto la lotta alle molestie sessuali sul posto di lavoro (Raccomandazione 92/131/CEE della Commissione, 27 novembre 1991) e allo sfruttamento sessuale e al traffico di donne (Comunicazione della Commissione 20 Novembre 1996 sulla tratta delle donne a scopo di sfruttamento sessuale)<sup>23</sup>.

È soprattutto a partire dai primi anni del nuovo millennio che si concentra l'impegno comunitario in materia e l'eliminazione di ogni forma di violenza sulle donne viene individuata come uno dei sei ambiti prioritari dell'azione dell'Unione europea per l'ottenimento della parità di genere all'interno delle strategie delineate dalla Commissione europea per il periodo 2000-2006. Nel documento si ribadisce che l'Unione "è impegnata nella lotta contro ogni forma di violenza", e che la violenza contro le donne, principali vittime della violenza basata sul genere, rappresenta "una violazione del diritto fondamentale alla vita, alla sicurezza, alla libertà e all'integrità fisica ed emotiva, che non può essere tollerata né giustificata per alcun motivo".

---

<sup>23</sup> Maria Virgilio, "Violenza maschile sulle donne e strumentario giuridico", in Genesis, IX numero 2 (anno 2010).

La prevenzione, riconosciuta come fattore essenziale e strategico richiede "istruzione, conoscenze, la costituzione di reti e di partenariati nonché lo scambio di pratiche ottimali". In particolare, si richiama in l'urgenza di un intervento volto all'eliminazione di pratiche tradizionali definite "nefasti", come i matrimoni precoci forzati, i delitti d'onore e la mutilazione genitale femminile<sup>24</sup>.

Un'altra istituzione attiva nel contrasto della violenza contro le donne è il Parlamento europeo, che attraverso la Risoluzione del 26 novembre 2009 sull'eliminazione della violenza contro le donne esorta i Paesi Membri a migliorare le leggi e le politiche nazionali volte a combattere tutte le forme di violenza contro le donne, a sviluppare piani d'azione nazionale di ampia portata.

L'azione di contrasto della violenza di genere viene rilanciata con l'adozione del Programma di Stoccolma, documento del Consiglio Europeo che delinea le priorità dell'Unione per lo spazio di libertà, sicurezza e giustizia per il periodo 2010-2011. Il punto 2,3,4 indica infatti la necessità di garantire particolare sostegno e protezione giuridica alle vittime di violenza di genere.

Il piano d'attuazione del Programma di Stoccolma, riprende ed amplia questa priorità, ribadendo che "L'Unione si avvarrà di tutti gli strumenti di cui dispone per contrastare con fermezza la violenza a danno di donne e bambini, compresa la violenza domestica e le mutilazioni genitali femminili<sup>25</sup>

La politica di intervento viene confermata anche all'interno della "Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015", in cui la Commissione, tra le varie macroaree di intervento, ha previsto un punto specifico concernente "Dignità, integrità e fine della violenza nei confronti delle donne", nel quale si ribadisce la volontà di adottare una strategia unitaria a livello dell'Unione europea contro le violenze nei confronti delle donne utilizzando tutti gli strumenti appropriati, compresa, nel limite delle competenze, l'adozione di leggi penali<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Una tabella di marcia per la parità tra donne e uomini, 2006-2010 (Bruxelles 01.03.2006), punto 4.1 "Eradicazione della violenza fondata sul genere.

<sup>25</sup> Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Creare uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia per i cittadini europei -Piano d'azione per l'attuazione del programma di Stoccolma, (Bruxelles, 20.4.2010).

<sup>26</sup> Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015, (Bruxelles, 21.9.2010).

È opportuno richiamare due documenti di particolare importanza adottati negli ultimi anni.

Innanzitutto, la Risoluzione del Parlamento europeo del 5 aprile 2011 sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'UE in materia di lotta alla violenza contro le donne. Viene quindi proposto un nuovo approccio politico globale alla violenza contro le donne, che dovrà rappresentare la base per l'adozione di iniziative future.

Tra gli obiettivi individuati compare nuovamente la formazione di tutte le professionalità che entrano in contatto con le donne vittime di violenza; la predisposizione di strumenti in grado di individuare il numero delle donne colpite da maltrattamenti ed abusi che si rivolgono ai servizi, necessaria per pervenire ad una conoscenza approfondita della natura e dell'entità del fenomeno nell'Unione; la necessità che la Commissione stessa organizzi studi e rilevazioni sull'intero territorio europeo; il raggiungimento di requisiti minimi sul numero delle strutture di assistenza (un posto in struttura antiviolenza ogni 10 000 abitanti), l'aumento dei servizi in generale e del numero dei tribunali specificamente preposti a trattare i casi di violenza di genere<sup>27</sup>.

Altro importante documento è rappresentato dalla Direttiva 2012/29/UE che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, attraverso cui l'Unione intende garantire alle vittime di qualsiasi reato "informazione, assistenza e protezione adeguate e possibilità di partecipazione ai procedimenti penali"<sup>28</sup>.

Inoltre, viene richiamata la necessità di porre attenzione al fatto che le donne subiscono violenza per la maggior parte dei casi all'interno delle relazioni di intimità, condizione che può comportare una situazione di dipendenza dall'autore del reato sotto il profilo economico, sociale o del diritto di soggiorno.

Soprattutto per quanto riguarda le vittime di violenza sessuale, violenza di genere o violenza domestica, ma in generale per tutte le tipologie di vittime esposte al rischio di vittimizzazione secondaria, di recidiva e/o di intimidazione, la Direttiva prevede l'adozione di adeguate misure di protezione durante tutto il procedimento penale. Durante le indagini, si raccomanda di gestire le audizioni della persona vittima di violenza in locali separati e adattati allo scopo,

---

<sup>27</sup> Risoluzione del Parlamento europeo sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'UE in materia di lotta alla violenza contro le donne del 5 aprile 2011.

<sup>28</sup> Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2012/29/UE recante norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato del 14 novembre 2012.

destinando al colloquio personale appositamente formato e che possibilmente possa garantire continuità nel corso del procedimento, diventando l'unico operatore a cui la vittima debba raccontare i fatti accaduti<sup>29</sup>. Inoltre, vengono sanciti nuovi diritti, tra cui il diritto ad avere informazioni accessibili e comprensibili, anche dal punto di vista linguistico; ad avere servizi di sostegno sia generale che specifico (supporto psicologico, rifugi, sostegno mirato per vittime di violenza sessuale), il cui accesso non deve essere condizionato dalla decisione di denunciare o meno il reato e una serie di raccomandazioni specifiche nel caso in cui siano coinvolti minori<sup>30</sup>.

Oltre alla produzione di atti normativi, l'Unione Europea ha agito anche attraverso l'adozione di importanti programmi specifici volti a finanziare azioni concrete di contrasto, studio e prevenzione della violenza. Uno degli strumenti più potenti in tal senso è il programma Daphne, istituito per la prima volta attraverso la Decisione n. 293/2000/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 gennaio 2000, per sostenere interventi di lotta alla violenza nei confronti di donne, bambini ed adolescenti.

Il programma Daphne<sup>31</sup>, ripetuto più volte nel corso degli anni e giunto alla IV edizione, si concentra ogni volta su aspetti diversi del contrasto alla violenza:

- ❖ Daphne I (2000-2003) puntava a promuovere lo studio delle esperienze e dei diversi approcci delle ONG in relazione alla violenza al fine di diffondere le buone prassi e incentivare l'avvio di collaborazioni di respiro europeo;
- ❖ Daphne II (2004-2008) era indirizzato soprattutto al finanziamento di interventi di sostegno alle vittime della violenza e di sensibilizzazione delle comunità;
- ❖ Daphne III (2009-2013), la cui copertura finanziaria ammontava a 116,85 milioni di euro, si concentrava particolarmente sullo studio delle conseguenze della violenza su bambini, bambine, adolescenti e donne e sulla promozione di reti multidisciplinari tra i soggetti che si occupano del problema<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2012/29/UE recante norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato del 14 novembre 2012.

<sup>30</sup> [http://ec.europa.eu/justice/criminal/victims/rights/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/criminal/victims/rights/index_en.htm), consultato a Novembre 2016

<sup>31</sup> <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2012-0006+0+DOC+XML+V0//IT>, consultato a Novembre 2016

<sup>32</sup> <http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/daphne/> (10.01.2014).

- ❖ Daphne IV( 2014-2020), anche nella nuova programmazione la Commissione europea continuerà a prestare attenzione al fenomeno contribuendo a cofinanziare nuovi progetti e interventi sul tema.

Il programma Daphne ha costituito una risorsa importante per quanti operano nel settore del contrasto alla violenza: si tratta dell'unico programma di questo tipo esistente a livello di Unione europea, e si è rivelato essere uno strumento prezioso per aumentare la sensibilizzazione al problema della violenza contro le donne e per offrire alle organizzazioni e associazioni attive sul campo la possibilità di sviluppare il proprio lavoro, di entrare in contatto con altri soggetti simili operanti in contesti diversi e di compiere azioni concrete di contrasto alla violenza.

### **2.3 LA NORMATIVA ITALIANA.**

Dando infine uno sguardo ai recenti sviluppi del panorama normativo nazionale i tema di violenza sulle donne, si rileva come, già nel 2009 si è tentato attraverso la delegazione d'urgenza di affrontare il fenomeno. Il 23 febbraio 2009 viene infatti approvato il D.L. n.11/2009 denominato **"misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori"** e convertito poi nella **L. 38/2009**.

Il testo ha introdotto:

- il reato di **"atti persecutori"** (c.d stalking);
- obbligatorietà della custodia cautelare in carcere per i delitti di prostituzione, violenza sessuale, atti sessuali con minorenni, violenza sessuale di gruppo;
- arresto obbligatorio in flagranza per violenza sessuale e violenza sessuale di gruppo, con conseguente possibilità di procedere con rito direttissimo;
- estensione a tutte le vittime di violenza sessuale del gratuito patrocinio a spese dello stato.

Dal 2006 il Dipartimento per le Pari Opportunità<sup>33</sup> ha sviluppato, mediante l'attivazione del numero di pubblica utilità 1522, un'ampia azione di sistema per l'emersione e il contrasto del fenomeno della violenza intra ed extra familiare a danno delle donne. Nato e pensato come servizio pubblico nell'intento esclusivo

---

<sup>33</sup> Numero di pubblica utilità 1522, articolo disponibile sul sito <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna>, consultato a Novembre 2016.

di fornire ascolto e sostegno alle donne vittime di violenza, ha nel 2009, con l'entrata in vigore della L. 38/2009 in tema di atti persecutori, iniziato un'azione di sostegno anche nei confronti delle vittime di stalking.

Il numero è attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno ed è accessibile dall'intero territorio nazionale gratuitamente, sia da rete fissa che mobile, con un'accoglienza disponibile nelle lingue italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo. Le operatrici telefoniche dedicate al servizio forniscono una prima risposta ai bisogni delle vittime di violenza di genere e stalking, offrendo informazioni utili e un orientamento verso i servizi socio-sanitari pubblici e privati presenti sul territorio nazionale.

Lo stile relazionale e comunicativo intrattenuto con le vittime che si rivolgono al 1522 rientra sempre in un quadro di accoglienza partecipata e competente.

Il servizio mediante l'approccio telefonico sostiene l'emersione della domanda di aiuto, consentendo un avvicinamento graduale ai servizi da parte delle vittime con l'assoluta garanzia dell'anonimato.

Dal 2010, i casi di violenza che rivestono carattere di emergenza vengono accolti con una specifica procedura tecnico-operativa condivisa con le forze dell'ordine. Il servizio telefonico 1522 rappresenta lo snodo operativo delle attività di contrasto alla violenza di genere e stalking.

Ponendosi alla base della metodologia del lavoro "di rete", assume il ruolo di strumento tecnico operativo di supporto alle azioni realizzate dalle reti antiviolenza locali, chiamate a contrastare il fenomeno della violenza di genere, garantendone, al contempo, i necessari raccordi tra le Amministrazioni Centrali competenti nel campo giudiziario, sociale, sanitario, della sicurezza e dell'ordine pubblico. La Mappatura è lo strumento principale ad uso delle operatrici del call center in relazione all'offerta di risposte concrete agli utenti che si rivolgono al 1522 attraverso l'indicazione dei servizi operanti a livello territoriale.

I servizi della mappatura collegati al servizio di pubblica utilità 1522 sono:

- Centri antiviolenza e servizi specializzati
- Consultori pubblici
- Servizi sociali di base (dei comuni capoluogo)
- Aziende sanitarie locali
- Aziende ospedaliere pubbliche
- Consigliere di parità

- Caritas diocesane
- Numeri pubblici di emergenza (112, 113, 118)
- Pronto soccorso con specifici percorsi rosa per le donne vittime di violenza
- Associazioni di donne o servizi specializzati contro la violenza verso straniere
- Servizi/sportelli per lo stalking.

Il testo normativo che in Italia tenta per la prima volta di affrontare il tema del femminicidio e della violenza contro le donne nel complesso è il D.L. 93, varato il 14 agosto 2013, poi convertito in legge con modifiche il 15 ottobre ([L. 119/2013](#)) e denominato "*Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere(..)*"

Il testo mira a rendere più incisivi gli strumenti della repressione penale dei fenomeni di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale e atti persecutori. La normativa, inoltre, ha provveduto a varare un piano straordinario di protezione delle vittime di violenza sessuale e di genere (art 5). che prevede azioni di intervento multidisciplinari, a carattere trasversale, per prevenire il fenomeno, potenziare i centri antiviolenza e i servizi di assistenza e formare gli operatori.

La legge è un'innegabile passo avanti nella lotta alla violenza contro le donne, ma non raggiunge gli standard richiesti dalla Convenzione di Istanbul, dalle raccomandazioni della Relatrice speciale dell'Onu sulla violenza contro le donne e dal Comitato Cedaw<sup>34</sup>.

Infine, come sottolineato dalla Convenzione di Istanbul e dalla relatrice speciale, appare senz'altro di importanza cruciale la previsione di un sistema di raccolta dati statistici, attraverso l'attuazione dell'art 5 e l'aumento di fondi ISTAT che riescano a garantire raccolta e analisi standardizzate e periodiche che ancora mancano nel nostro paese, nonostante fosse stata proposta l'istituzione di un Osservatorio nazionale ad hoc presso l'Istat con un ddl atto senato n.724 presentato nel Maggio 2013, sul quale si è poi sovrapposto il provvedimento d'urgenza del Governo dell'agosto 2013.

Lo Stato italiano affronta la violenza contro le donne attraverso alcuni articoli del codice civile, del codice penale e del codice di procedura penale, nonché attraverso alcune leggi speciali.

---

<sup>34</sup> Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne costituita nel 1979.

### **2.3.1 NORME CONTRO LA VIOLENZA SESSUALE (Legge n. 66/1996)**

Fino al 1996 i delitti di: violenza carnale, atti di libidine violenta e atti osceni erano rubricati sotto la voce "delitti contro la morale e il buon costume", solo dopo l'entrata in vigore di questa legge la violenza cessa di essere un delitto contro la pubblica moralità e viene riconosciuta come "[Delitto contro la persona](#)". La [Legge n.66 del 1996](#) ha aggiunto diversi nuovi articoli che vengono numerati a partire dal 609-bis.

[Art.609-bis \(violenza sessuale\)](#) Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

1. abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
2. traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.

La nuova dicitura di "violenza sessuale" permette di sorpassare la vecchia necessità di provare il congiungimento carnale con indagini mortificanti per la vittima. Nella maggior parte dei soggetti adulti, infatti, è difficile reperire lesioni certe anche in caso di avvenuto congiungimento. La mancanza di tali reperti è stata spesso causa di derubricazione del reato di congiungimento carnale al meno grave reato di atti di libidine violenti, conseguenza ora evitabile.

La norma contempla nel 1° comma la violenza sessuale "per costrizione", prevedendo "mediante abuso di autorità".

Il 2° comma contempla, invece, la violenza sessuale "per induzione", suddividendola in: "mediante abuso delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa" e "mediante inganno con sostituzione di persona".

Con il 3° comma, infine, il legislatore ha voluto evidenziare che tutte le ipotesi di violenza sessuale sono gravi, pur essendovene alcune meno gravi di altre, anche se ciò ha aperto il dibattito riguardo al significato dell'espressione.

Il parametro di "minore gravità" dovrà essere valutato volta per volta, considerando non solo le caratteristiche dell'atto, ma anche l'entità della compromissione della libertà della vittima causata dallo stesso.

*Art. 609-ter (circostanze aggravanti)* La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:

1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
2. con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente 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;
- 5 bis all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa.

La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci.

Con suddetto articolo si prevede un aumento della pena da sei a dodici anni per i minori di anni quattordici e da sette a quattordici per i minori di anni dieci, al fine di tutelare la condizione soggettiva delle vittime, in quanto l'atto di violenza può ripercuotersi negativamente sullo sviluppo psico-sessuale del minore.

*Art. 609-quater (atti sessuali con minorenni)* 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.

Al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, o il tutore che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni.

Non è punibile il 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.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita fino a due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci.

Nell'Art. 609-quater si considera l'atto sessuale in assenza di costrizione o di induzione, quindi consensuale, e si fissa la soglia del compimento del quattordicesimo anno di età per delimitare il confine penale tra lecito e illecito nel compimento di atti sessuali con e fra minorenni, salva la previsione dell'età minima di sedici anni ricorrendo uno dei particolari rapporti elencati dalla norma al n. 2.

Anche in questo articolo vengono considerati i casi di minore gravità.

*Art. 609-quinquies (corruzione di minorenne)* Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Questo articolo si riferisce solo ad atti sessuali in presenza del minore, poiché il reato di atti sessuali su minore è già previsto dall'Art. 609-quater.

Perché vi sia reato è quindi necessaria la sola presenza del minore di anni quattordici e il dolo specifico dell'agente al fine di farlo assistere.

*Art. 609-sexies (ignoranza dell'età della persona offesa).* Quando i delitti previsti negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies sono commessi in danno di persona minore di anni quattordici, nonché nel caso del delitto di cui all'articolo 609-quinquies, il colpevole non può invocare, a propria scusa, l'ignoranza dell'età della persona offesa.

*Art. 609-septies (querela di parte).* I delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi.

La querela proposta è irrevocabile.

Si procede tuttavia d'ufficio:

1. se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;

2. se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore, ovvero da altra persona cui il minore é affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
3. se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
4. se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
5. se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma.

L'obbligo della denuncia di reato, ossia la procedibilità d'ufficio impone di segnalare all'autorità giudiziaria determinati reati di cui si sia venuti a conoscenza nell'ambito della propria professione.

La disciplina in merito a questo aspetto ha destato non poche critiche negli ambienti giuridici: da un lato per accordare l'esigenza di coloro che avrebbero voluto estendere la procedibilità d'ufficio per tutti i casi di violenza, dall'altro per mantenere il diritto alla riservatezza della persona lesa, che non vuole essere costretta a partecipare ad un processo.

*Art. 609-octies (violenza sessuale di gruppo):* La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo é punito con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609-ter.

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

L'Art. 609-octies è stato introdotto dalla Legge 66/96 e rappresenta una delle innovazioni più significative della riforma. Punisce il partecipante al reato, intendendo come tale colui che ha contribuito, non solo con l'azione, ma anche con la semplice cooperazione, ideazione o sostegno all'azione classicamente intesa.

La fattispecie della violenza di gruppo riguarda una tipologia di offesa più "grave": la pluralità delle persone riunite, infatti, espone ad un rischio maggiore il soggetto passivo, poiché ha minori possibilità di difendersi e di resistere alla violenza, cui si aggiunge il pericolo di un'offesa più umiliante e ripetuta da parte di diversi soggetti. Infatti, le pene sono aumentate rispetto a quanto previsto dall'Art. 609-bis.

*Art. 609-nonies (pene accessorie ed altri effetti penali)* La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies comporta:

1. la perdita della potestà del genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo o circostanza aggravante del reato;
2. l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela ed alla curatela;
3. la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa.

La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-octies, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609-quater e 609-quinquies, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori.

*Art. 609-decies (comunicazione al tribunale per i minorenni):* Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-ter, 609-quinquies e 609-octies commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-quater, il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni.

Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento. La legge ha inoltre stabilito, negli articoli successivi, ulteriori clausole per proteggere e tutelare la vittima di violenza sessuale<sup>35</sup>.

All'Art. 12 (che ha introdotto con il Titolo II bis "Delle contravvenzioni concernenti la tutela della riservatezza" l'art. 734-bis c.p.) si impone il divieto di divulgare, anche attraverso mezzi di comunicazione di massa, le generalità o l'immagine della persona offesa senza il suo consenso, stabilendo una pena dell'arresto da tre a sei mesi per chiunque renda pubbliche queste informazioni.

L'Art. 15 (che ha aggiunto il comma 3bis all'art. 472 c.p.p.) lascia la possibilità alla persona offesa di richiedere che tutto il dibattimento, o parte di esso, venga svolto a porte chiuse, mentre, se la persona offesa è minorenni, si decide di procedere sempre a porte chiuse. Inoltre, questo articolo vieta di indagare sulla sessualità e sulla vita privata della vittima di violenza.

Infine, l'Art. 16 stabilisce l'obbligo per l'imputato di sottoporsi ad indagini per l'individuazione di malattie sessualmente trasmissibili, nel caso in cui la modalità del fatto possa prospettare un rischio per la persona offesa di contrarre dette malattie.

### **2.3.2 "MISURE CONTRO LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI FAMILIARI" (Legge n.154 del 2001).**

La Legge n. 154 del 2001, recante il titolo: "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari", introduce nuove misure volte a contrastare i casi di violenza in ambiente domestico. La legge previene e persegue tutti quei reati che si consumano in ambito familiare tra marito/moglie, convivente, figlio, genitore, che subiscono sottomissioni e violenze, non solo fisiche ma anche morali, quali minacce, intimidazioni, pressioni e molestie psicologiche.

Le pene applicabili prevedono specifiche misure cautelari, previste sia dal C.P. sia dal C.C.

---

<sup>35</sup> Vittorio Moioli. Il Ponte della Lombardia -Mensile di commento/critica/progetto a sinistra, n. 4-agosto 1996 Comedit 2000 srl, Milano,1996.

Nel Codice di Procedura Penale, con l'art. 282 bis, la legge introduce un'importante misura cautelare, quella dell' "allontanamento dalla casa familiare del soggetto "violento".

Il giudice, innanzi ad una richiesta, potrà:

- a. prescrivere al soggetto violento di lasciare subito la casa familiare o di non farvi ritorno senza autorizzazione giudiziaria, per un periodo di tempo di sei mesi;
- b. prescrivere il divieto di avvicinarsi a luoghi determinati frequentati dalla famiglia: in particolare il luogo di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti. Se la frequentazione è necessaria per motivi di lavoro, il giudice prescrive i tempi e i modi delle visite e può imporre limitazioni;
- c. ingiungere il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi, che per effetto del provvedimento di allontanamento siano rimaste prive di mezzi adeguati.

In ambito civile, sotto la rubrica "Ordini di protezione contro gli abusi familiari", con gli articoli 342-bis e 342-ter c.c., si disciplinano i presupposti e i contenuti di tale misura.

Gli ordini di protezione possono essere richiesti dal soggetto vittima di violenze, al giudice quando la parte stessa subisca dalla condotta di un componente del proprio nucleo familiare un grave pregiudizio alla vita, alla salute psichica ed alla propria libertà e qualora il fatto non costituisca reato perseguibile d'ufficio.

### **2.3.3 "ATTI PERSECUTORI" (c.d Stalking, Legge n. 38 del 2009).**

Il termine inglese stalking sta ad indicare un fenomeno psicologico e sociale conosciuto anche come sindrome del molestatore assillante, "inseguimento ossessivo". Si tratta di uno sfinimento quotidiano ai danni della vittima (statisticamente, per lo più, donna) che finisce per corrodere resistenza, difesa, voglia di vivere.

La norma di legge introdotta con l'art. 612bis c.p., collocata tra i delitti contro la libertà morale, punisce, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con la reclusione dai sei mesi a quattro anni, chiunque "con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o

paura, ovvero da generare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita". La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato, o divorziato o da chi sia stato legato in precedenza da relazione affettiva con la persona offesa. Ulteriore aggravamento (con aumento della reclusione della metà) deriva se gli atti persecutori sono commessi in danno di minore, donna incinta, disabile, con armi o da persona travisata.

La punibilità è a querela, salvo che non si tratti di minore, di disabile o quando il reato sia connesso con altro delitto per il quale si debba procedere d'ufficio. Qualora il persecutore sia stato precedentemente "ammonito"<sup>36</sup> dal Questore la pena è aumentata e si procede comunque d'ufficio.

Prima dell'entrata in vigore di tale legge erano puniti come reati di molestie (art. 6609 o minacce (art. 612) che prevedevano pene assai lievi, pertanto non era mai possibile applicare alcuna misura cautelare, che, si ribadisce, prevede, per l'applicabilità, che la pena massima sia superiore almeno a tre anni di reclusione. Ciò comportava che la vittima, le forze dell'ordine e la magistratura si trovassero di fatto impotenti anche rispetto a persecuzioni e intimidazioni reiterate, senza la possibilità di incidere sull'eventuale "escalation" dei comportamenti aggressivi.

Con l'introduzione di questa fattispecie autonoma di reato, si è stabilita una pena adeguata, che consente un'efficace repressione e anche l'applicazione di misure cautelari. Oltre all'introduzione degli atti persecutori la recente normativa ha introdotto, l'arresto obbligatorio in caso di violenza sessuale, individuale o di gruppo, l'obbligo della custodia in carcere per chi abbia commesso tali reati.

È stata poi prevista una nuova misura cautelare, introducendo l'art. 282ter c.p.p., che vieta l'avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa e/o dai suoi familiari, o una sorta di avvicinamento "controllato", applicabile, ovviamente in tutti i casi di stalking o, eventualmente, di ex partner che vivano ormai separati.

Un istituto importante, di nuova introduzione, è quello stabilito dall'art. 8 della legge "l'ammonimento", che prevede che fino a che non sia proposta querela per il reato di stalking la persona offesa può esporre i fatti all'Autorità di P.S.

---

<sup>36</sup> L'ammonimento è un provvedimento di pubblica sicurezza di competenza del Questore, il quale deve valutare l'opportunità di ammonire oralmente il soggetto nei cui confronti è stato richiesto il provvedimento, invitandolo a tenere una condotta conforme alla legge. Disponibile sul sito <http://www.neldiritto.it/>

chiedendo l'ammonizione del molestatore. Il questore, ove ritenga di procedere, ammonisce il soggetto contro cui è stato richiesto il provvedimento, rilasciandone copia alla persona offesa.

L'eventuale prosecuzione del comportamento molesto rende il delitto perseguibile d'ufficio e la pena viene aggravata.

#### **2.3.4 "CONGEDO PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE" (Art 24 del DLgs. n. 80 del 15 Giugno 2015).**

Il Governo, con decreto legislativo n. 80 del 15 giugno 2015 ha previsto una serie di modifiche relative ai congedi per maternità/paternità<sup>37</sup>. Le nuove riforme, in origine previste in via sperimentale per il solo anno 2015 e per le sole giornate di astensione riconosciute nell'anno 2015, sono state rese definitive ai sensi dell'art 43 comma 2 del nuovo decreto 14 settembre 2015.

Le novità riguardano tutti i dipendenti compresi quelli della scuola, senza nessuna distinzione se a tempo determinato o indeterminato.

Ma la novità più importante in tema di "violenza contro le donne" riguarda l'introduzione dell'art 24 che esplicita come di seguito riportato:

- 1. "La dipendente di datore di lavoro pubblico o privato, con esclusione del lavoro domestico, inserita nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, debitamente certificata dai servizi sociali del comune di residenza o dai centri antiviolenza o dalle case rifugio di cui all'articolo 5-bis decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 ottobre 2013, n. 119, ha il diritto di astenersi dal lavoro per motivi connessi al suddetto percorso di protezione per un periodo massimo di tre mesi".*
- 2. "Le lavoratrici titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, debitamente certificate dai servizi sociali del Comune di residenza o dai Centri antiviolenza o dalle Case rifugio di cui all'articolo 5-bis, del Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, hanno diritto alla sospensione del rapporto contrattuale per motivi connessi allo svolgimento del percorso di protezione, per il periodo*

---

<sup>37</sup> "Congedi parentali: le novità previste per il 2015 sono definitive", disponibile sul sito <http://www.orizzontescuola.it/> consultato a Novembre 2016.

*corrispondente all'astensione, la cui durata non può essere superiore a tre mesi".*

3. *"Ai fini dell'esercizio del diritto di cui al presente articolo, la lavoratrice, salvo casi di oggettiva impossibilità, è tenuta a preavvisare il datore di lavoro o il committente con un termine di preavviso non inferiore a sette giorni, con l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di congedo e a produrre la certificazione di cui ai commi 1 e 2. 4.*

*Durante il periodo di congedo, la lavoratrice ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento, e il periodo medesimo è coperto da contribuzione figurativa. L'indennità è corrisposta dal datore di lavoro secondo le modalità previste per la corresponsione dei trattamenti economici di maternità. I datori di lavoro privati, nella denuncia contributiva, detraggono l'importo dell'indennità dall'ammontare dei contributi previdenziali dovuti all'ente previdenziale competente.*

*Per i dipendenti dei predetti datori di lavoro privati, compresi quelli per i quali non è prevista l'assicurazione per le prestazioni di maternità, l'indennità di cui al presente comma è corrisposta con le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33. Tale periodo è computato ai fini dell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, nonché ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto".*

5. *Il congedo di cui al comma 1 può essere usufruito su base oraria o giornaliera nell'arco temporale di tre anni secondo quanto previsto da successivi accordi collettivi nazionali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. In caso di mancata regolamentazione, da parte della contrattazione collettiva, delle modalità di fruizione del congedo, la dipendente può scegliere tra la fruizione giornaliera e quella oraria. La fruizione su base oraria è consentita in misura pari alla metà dell'orario medio giornaliero del periodo di paga quadri-settimanale o mensile immediatamente precedente a quello nel corso del quale ha inizio il congedo.*
6. *"La lavoratrice di cui al comma 1 ha diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale, verticale od orizzontale, ove*

*disponibili in organico. Il rapporto di lavoro a tempo parziale deve essere nuovamente trasformato, a richiesta della lavoratrice, in rapporto di lavoro a tempo pieno”.*

7. *“Restano in ogni caso salve disposizioni più favorevoli previste dalla contrattazione collettiva<sup>38</sup>”.*

---

<sup>38</sup> Testo pubblicato nella Gazz. Uff. 24 giugno 2015, n. 144, S.O. Disponibile sul sito <http://www.jobsact.lavoro.gov.it/> consultato a Novembre 2016.

## CAPITOLO 3



### ***INTERVENTI REGIONALI PER PREVENIRE E CONTRASTARE LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE.***

La violenza contro le donne, denominata anche violenza di genere, è oggi riconosciuta come un problema di violazione dei diritti umani (ONU, Consiglio d'Europa) e come un problema di salute pubblica (OMS).

Sempre più presente sulla scena pubblica, nei media e nel discorso politico, è stata ultimamente oggetto di interventi legislativi sia a livello nazionale che europeo e regionale, di fatti, sono molte le regioni che hanno approvato interventi in merito al contrasto della violenza sulle donne.

Qui di seguito, si riportano in breve i provvedimenti emanati, in suddetto campo, dalla Regione Emilia-Romagna e dal Veneto, in quanto lo scopo di questo elaborato è proprio quello di confrontare due procedure di "accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza" poste in essere in due grandi realtà come il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Cona (Ferrara), il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Padova ed il personale coinvolto.

Dunque, si ritiene opportuno, prima di addentrarsi nell'esplicazione delle suddette procedure, dare uno sguardo panoramico legislativo posto in essere nelle due Regioni menzionate.

#### **3.1. EMILIA-ROMAGNA: NORME PER LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA SOCIALE E PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.(Legge n.2 del 2003, Testo aggiornato il 24 Luglio 2013).**

Dal 2003 la Regione interviene sul tema del contrasto alla violenza sulle donne.

I Centri antiviolenza fanno parte del sistema dei servizi sociali e 13 dei 23 attivi, dal 2009, fanno parte del coordinamento regionale. Con la [Legge regionale n.2](#)

del 2003<sup>39</sup> per la promozione e realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'accoglienza di donne e minori vittime di violenza trova il suo ambito di realizzazione nella rete dei servizi sociali integrati, a partire dai livelli comunali e distrettuali, includendo le case e i Centri antiviolenza nei sistemi locali di programmazione sociale.

L'obiettivo strategico per la regione Emilia-Romagna è la formazione delle figure professionali che accolgono donne vittime di violenza con corsi di formazione per i professionisti della rete: medici di pronto soccorso, ginecologi, ostetriche, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori del terzo settore e forze dell'ordine.

Centri antiviolenza e Case rifugio sono disciplinati dalla [Legge regionale n.6 del 2014](#), legge quadro per la parità e contro le discriminazioni. Sono 15 le strutture su territorio che accolgono le donne che hanno subito violenza e i loro figli, di queste 13 sono gestite da centri che fanno parte del Coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna.

Ogni anno il Coordinamento produce un monitoraggio, finanziato dalla Regione, sugli accessi a centri e case rifugio: nel 2014 sono state 187 le donne accolte in case rifugio del Coordinamento, insieme a loro c'erano anche 205 bambini.

In questo contesto culturale è nato nel Settembre 2014, dalla volontà degli operatori del Dipartimento d'Emergenza Urgenza della provincia di Ferrara, un "[manuale per contrastare la violenza verso le donne](#)", utile strumento operativo per le professioni di aiuto per la corretta presa in carico delle donne vittime di violenza di genere.

### **3.1.1 LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE**

Le linee di indirizzo per l'accoglienza delle donne vittime di violenza sono state elaborate nel 2013<sup>40</sup> da un gruppo di coordinamento formato dai rappresentanti delle ausl, degli enti locali e del terzo settore.

---

<sup>39</sup> Testo aggiornato al 24 luglio 2013 L.R. 12 marzo 2003, n. 2. Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Disponibile sul sito [http://www.camera.it/temiap/temi17/legge\\_regionale\\_emilia\\_2\\_2003.pdf](http://www.camera.it/temiap/temi17/legge_regionale_emilia_2_2003.pdf) , consultato a Novembre 2016.

<sup>40</sup> <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/contrasto-alla-violenza-di-genero/temi/le-linee-di-indirizzo-regionali-per-laccoglienza-delle-donne-vittime-di-violenza>, consultato a Novembre 2016.

Sono uno strumento per gli operatori e i cittadini per conoscere i servizi e le modalità di intervento della rete contro la violenza, definiscono le azioni e le funzioni da attivare e gli specifici ambiti di responsabilità operativa.

Rappresentano una cornice di riferimento per i soggetti che intervengono a tutela e/o in aiuto di una donna vittima di violenza, nonché uno strumento per conoscere servizi e modalità di intervento dei partner della rete.

Le finalità:

1. Richiedono di individuare un referente e/o un'équipe di professionisti di riferimento della rete per l'accoglienza di vittime di violenza di genere.
2. Promuovono un approccio culturale più ampio e completo ai temi della violenza di genere.
3. Chiedono anche la realizzazione, in forma integrata, di attività e azioni per prevenire culturalmente e socialmente le cause della violenza contro le donne.

Nel 2014 la Regione ha messo a disposizione in Fondo regionale di 500 mila euro per l'applicazione delle Linee Guida<sup>41</sup>, il sostegno della rete e la formazione degli operatori. Sempre nel 2014 è stato ripartito il Fondo nazionale destinato al contrasto della violenza di genere: all'Emilia Romagna sono stati assegnati 1,2 milioni di euro per interventi di assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, per finanziare i Centri antiviolenza e le case rifugio e crearne di nuove<sup>42</sup>.

A completamento della rete di contrasto alla violenza maschile sulle donne, la Regione promuove progetti sperimentali per il trattamento dei comportamenti violenti: nel 2012 ha dato vita in collaborazione con l'Ausl di Modena "Liberi dalla violenza"<sup>43</sup>, il primo centro pubblico ad essere stato istituito in Italia per il recupero degli uomini maltrattanti.

---

<sup>41</sup> <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida>, consultato a Novembre 2016.

<sup>42</sup> <http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/contrasto-alla-violenza-di-genere-1>, consultato a Novembre 2016.

<sup>43</sup> <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7775>, consultato a Novembre 2016.

### **3.1.2 VIOLENZA DI GENERE. RACCOMANDAZIONI PER LA VALUTAZIONE CLINICA E MEDICO-LEGALE, REGIONE EMILIA ROMAGNA OTTOBRE 2016.**

Con la delibera di Giunta Regionale n. 1677 del 18 novembre 2013, la Regione Emilia-Romagna ha adottato le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso. La Regione Emilia-Romagna, in attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee stesse per la formazione specifica dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, propone, nell'ottobre 2016, grazie alla collaborazione di professionisti esperti, le **Raccomandazioni per la Valutazione Clinica e Medico Legale nell'ambito della Violenza di Genere**<sup>44</sup>, una collana di quaderni di cui questo è il primo numero. L'auspicio è che il presente lavoro possa dare un contributo significativo per accompagnare un processo storico-culturale che, a partire dalle linee di indirizzo regionali, assicuri appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità stabili di confronto e raccordo interistituzionale.

La donna che ha subito violenza può presentarsi ai diversi nodi della rete sanitaria (medico medicina generale, medico di continuità assistenziale, Pronto Soccorso, consultorio ecc.) con una molteplicità di sintomi e segni non sempre inquadrabile in una sequela lesiva ben definita. Quando si sospetta una situazione di violenza di genere nelle relazioni d'intimità, l'intervento sanitario deve poter dare voce alla donna nell'interezza del suo racconto. Alcuni sintomi e segni sono facilmente identificabili altri, invece, meno evidenti, vengono riconosciuti soltanto se, con cura e competenza, si valuta l'ipotesi della violenza nella vita della donna. Il ruolo degli operatori è quello di identificare e valutare la violenza di genere e gli effetti sulla salute della donna e di assisterla affinché ottenga tutto l'aiuto necessario per contrastarne gli effetti).

Diventa essenziale quindi inserire all'interno dei diversi setting clinici domande di routine capaci di far emergere il fenomeno, quando non direttamente raccontato dalla donna stessa (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per

---

<sup>44</sup> La redazione del quaderno è stata curata da **Maria Stella D'Andrea**, medico legale, criminologo clinico, U.O.C. Medicina Legale, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e da **Rosa Maria Gaudio**, medico legale, ricercatore, Dipartimento Provinciale Strutturale di Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria - Arcispedale Sant'Anna, Università degli Studi di Ferrara

l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013). Suddette Raccomandazioni rappresentano un valido strumento di aiuto a tutti gli operatori che, nell'ambito della propria attività sanitaria, possono venire a contatto con donne vittime di violenza di genere.

### **3.2. VENETO: INTERVENTI REGIONALI PER PREVENIRE E CONTRASTARE LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE (Legge regionale n. 5 del 23 Aprile 2013).**

Il Veneto, che rimaneva una delle ultime Regioni a non averla, ha approvato la *Legge regionale n. 5* contro la violenza sulle donne il 23 Aprile 2013.

Un traguardo importantissimo fortemente voluto dai Centri antiviolenza, che hanno supportato e seguito con attenzione il dibattito in Commissione, partecipando attivamente alla stesura della Proposta.

Il Veneto infatti, per quanto riguarda le vittime di violenza, con il 34,3% delle donne che hanno subito violenza almeno una volta nella vita, è al di sopra della media nazionale del 31,2%.

*"Questa è una legge importantissima e assolutamente necessaria per contrastare con maggiore intensità il triste fenomeno della violenza di genere e domestica, una piaga sociale che sarebbe opportuno ostacolare anche attraverso il recupero dei valori della famiglia, spesso dimenticati"*. Queste le parole della consigliera regionale Arianna Lazzarini <sup>45</sup> sul progetto di legge relativo a "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne".

La nuova legge riconosce l'importanza dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio e di accoglienza come luoghi dedicati alle donne che vivono situazioni di violenza, finanziando le loro attività.

Inoltre promuove la creazione di una Rete territoriale dei servizi che si occupano di sostenere le donne vittime di violenza anche e soprattutto attraverso accordi tra servizi pubblici e privato sociale. Come organo di garanzia e promozione di politiche, volte alla protezione e al sostegno delle donne, vi è un Tavolo di coordinamento regionale per la prevenzione ed il contrasto della violenza sulle donne di cui fanno parte enti territoriali e istituzioni.

---

<sup>45</sup> <http://www.padova24ore.it/cronaca/6895-anche-il-veneto-approva-una-legge-contro-la-violenza-sulle-donne.html>, consultato a Novembre 2016

A sostegno dell'approvazione della Legge regionale il Centro Veneto Progetti Donna aveva lanciato una petizione che ha raccolto più di 2500 firme in tutta la provincia di Padova.

La legge è costituita da 15 articoli; dai primi due articoli si evincono le finalità e gli interventi che la Regione vuol mettere in atto.

Nell'art.1 della legge regionale n.5 del 2013 si esplicitano i principi e le finalità<sup>46</sup>:

- 1.** La Regione del Veneto, in coerenza con i principi costituzionali, le leggi vigenti, le risoluzioni dell'Organizzazione delle nazioni unite (ONU) e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), le risoluzioni e i programmi dell'Unione europea, riconosce che ogni forma di violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla dignità, alla libertà, alla sicurezza e all'integrità fisica e psichica della persona e ne afferma, altresì, la natura strutturale in quanto basata sul genere e sottolinea come le donne, anche quelle di minore età, siano spesso esposte a gravi forme di violenza, che costituiscono grave violazione dei diritti umani oltre che principale ostacolo al raggiungimento della parità tra i sessi.
- 2.** Promuove nei confronti delle donne vittime di violenza interventi di sostegno volti a consentire di ripristinare la propria inviolabilità e di riconquistare la propria libertà, nel pieno rispetto della riservatezza e dell'anonimato.
- 3.** Ai fini di cui ai commi 1 e 2 e per assicurare la necessaria tutela e il recupero di una condizione di vita normale, la Regione, in collaborazione con gli enti locali, le istituzioni, le associazioni e le organizzazioni che abbiano tra i loro scopi prioritari la lotta e la prevenzione alla violenza contro le donne e i minori ed abbiano sviluppato esperienza e competenze specifiche, promuove e favorisce l'attivazione di centri antiviolenza, di case rifugio e di case di secondo livello per donne vittime di violenza e loro figlie e figli minori.

Nell'art.2 della stessa legge si fa riferimento agli interventi che la Regione promuove, quali:

- a) la realizzazione e il miglioramento strutturale di centri antiviolenza, di case rifugio e di case di secondo livello destinate ad ospitare le donne e loro figlie e figli minori vittime di violenza, persecuzione e maltrattamenti, da parte di enti locali singoli o associati, in eventuale partenariato o convenzione con

---

<sup>46</sup> Bur n. 37 del 26/04/2013

soggetti privati senza finalità di lucro, che perseguono le finalità di cui alla presente legge e di associazioni e organizzazioni operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza;

- b) attività di sostegno agli enti locali e alle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) per la creazione, l'implementazione e la gestione di strutture e servizi di supporto alle donne vittime di violenza;
- c) l'individuazione di strumenti e strategie interistituzionali atti a garantire il necessario coordinamento e le sinergie fra gli enti pubblici e fra questi e gli organismi sociali delle comunità locali, in particolar modo attraverso il coinvolgimento degli enti locali, delle forze dell'ordine, delle prefetture, del sistema sanitario regionale, della magistratura;
- d) la formazione delle operatrici e degli operatori che, nei diversi ambiti istituzionali, svolgono attività connesse alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne e al sostegno delle vittime;
- e) la realizzazione di attività di prevenzione, monitoraggio e studio dei fenomeni e la individuazione di proposte per mettere in atto misure efficaci di contrasto nonché di specifiche attività di carattere informativo, culturale, educativo e formativo da svolgere in collaborazione con le istituzioni scolastiche e universitarie e di ricerca, gli enti locali, e i soggetti pubblici e privati senza finalità di lucro, che perseguono le finalità di cui alla presente legge, per prevenire e contrastare la violenza contro le donne attraverso l'educazione alla pari dignità delle persone e alla legalità.

I restanti articoli definiscono e regolamentano i Centri Antiviolenza (art.3), le Case Rifugio (art.4), le Case di 2° livello per donne vittime di violenza (art.5), la Gratuità(art.6), e Disposizioni attuative (art.7), il Tavolo di ordinamento regionale per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne (art.8), i Rapporti con le strutture pubbliche (art.9), la Relazione e monitoraggio (art.10), le Convenzioni (art.11), i Contributi regionali (art.12), l'Istituzione del Fondo regionale per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne (art.13), la Norma finanziaria (art.14) e per finire le Abrogazioni (art.15).

Concludendo la legge regionale veneta è una legge innovativa ed efficace, ma ciò ha senso solo se si prevede che il tema della violenza diventi una priorità dell'agenda politica della regione, con tutte le misure necessarie per la creazione

di un "sistema" di interventi efficaci; in quest'ottica la legge non deve rappresentare una mera enunciazione di principi, bensì una garanzia di attuazione.

Un' altro importante provvedimento posto in essere dalla regione veneto è stato "*Interventi in materia di contrasto della violenza contro le donne. Riparto dei fondi statali di cui al DPCM 24 luglio 2014*"<sup>47</sup>, con il quale vengono ripartite le risorse riguardanti il "Fondo per le Politiche relative ai diritti e alle Pari opportunità 2013-2014" assegnate al Veneto con DCPM 24 Luglio 2014 per potenziare l'assistenza e il sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli. Alla Regione Veneto sono stati assegnati complessivamente € 1.440.506,29 secondo i criteri di seguito indicati:

- a) Istituzione di nuovi centri antiviolenza e di nuove case rifugio: 33% dell'importo complessivo stanziato. Per il Veneto l'ammontare dei fondi stanziati è pari a € 692.974,09;
- b) Finanziamento aggiuntivo degli interventi regionali già operativi volti ad attuare azioni di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, sulla base della programmazione regionale. Al Veneto sono stati assegnati € 641.868,16;
- c) Finanziamento dei centri antiviolenza pubblici e privati già esistenti in ogni regione: per il Veneto pari a € 58.622,81;
- d) Finanziamento delle case rifugio pubbliche e private già esistenti in ogni regione: per il Veneto pari a € 47.041,23.

Infine si vuole ricordare che prima dell'entrata in vigore della Legge n.5 del 2013, la Regione Veneto ha dimostrato la sua sensibilità in tema di "violenza nei confronti delle donne" già nel 2010 con la realizzazione e pubblicazione di un manuale per operatori intitolato "*Individuare la Violenza Domestica*"<sup>48</sup>.

Il Progetto è stato promosso e finanziato dalla Regione Veneto, Assessorato alle Politiche di Bilancio, Diritti Umani e Pari Opportunità.

---

<sup>47</sup>Bur n.105 del 31 ottobre 2014 disponibile sul sito <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=284035>, consultato a Novembre 2016.

<sup>48</sup>Il Manuale è disponibile sul sito [https://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=bfa62934-3cf2-45b1-8d8a-203cb42215fd&groupId=10785](https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=bfa62934-3cf2-45b1-8d8a-203cb42215fd&groupId=10785), consultato a Novembre 2016.

Si riportano di seguito alcuni articoli importanti che mettono in evidenza l'impegno della Regione Veneto e dello Stato in merito al tema della Violenza sulle donne, in tutte le sue forme.

*"Violenza sessuale e di genere: nuovo incontro della cabina di regia".*

*Si è riunita oggi nella Sala Verde di Palazzo Chigi la Cabina di regia interistituzionale del Piano straordinario di azione contro la violenza sessuale e di genere, per fare il punto sulle attività di contrasto alla violenza sulle donne. Nel corso della riunione è stata condivisa da tutti la volontà di attivare una linea di azione mirata al recupero e alla rieducazione degli autori di reato attraverso il potenziamento e il sostentamento di servizi dedicati agli uomini maltrattanti. La Ministra Maria Elena Boschi ha ricordato che nella legge di stabilità sono previsti 60 milioni da destinare al contrasto della violenza sulle donne attraverso il potenziamento dei centri antiviolenza, al piano contro la tratta degli essere umani e all'implementazione dell'occupazione delle donne attraverso gli incentivi all'imprenditoria femminile.*

*(Ultimo aggiornamento: martedì 22 Novembre consultabile sul sito <http://www.pariopportunita.gov.it/>)*

Violenza donne: Presidente Zaia: "veneto ai primi posti per finanziamento centri antiviolenza – primato di civiltà da difendere"

**(Comunicato stampa n. 1099 del 09/08/2016 Venezia, 9 agosto 2016)**

"Il Veneto non intende rinunciare ad uno dei suoi primati di civiltà: offrire alle donne vittime di violenza e aggressioni, una opportunità concreta di salvezza e cambiamento. Siamo la seconda regione in Italia, dopo il Piemonte, per finanziamento medio alle strutture che operano in aiuto e a tutela delle donne vittime di violenza. E non vogliamo che la rete delle 42 strutture che lo scorso anno ha ascoltato 6 mila donne, accolto con colloqui e percorsi 2 mila e ospitato un centinaio in case protette debba rinunciare, per mancanza di mezzi, a svolgere il proprio prezioso lavoro".

Così il presidente del Veneto Luca Zaia sottolinea il valore dell'"anticipo di finanziamento" che la Regione intende 'staccare' a favore dei centri antiviolenza. "Ai detrattori che continuano a sostenere che il Veneto ha tagliato i fondi ai centri antiviolenza, conclude Zaia, rispondo con i numeri (400 mila euro del bilancio regionale impegnati dal 2016 al 2018 per una rete di strutture che si

è ampliata da 36 a 42 centri) e con i fatti: il Veneto non intende rinunciare ad un primato di civiltà e anticipa in proprio i finanziamenti. In attesa che il Governo, dopo tante parole, si decida a fare la propria parte”.

(Consultabile sul sito [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it))

Di seguito, un articolo di giornale (tratto dal Corriere della Sera del Veneto) riporta un'importante iniziativa avvenuta a Padova il 25 Novembre 2016 in occasione della "Giornata Internazionale contro la violenza sulle donne".

### **“Stanza protetta in caserma per denunciare le violenze”**

**PADOVA:** Uno spazio protetto, accogliente, per sentirsi ascoltate, sostenute, protette. E denunciare senza paura. Adesso c'è. Le donne vittime di violenza, abusi, stalking, persecuzione fisica o psicologica, molestie, avranno nel Veneto, per la prima volta, «una stanza tutta per sé» all'interno di tre caserme dei carabinieri, a Padova, DueVille e Mestre. Luoghi luminosi, caldi, separati dai tradizionali uffici dei carabinieri, realizzati con la consulenza di un'équipe di psicologi e secondo criteri precisi per fare sentire al sicuro le donne vittime di violenza, che verranno accolte e seguite da una squadra di carabinieri esperti formati e specializzati proprio per relazionarsi con chi ha subito abusi di qualsiasi genere. Un modo per prevenire i femminicidi, per intervenire prima che sia troppo tardi, per salvare le donne da omicidi annunciati, convincendole a denunciare in cambio di aiuto e protezione. E a Padova le stanze raddoppiano: una per le donne e un'altra per i bambini.

**L'iniziativa è del Soroptimist Club di Padova**, che in collaborazione con l'arma dei Carabinieri, ha inaugurato ieri nella Giornata Internazionale contro la violenza sulle donne, i due luoghi protetti «Una stanza tutta per sé» al Comando Provinciale dei Carabinieri di via Rismondo a Padova. Uno spazio dedicato alle donne e un altro dedicato ai bambini e ragazzi vittime di violenza.

Un progetto unico nel Veneto, partito in contemporanea con le altre due iniziative simili, nelle caserme dei carabinieri di Mestre (attiva da un paio di mesi) e di DueVille (Vicenza). «Abbiamo fortemente voluto questi spazi protetti, spiega Antonella Agnello presidente Soroptimist Club Padova, perché i dati ci dicono che solo una parte delle donne che hanno subito violenza denuncia, dall'11 al 30 per cento. Il motivo è che non si fida. Non pensa di trovare il giusto ascolto e la necessaria protezione da parte delle forze dell'ordine. Ma oggi le cose sono

cambiate, i carabinieri hanno squadre speciali preparate proprio per questa emergenza. Era giusto perciò che ci fossero anche spazi adeguati, protetti, accoglienti». Nel Comando dei carabinieri di Padova, la stanza pronta ad accogliere le donne finite nell'inferno della violenza (non solo botte, ma anche violenza psicologica e economica, stalking, minacce e persecuzione web), è un bel luogo luminoso, ovattato, con tante piante verdi.

**E un tavolo trasparente, per non creare distanza** tra la donna che racconta e i carabinieri che raccolgono la sua testimonianza. La stanza per i bambini invece, è colorata, piena di giochi, un luogo dove conoscersi, socializzare, giocare. E solo dopo raccontare la violenza. Il nome «Una stanza tutta per se'», evoca il famoso saggio di Virginia Woolf del 1929, che s'intitolava proprio così, per rivendicare un luogo speciale in cui la voce delle donne diventasse importante. E ascoltata. Questi luoghi speciali per le vittime di violenza esistono anche nel Veneto, nelle caserme dei carabinieri di Padova, Dueville e Mestre. All'inaugurazione nella Caserma dei Carabinieri di Padova, ieri tutta l'arma era schierata al gran completo. In prima linea per contrastare in modo efficace ogni forma di violenza: c'era il Comandante dei Carabinieri del Veneto generale Lagala, quello Provinciale colonnello Iasson, il procuratore Valeria Sanzari, la presidente Soroptimist Antonella Agnello, la vicepresidente nazionale Carla Zanfrà, il prefetto di Padova Patrizia Impresa, il questore Bernabei, il commissario prefettizio Michele Penta. E la stanza di Padova è stata utilizzata immediatamente: alla fine dell'inaugurazione, una donna ha chiesto aiuto. Subito è scattata la task-force dei carabinieri.

### **"UNA STANZA TUTTA PER SE"**





### ***ACCOGLIENZA E GESTIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE “NEI PRONTO SOCCORSO DELL’AZIENDA OSPEDALIERA DI CONA(FE) E PRONTO SOCCORSO DELL’AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA.***

#### **4.1 UN PERCORSO CONDIVISO TRA IL PS DELL’AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA E I SERVIZI SUL TERRITORIO.**

Il comune di Padova, che già nel 2006 ha attivato gli sportelli “Sportello Donna” e il “Centro Donna del Mondo” per fornire l’ascolto, accoglienza, accompagnamento alle donne in difficoltà, è diventato capofila di una grande rete di Istituzioni e Associazioni unite in un progetto per contrastare la violenza sulle donne. Un progetto che ha ottenuto un’importante riconoscimento dal Dipartimento Nazionale delle Pari Opportunità che si pone come obiettivo la promozione, l’attivazione e implementazione di un modello organizzativo di rete per rispondere adeguatamente alle esigenze di accoglienza, tutela, protezione, sostegno, reinserimento sociale ed economico delle donne e dei minori che vivono in una situazione di violenza.

L’Azienda ospedaliera di Padova conta su un impianto di sistema per la gestione dei casi di donne vittime di violenza che si traduce su diversi livelli di intervento. A livello intraistituzionale innanzitutto è in vigore da anni un percorso condiviso tra i diversi servizi per la presa in carico delle donne, che entrano in azienda tramite il pronto soccorso. Quest’ultimo è una delle istituzioni più frequentemente coinvolte dalle persone vittime di violenza in ambito familiare (violenza domestica<sup>49</sup>) e non.

---

<sup>49</sup> Nel 2006 un accordo tra **ISPEL** e **Università degli Studi di Verona** ha istituito una apposita struttura denominata **Osservatorio sulla Violenza Domestica**, incaricata di una costante osservazione e rilevazione del fenomeno della violenza in famiglia.

In tal senso, il P.S rappresenta un luogo privilegiato per l'identificazione della violenza, o meglio delle donne vittime per la prima volta di violenza o per reiterati episodi di violenza. Il P.S gestisce questi casi in stretta collaborazione con il Servizio Sociale Ospedaliero, e questi due servizi, nell'ottica di lavoro di rete, hanno definito il processo di flusso che riguarda l'accesso e la presa in carico delle donne ed individuano i rispettivi compiti e gli ambiti di collaborazione specifica.

La presa in carico delle donne vittime di violenza da parte dell'Azienda si basa su risposte coordinate e integrate sia all'interno dell'Ospedale, sia tra Ospedale e Territorio, in un ottica multidimensionale.

#### **4.2. UN PERCORSO SPECIFICO NEL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA.**

Nel DEA di Padova, almeno 1 donna al giorno accede a causa di una violenza subita, l'analisi della casistica interna del Dipartimento d'Emergenza dell'anno 2013 ha evidenziato che sono circa 400 le donne all'anno che accedono al Servizio dichiarando una violenza, sono per metà italiane senza una differenza significativa come classe sociale; per più della metà si tratta di violenza domestica.

Negli anni 2010-2011 il PS non riusciva a dare risposta esaustiva alle vittime di violenza perché:

- ❖ mancavano le conoscenze del fenomeno
- ❖ mancava protocollo operativo

Di conseguenza ha avuto inizio una formazione specifica di tutto il personale del P.S per migliorare la risposta operativa/assistenziale alle persone vittime di violenza. È stato, dunque, creato all'interno del PS un percorso specifico di accoglienza: già al triage viene eseguita la raccolta dati e viene loro assegnato un acronimo specifico (AV), vengono fatte attendere in un'area protetta (OBI donne), viene loro consegnata una brochure informativa, viene data una priorità relativa: il codice colore d'ingresso è prevalentemente il bianco (75%), nel caso sia necessario, viene attivata la mediazione culturale. Successivamente si accompagna la donna nell'ambulatorio per la Visita Medica; durante la visita viene accertata la violenza, redatto il referto medico, documentate le lesioni e se necessarie, si attivano consulenze specifiche a

seconda dei casi, tipo in caso di violenza sessuale si richiede consulenza nell'Unità di Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche. Inoltre, durante la visita è possibile richiedere la presenza del medico-legale per riconoscimento e documentazione iconografica e raccolta delle prove.

Alla paziente viene successivamente proposto un colloquio con i Servizi Sociali Ospedalieri da eseguire prima della dimissione. Viene sempre valutato il rischio di letalità alla dimissione secondo criteri concordati con i Servizi Sociali ed eventualmente, se sussiste pericolo per la vittima, questa viene trattenuta in OBI per il tempo necessario o ricoverata nel Reparto di competenza. Infine, viene attivato il Posto di POLIZIA del PS per informazioni utili sui fatti e alla dimissione per la denuncia. Per le donne con figli, in particolare nei casi di violenza assistita, viene anche consigliato in un secondo momento l'appoggio presso il Centro specializzato in tal senso.

Per attivare e consolidare questo percorso sono stati eseguiti per tutto il personale dei corsi di formazione che sono stati importanti momenti di crescita di consapevolezza del fenomeno. Tutto ciò ha contribuito a rendere effettivamente operativo il percorso stesso come pure a creare nuove mentalità da parte degli operatori che, in una realtà lavorativa non favorente, si sono rilevati capaci di accogliere, non giudicare, accompagnare, assistere e credere nella possibilità di riuscita. I primi risultati sono stati promettenti e hanno dato molta fiducia: nel 2011(prima dei corsi di formazione) solo 6 donne avevano intrapreso un percorso mentre nel 2014(dopo i corsi di formazione) più di 100 donne hanno intrapreso un percorso di uscita dalla violenza<sup>50</sup>.

Attualmente, il protocollo, (elaborato dal Medico di P.S Dott.ressa Mezzocolli Ilenia) per "l'accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza di genere" e in fase di valutazione. In attesa che il protocollo venga approvato, il percorso attualmente previsto e che viene utilizzato come guida per gli operatori sanitari del P.S Centrale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, è costituito dalle fasi di riportate nel paragrafo successivo.

---

<sup>50</sup> Mezzocolli I et al. "La violenza sulle donne: il percorso specifico nel DEA dell'Azienda Ospedaliera di Padova", abstract presentato al Congresso Nazionale Triage, Riccione 2013, disponibile sul sito <http://www.istruzioneveneto.it/ECR/wp-content/uploads/2015/06/volumeok.pdf>, consultato a Novembre 2016.

#### **4.2.1 ACCOGLIENZA.**

Quando in PS centrale giunge una donna che dichiara di essere stata vittima di violenza, questa verrà accolta dall'infermiere del triage:

- ❖ Al Triage sarà assegnato il codice colore secondo le modalità standard, ma nel motivo d'ingresso deve essere sempre segnalato Violenza e, per i pazienti non critici, l'Area AV;
- ❖ Se la paziente lo richiede, le informazioni possono essere raccolte nel rispetto della Privacy all'interno dell'Area Rossa;
- ❖ L'infermiere che registra la paziente consegna il foglio di triage direttamente al medico che lo prenderà in carico;
- ❖ L'attesa della paziente avviene nella **sala d'attesa interna** del PS o in Osservazione Breve a seconda della necessità (in particolare se è possibile che l'aggressore sia assieme alla paziente)
- ❖ Se si tratta di una paziente Extracomunitaria o di altro paese Europeo è disponibile l'attivazione del Mediatore Culturale (lun-ven dalle ore 8,30 alle 17,30 n interno 8137, altrimenti si contatta il numero 3351003476).

#### **4.2.2 VISITA MEDICA.**

L'infermiere del triage, dopo aver effettuato l'accoglienza, accompagna la paziente nell'ambulatorio dedicato dove il medico effettuerà la visita medica. Durante la visita occorrerà:

- ❖ Riportare il racconto delle circostanze e delle modalità dell'aggressione, specificando se l'aggressore è una persona nota, se possibile il grado di parentela, se si è trattato di aggressione di una o più persone e se sono state usate armi anche improprie (bastone etc..)
- ❖ Se la vittima è minorenne, è importante identificare gli accompagnatori
- ❖ Specificare se il racconto è fornito dalla donna o da chi l'accompagna
- ❖ Descrivere le lesioni (eventuale esecuzione di foto delle lesioni se necessario con consulenza del medico-legale)
- ❖ Proporre alla paziente eventuale colloquio con i Servi Sociali Ospedalieri per il percorso di uscita dalla violenza
- ❖ Nel caso in cui la paziente dichiari la violenza durante la visita medica cambiare l'area di triage in AV

- ❖ È utile verificare se la paziente ha già accessi precedenti per traumi o violenze

#### **4.2.3 ACQUISIZIONE DI ELEMENTI DI PROVA PER LE INDAGINI GIUDIZIARIE.**

Durante la visita medica il medico di pronto soccorso spiegherà alla vittima l'importanza delle fasi che si susseguiranno, e la valenza che potranno assumere gli elementi di prova, eventualmente raccolti, nel caso in cui la paziente decida di fare querela ; inoltre, in questa fase il medico provvederà a far firmare alla paziente il consenso informato, prima di effettuare l'esame obiettivo e prelevare eventuali campioni di materiale biologico.

Va prontamente attivato il Consulente Medico Legale al n. breve interno 97058 o in alternativa la Polizia Scientifica; nel frattempo:

- Far spogliare la vittima su lenzuolo pulito per raccogliere gli indumenti;
- Prelevare indumenti utili, farli asciugare su un lenzuolo pulito e conservarli in sacchetti di carta;
- Per la raccolta di materiale biologico far firmare il consenso alla paziente;
- Per la violenza sessuale tali procedure sono a carico del ginecologo.

#### **4.2.4 CONSULENZE SPECIALISTICHE.**

In caso di violenza sessuale:

- ❖ Consulenza ginecologica (presso l'ambulatorio di l'Accettazione Urgenze Ginecologico-Ostetriche al numero interno 3462) per la raccolta dei reperti e dell'obiettività specialistica (a carico del collega ginecologo) nonché per la contraccezione d'emergenza se richiesta;
- ❖ Si raccomanda di inviare la paziente entro 72 ore dall'evento;
- ❖ Consulenza infettivologica per screening malattie sessualmente trasmesse ed eventuale profilassi HIV;
- ❖ Si ricorda di avvisare telefonicamente i colleghi interessati prima di inviare in consulenza la paziente e di mettere la documentazione in busta chiusa.

Per tutti I casi di violenza

- Eventuale Consulenza Medico-Legale in caso di lesioni incongruenti con la dinamica dichiarata e per eventuale documentazione iconografica (reperibilità h24 al numero interno 97058) e per eventuali esami tossicologici (tossicologia forense)
- Consulenza Servizi Sociali Ospedalieri (telefono interno 8805 e3121 ,dal lunedì al venerdì dalle 8-16) per le donne che desiderino intraprendere il percorso di uscita dalla violenza e/o in cui si renda necessario valutare la dimissibilità della paziente in termini di sicurezza. Il colloquio può essere eseguito il giorno stesso o concordato telefonicamente per un momento successivo con i Servizi Sociali Ospedalieri.

### **Per le pazienti che accedono in Pronto Soccorso di notte e nel week end**

Valutare i criteri di dimissibilità secondo la scheda allegata(tratta dal S.A.R.A.) e in relazione al fatto che la paziente abbia qualcuno che si possa prendere cura di lei alla dimissione:

- ❖ Se presenti più di un fattore di rischio o la paziente è completamente sola viene trattenuta in OBI per il tempo necessario
- ❖ Se non presenti evidenti fattori di rischio e la paziente può essere dimessa in modo protetto, la paziente può ritornare in PS il giorno successivo o il primo giorno disponibile verso le ore 10 per la valutazione con i Servizi Sociali Ospedalieri.

### **La comunicazione ai Servizi Sociali dell'arrivo della paziente viene fatta via fax al numero 3364 con apposita modulistica.**

- Nel caso in cui la donna necessitasse di essere trattenuta in OBI in relazione al rischio di letalità e portasse con se bimbi piccoli non altrimenti collocabili, dopo aver verificato la possibilità di affidare i bimbi a persone della famiglia o persone di fiducia della paziente, è possibile contattare nelle ore diurne il medico di PS referente (Dr.ssa Ilenia Mezzocolli) per valutare ulteriori strategie
- L'Unità di crisi per la diagnostica del bambino maltrattato: la valutazione può essere eseguita o consigliata alla paziente consegnando l'opuscolo informativo di reparto (senza caratteri d'urgenza) o di attività dei Servizi

Sociali Ospedalieri con maggiore urgenza qualora dalla loro valutazione se ne evidenziasse la necessità.

#### **4.2.5 DIMISSIONE.**

Prima della dimissione, il medico di ps dovrà:

- Formulare sempre la Prognosi;
- Eseguire Denuncia all’Autorità Giudiziaria (se si configura reato perseguibile d’ufficio); questa va consegnata direttamente al Posto di Polizia: due copie vanno trattenute in cartella di cui una firmata per ricevuta dalla Polizia. Di notte, invece, la copia va depositata nell’apposita rastrelliera del triage; va sempre segnalata la sua esecuzione nel Verbale;
- Far presente alla paziente che è possibile eseguire la denuncia presso il Posto Di Polizia del Pronto Soccorso nei giorni martedì e venerdì mattina ore 10-12. In caso di reato di violenza sessuale la donna avrà sei mesi di tempo per decidere se fare querela;
- In caso di episodi ripetuti, consigliare alla paziente di eseguire la denuncia sempre nella stessa sede;
- Oltre al Referto consegnare: foglietto informativo di Reparto, eventuale copia del fax inviato ai servizi sociali con il recapito telefonico della paziente;
- Ricordarsi di mettere copia del Referto nella cassetta della posta in ambulatorio chirurgico;
- Le pazienti che accedono in PS per violenza non sono sottoposte al pagamento del ticket neppure per l’eventuale secondo accesso per eseguire il colloquio con i Servizi Sociali Ospedalieri.

#### **4.2.6 SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL POTENZIALE DI LETALITÀ**

Prima della dimissione occorrerà valutare:

La presenza di più di uno dei seguenti fattori è indice di altro rischio di letalità (tratto dai S.A.R.A<sup>51</sup>):

- la donna teme per la propria vita
- episodi di violenza avvengono anche fuori casa

---

<sup>51</sup> Con il termine **SARA** si intende ‘**Spousal Assault Risk Assessment**’, cioè la valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza interpersonale fra partners. Si tratta di una metodica messa a punto in Canada da un gruppo di esperti per individuare se e quanto un uomo che ha agito violenza nei confronti della propria partner (moglie, fidanzata, convivente) o ex-partner è a rischio nel breve o nel lungo termine di usare nuovamente violenza, disponibile sul sito [http://www.sara-cesvis.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=67&Itemid=85](http://www.sara-cesvis.org/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=85), consultato a Novembre 2016.

- L'aggressore è violento anche nei confronti dei figli
- L'aggressore è stato violento durante la gravidanza
- La vittima ha subito violenza sessuale
- L'aggressore minaccia di morte i figli, la vittima e anche i parenti,
- L'aggressore minaccia di suicidarsi
- Escalation nel tempo della frequenza e la gravità degli episodi
- Abuso di droghe e alcool da parte dell'aggressore
- L'aggressore è a conoscenza che la paziente ha cercato aiuto esterno e/o ha intenzione di lasciarlo
- La vittima è molestata e pedinata dall'aggressore (vittima di stalking)
- Lesioni gravi in passato
- Presenza di armi in casa

Dunque, se **non evidente rischio**, si invia in tempi brevi ai Servizi Sociali; se **dubbio rischio** si trattiene la paziente in OBI fino all'affido ai Servizi Sociali; se **evidente rischio** attivare le Forze dell'Ordine in PS.

#### **4.2.7 CIRCOSTANZE IN CUI SI PROSPETTA L'IPOTESI DI REATO PROCEDIBILE D'UFFICIO**

- ❖ Tentato omicidio (art 589 cp)
- ❖ Lesione personale dolosa che determini una malattia di durata superiore a 20gg(**lesione personale lieve, grave e gravissima**) o con prognosi inferiore a 20gg qualora la lesione sia stata provocata da armi da fuoco o da taglio o da sostanze corrosive (art 585 cp)
- ❖ Maltrattamenti in famiglia (art 572 cp)
- ❖ Violenza sessuale nei confronti di minori di anni 18 (art 609 bis cp)
- ❖ Violenza sessuale di gruppo (art 609 octies cp)
- ❖ Sequestro di persona( ex art.605 cp)
- ❖ Prostituzione di persona minore di anni 18 (art 600 bis cp)
- ❖ Stalking o atti persecutori su minore(su persona maggiorenne è prevista la perseguibilità d'ufficio solo se sussistono specifiche aggravanti) (Legge 38/2009 e art 612 bis cp.)

In caso di dubbio su queste o altre ipotesi delittuose richiedere la consulenza Medico-Legale (reperibile h24 al 97058).

#### **4.2.8 SCHEDA CLINICA -AV- PER MINORI OLTRE 13 ANNI E PER ADULTI IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE, SOSPETTA O DICHIARATA, DA COMPILARE IN AMBULATORIO DI ACCETTAZIONE URGENZE GINECOLOGICHE E OSTETRICHE.**

Nell'ambito dell'ambulatorio Urgenze Ginecologiche e Ostetriche giungono all'attenzione del personale medico e ostetrico/infermieristico, al 90% sottoforma di consulenze dal PS centrale, donne che affermano di aver subito violenza sessuale o anche donne che non l'hanno dichiarato ma che hanno suscitato nel personale sanitario di accoglienza il sospetto di violenza sessuale.

Per poter comprendere come avviene la gestione delle vittime di violenza sessuale in suddetto ambulatorio, occorre prima che io specifichi la sua organizzazione intern. Recentemente, nel mese di ottobre, vi è stata l'unificazione delle due sale parto: sala parto divisione dell'U. O di Ostetricia e Ginecologia , il cui Direttore è Maria Teresa Gervasi, e la sala parto della Clinica Ostetrica Ginecologica Universitaria diretta dal Professore Nardelli.

Tutto il blocco parto, compreso l'ambulatorio Accettazione Ginecologica e Ostetrica è stato unificato sotto un unico codice di riconoscimento e con il nome di "Piastra Ostetrica"; di conseguenza è stato accorpato tutto il personale medico, infermieristico ed ostetrico che vi lavora all'interno. La guardia delle 24 ore in suddetto ambulatorio viene tenuta a giorni alterni sia da medici specializzandi della Clinica Ostetrica Ginecologica, sia da medici dell'U. O Ostetrica e Ginecologia. Purtroppo, però, per quanto riguarda la gestione delle donne vittime di violenza sessuale , in riferimento alle modalità di raccolta di elementi di prova per eventuali indagini giudiziarie ,non vi è una procedura condivisa fra i medici. Di conseguenza , non è previsto un "kit per violenza sessuale",e la raccolta di elementi di prova è sempre lasciata a discrezione del ginecologo. Inoltre, ho potuto notare che le modalità con cui vengono effettuati i prelievi dei campioni di materiale biologico e la conservazione degli stessi sono in contrasto con quanto richiesto e insegnato, invece, dalla medicina legale ,corretta procedura di repertamento che un Ostetrica Legale Forense conosce bene grazie al percorso formativo intrapreso.

Con molto rammarico si è notato che nell'ambito della raccolta dei reperti e dell'esame obiettivo SPECIALISTICO in caso di violenza sessuale si presentano notevoli discrepanze nelle modalità di raccolta a seconda che, di accettazione,vi sia un medico della clinica o un medico della divisione.

Difatti, nel caso in cui giunga in Accettazione una donna con sospetta o dichiarata violenza sessuale, se vi è di accettazione un medico della clinica questi provvederà a redigere un referto su carta intestata comprendente l'anamnesi prossima, la descrizione breve del racconto della vittima, l'esame obiettivo dei genitali esterni ed eventuali elementi di prova raccolti, **SENZA SEGUIRE UNA PROCEDURA**, menzionando in forma scritta di aver ottenuto il Consenso Informato ma non facendolo sottoscrivere dalla vittima e non allegandolo al referto.

In merito, il percorso DEA del P.S, specifico per la gestione dei casi di violenza di genere sulle donne, chiarisce che il compito della repertazione e raccolta di materiale biologico, in caso di violenza sessuale, spetta al ginecologo (non è necessario che si un medico a raccogliere le prove o ad eseguire un esame fisico della vittima, in quanto non è richiesta diagnosi né prescrizione di farmaci, ma è sufficiente che vi sia personale ostetrico adeguatamente formato, meglio ancora se un ostetrica forense).

Se invece, la vittima è accolta da un medico della Divisione ostetrica, allora questi provvederà all'anamnesi prossima della donna e, solo successivamente, previo consenso informato, procederà alla compilazione della "SCHEDE CLINICA -AV- PER MINORI OLTRE I 13 ANNI E PER ADULTI .AMBULATORIO DI ACCETTAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA".

Secondo quanto previsto dalla percorso specifico del P.S, (e solitamente avviene esattamente così) prima che la donna con sospetta o dichiarata violenza sessuale giunga all'attenzione del ginecologo, il medico di P.S che ha accolto la donna avvisa telefonicamente il collega di guardia in ambulatorio Ostetrico Ginecologico e provvede a inviare il foglio dea di consulenza in apposita busta bianca per garantire la privacy.

La vittima, giunta in ambulatorio Accettazione Ginecologica e Ostetrica, viene prontamente accolta dall'Ostetrica e dal Medico in turno e fatta accomodare in ambulatorio (può accadere, in concomitanza con altre urgenze, che la vittima debba sostare nella saletta d'attesa o in OBI per un tempo massimo di 15 minuti). Durante l'anamnesi, se il MDG è della Divisione Ostetrica, verrà utilizzata la Scheda AV, che permette di ottenere un anamnesi prossima dettagliata; il referto del Ginecologo, in ogni caso, costituirà parte integrante della documentazione sanitaria del Pronto Soccorso di riferimento e della Cartella Clinica della paziente (in caso di ricovero).

La scheda è così composta:

- data e ora in cui la donna si presenta alla visita;
- nome del medico ginecologo;
- generalità della donna e dei suoi accompagnatori;
- particolare attenzione all'ente inviante;
- raccolta delle circostanze e modalità dell'aggressione (data,ora,luogo, e dell'eventuale presenza di testimoni, numero di aggressori ed eventuali notizie sugli stessi, tipo di relazione, conosciuti/sconosciuti, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze, minacce con o senza lesioni fisiche, minacce vere e proprie, sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo, la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente, le sono stati strappati i vestiti, penetrazione vaginale/anale/orale se unica o ripetuta, penetrazione con oggetti, uso di preservativo, avvenuta eiaculazione, manipolazioni genitali);
- cosa è accaduto dal momento dei fatti alla visita attuale (tempo trascorso dalla violenza, se già rivolta ad altre strutture sanitarie e quali farmaci somministrati, eventuali pulizie delle zone lesionate o penetrate, se avvenuta minzione, cambio slip, vomito, cambio di altri indumenti, defecazione, pulizia del cavo orale, se ha assunto farmaci, rapporti sessuali avvenuti prima e dopo l'aggressione);
- descrizione della sintomatologia riferita(cefalea, dolore al voto, dolore al collo o al torace, agli arti, algie pelviche, disturbi genitali e perineali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale,altro);
- descrizione dello stato emotivo (paura, distacco, assenza di reattività emozionale, stordimento, amnesia dissociativa con incapacità di ricordare, persistente rivissuto dell'evento, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, pianto, paure di conseguenze future, sentimenti di orrore e impotenza al momento del trauma, altro);
- esame obiettivo generale (descrizione di lesioni e tracce);
- indicazione sullo schema corporeo di tutte le lesioni riscontrate, specificandone, in particolare, aspetto, forma, colore, dimensione e sede, documentando fotograficamente (se possibile) tutte le lesioni o gli esiti di lesioni riscontrate;
- esame genitale, specificando se eseguito ad occhio nudo o con colposcopio, se eseguite fotografie, descrivendo il tipo di lesioni e dove

riscontrate (descrizione dell'imene, anamnesi ostetrica, visita ginecologica bimanuale, esame speculare, perineo e ano);

- prelievi materiale biologico (indumenti indossati al momento dell'aggressione, se rilevate tracce e inviati alla medicina legale, ricerca di spermatozoi mediante striscio su vetrino ed esecuzione di tamponi di cute, cavo orale, canale anale e cervicale, vagina, vulva-perineo), esecuzione esami tossicologici (urine e sangue) screening MST (programmato o non eseguito, altri esami (test gravidanza e BHCG);
- terapie prescritte (profilassi antibiotica per MST, terapia d'intercezione, profilassi HIV);
- provvedimenti successivi (invio a domicilio o ricovero, collocamento in casa di accoglienza, ha esporto denuncia, intende farlo, denuncia d'ufficio, consegnata o meno copia provvisoria della scheda clinica alla paziente);
- Infine, si esplicita che gli accertamenti e le terapie sono state effettuate previo consenso informato della paziente, compreso test HIV legge 135/1990;
- La paziente rilascia il consenso al trattamento dei dati personali (Legge 196/2003, ex legge 675/1996);
- Firma del medico e della paziente.

#### **4.2.9 IL "KIT PER LA VIOLENZA SESSUALE"**

L'esame fisico e la raccolta di materiale biologico nei casi di violenza sessuale è di competenza del medico, dell'ostetrica e dell'infermiere.

Il loro ruolo in questo processo può essere la chiave del buon esito di una querela e può aiutare la paziente nella ripresa psicologica.

Come si può evincere da quanto sopra descritto, nell'ambulatorio di Accettazione Urgenze Ginecologiche dell'A.O. di Padova non è prevista la presenza del "kit per violenza sessuale", ma la raccolta dei reperti è lasciata a discrezione e improvvisazione dell'equipe di accettazione e quindi il materiale necessario viene predisposto al momento del fatto.

Esistono Kit appositamente preparati per l'esame e la raccolta di prova in caso di violenza sessuale, che dovrebbero essere presenti in tutti gli ambulatori di accettazione urgenze ginecologiche e ostetriche. Il kit deve essere riposto in una scatola chiusa per poter essere trasportato in laboratorio di Medicina Legale, il prima possibile, e deve essere ripristinato in seguito all'uso.

Nel caso in cui non fosse subito possibile, per questioni organizzative, consegnare il kit al laboratorio di medicina legale, occorre prestare attenzione alla modalità di conservazione dei campioni : si dovrebbe prevedere la presenza di un frizer in cui questi andrebbero congelati ad una temperatura di -20°.

A tal proposito, invece, ho visto conservare tamponi con materiale biologico in semplice frigorifero la cui temperatura oscilla tra i 4° e 8°.

È assodato come un modo errato di conservazione dei campioni prelevati possa determinare l'alterazione delle prove, andando a discapito della vittima.

Per prevenire la perdita di peli, fibre o altre prove, i campioni devono essere sigillati in appositi contenitori di cartone, e non di plastica perché la carta a differenza della plastica permette che l'umidità si disperda e non alteri così le prove biologiche raccolte. Invece, fin'ora, si è visto raccogliere materiale in contenitori di plastica, che non favoriscono la fuoriuscita dell'umidità andando così ad alterare il campione. Tutti gli oggetti ancora umidi, infatti, devono essere fatti asciugare, prima dell'imballaggio. Ogni oggetto inviato al laboratorio di medicina legale forense deve essere etichettato con la fonte del campione (vaginale, orale, anale, rettale, cutaneo etc.) con il nome della paziente, la data e le iniziali dell'esaminatore. A tal proposito, non ho mai visto un campione inviato con le iniziali dell'esaminatore.

In merito a quanto descritto, si ritiene doveroso, ricoprendo la scrivente la figura professionale di Ostetrica Legale Forense, proporre e predisporre la presenza di un "kit per violenza sessuale "nell'ambulatorio di Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche nel quale lavoro. Il fine è quello di migliorare il nostro apporto, in quanto siamo operatori sanitari impegnati in prima linea e che per primi veniamo a contatto con donne che subiscono violenza; rafforzare la consapevolezza che il materiale correttamente raccolto costituisce una prova legale a tutti gli effetti e può essere determinante nell'ambito di un procedimento penale, qualora la vittima decida di fare denuncia.

Dunque, credo fortemente che il nostro lavoro in quanto professionisti del campo possa fornire un valido aiuto alle Forze dell'Ordine impegnate attivamente e costantemente nel contrastare la violenza sulle donne.

#### **IL CONTENUTO DEL KIT:**

- **duplice telo** in cotone o carta su cui fare spogliare la vittima
- **lampada scialitica**
- **lente di ingrandimento con fonte luminosa interna**

- **colposcopio**
- **guanti monouso**
- **vetrini smerigliati** (n. 6) per la ricerca di spermatozoi di cui almeno 3 per i prelievi vaginali (fornici ed endocervice) e gli altri per eventuali prelievi da altre sedi (regione anale, orofaringea, cute). Sui vetrini va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per la ricerca di spermatozoi)
- **matita**
- **citofix**
- **tamponi** con terreno di coltura (n. 3):
  - **per Chlamydia** (prelievo endocervicale)
  - **per Gonococco** (prelievo endocervicale)
  - **per Trichomonas** (prelievo vaginale)
- **modulo per la richiesta** (modulistica abituale per ricerca e coltura)
- **tamponi senza terreno di coltura con cotton fioc per tipizzazione del DNA** (n. 5-6) per raccogliere il materiale biologico, come sperma, saliva, sangue o altro. Si impieghi tampone sterile asciutto, su cute ev. tampone bagnato in fisiologica. Sulle provette va indicata la sede del prelievo e va applicata l'etichetta con numero nosografico
- **provette per raccolta di campioni ematici e urina per esami tossicologici**
- **busta con doppia tasca**, per contenere le provette ed i tamponi da inviare ai laboratori di riferimento
- **buste di carta per prelievi di materiale vario** (indumenti, peli, stoffa, etc.)
- **eventuali indumenti usa/getta, se non è possibile reperire un cambio per la donna**
- **frigorifero per conservazione adeguata dei tamponi e campioni prima della consegna ai laboratori, nel più breve tempo possibile**
- **lampada di Wood** (utile per evidenziare macchie da liquidi organici non altrimenti visibili ad occhio nudo su cute, mucose ed indumenti)
- **macchina fotografica digitale**
- **videoregistratore**

#### **4.3 PROCEDURA INTERAZIENDALE PER L'ACCOGLIENZA E LA PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA NEL PRONTO SOCCORSO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CONA (Ferrara).**

Tale procedura, la cui stesura è avvenuta per la prima volta nel 2012 è stata uno degli argomenti del corso biennale (2012-2013) di alta formazione per 50 operatori sanitari, approvato e cofinanziato dal dipartimento delle pari opportunità. inoltre, nel giugno del 2014, la procedura è stata oggetto di una specifica formazione agli operatori del dipartimento d'emergenza urgenza. L'accesso delle pazienti, che hanno subito violenza, alle diverse strutture sanitarie avviene secondo modalità differenti:

- direttamente accompagnate dalle forze dell'ordine o su loro indicazione;
- presentazione spontanea presso una sede ospedaliera della provincia;
- dopo attivazione del sistema di emergenza 118

La bassa frequenza di accadimento (o, comunque di emersione) dei reati di violenza unitamente all'esigenza di mantenere una seppur minima dotazione di strutture e di formazione di operatori coinvolti, ha reso opportuna la centralizzazione, sulla struttura di II livello del pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Cona (Ferrara), delle pazienti che hanno subito tale reato.

La gestione della paziente è garantita dalla centrale operativa 118 a seconda della modalità di attivazione del sistema di emergenza:

1. **attivazione 118**, in tal caso se già mediante l'intervista si può confermare una possibile violenza sessuale o un maltrattamento grave piuttosto che un maltrattamento grave in una donna in gravidanza con parto in atto o meno, la paziente verrà condotta direttamente al PS di Cona con equipaggiamento idoneo a seconda della stabilità clinica della paziente;
2. **presentazione spontanea in un ospedale di provincia**, in tal caso si procederà ad una centralizzazione mediante trasferimento secondario al centro HUB<sup>52</sup>, sempre in caso di violenza sessuale o maltrattamento grave. Prima del trasferimento verrà compilato il referto (che verrà trasmesso poi all'AG dal centro hub) che unitamente alla documentazione sanitaria verrà messo in busta di carta nel rispetto della Privacy e il tutto indirizzato al DEU di II livello con equipaggiamento che effettuerà il trasferimento.

---

<sup>52</sup> Il modello Hub & Spoke prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di eccellenza" e l'organizzazione dell'invio a questi da parte dei centri periferici dei malati che superano la soglia della complessità degli interventi effettuabili a livello periferico., disponibile sul sito <http://www.asmn.re.it/reti-integrate-hub-spoke>, consultato a Novembre 2016.

Durante il trasferimento, gli equipaggi che verranno a contatto con le pazienti vittime di violenza dovranno rispettare alcuni comportamenti:

- ❖ garantire in modo assoluto la riservatezza
- ❖ evitare qualsiasi attività di detersione delle mani o di altre parti corporee da parte dell'assistita/o;
- ❖ evitare il cambio di indumenti;
- ❖ raccogliere ogni oggetto dell'utente o entrare in contatto con lo stesso, esclusivamente con mano protetta da guanti, cambiandoli ogni volta che occorre toccare altre persone/oggetti, per evitare di contaminare le prove.

#### **4.3.1 ACCOGLIENZA**

Il PS può essere il primo servizio a cui la donna che ha subito violenza si rivolge. L'atteggiamento di disponibilità all'ascolto, assenza di resistenza interiore e comunicazione empatica uniti alla sensibilità dell'infermiere di Triage che accoglie la donna diventano doti importanti per stabilire un rapporto di fiducia con l'assistita.

In tale fase bisogna tener presente che la persona potrà manifestare un quadro generale alquanto complesso che può manifestarsi con:

- ❖ fragilità, vulnerabilità, nervosismo, disagio;
- ❖ senso d'impotenza;
- ❖ stato confusionale, disorientamento;
- ❖ crisi di pianto, apatia;
- ❖ sensi di colpa e/o vergogna
- ❖ ripetizione in modo ossessivo di alcuni particolari dell'evento traumatico;
- ❖ atteggiamenti non congrui con l'accaduto;
- ❖ stato d'ansia, depressione, angoscia;
- ❖ abuso di farmaci/alcool

All'accoglienza, se l'infermiere di Triage si rende conto di trovarsi di fronte ad un caso di violenza (sessuale, fisica, o psicologica) accompagna la paziente nell'ambulatorio idoneo per tutelare al massimo la riservatezza della paziente. Importante, se la donna è accompagnata dal presunto autore del reato, trovare la modalità per allontanarlo durante lo svolgimento del colloquio per evitare ingerenze psicologiche (in caso di comportamenti aggressivi, prendere in considerazione eventuale intervento delle FFOO).L'infermiere di Triage:

- provvederà alla prima valutazione e registrazione per la raccolta dei segni fisici e psicologici
- attribuirà il codice colore "giallo", se non presenti situazioni cliniche gravi con carattere di emergenza tali da richiedere l'attribuzione del codice colore "rosso".

Nel caso di violenza sessuale avvenuta entro 72 ore è molto importante un intervento sanitario in urgenza, che tenga conto sia degli aspetti medici che delle implicazioni legali. Per tale motivo, già in questa fase, può essere necessario:

- ❖ raccogliere i vestiti della vittima e conservarli in contenitori di carta per fini legali( se indumenti bagnati, far asciugare prima di riporli in sacchetto di carta, onde evitare di alterare le tracce biologiche eventualmente presenti su di essi);
- ❖ evitare di lavare la paziente;
- ❖ evitare di far bere e di praticare cure igieniche di alcun tipo.

È fondamentale a questo punto, spiegare alla donna le fasi successive e le finalità degli accertamenti e chiedere il consenso informato della paziente per ogni singolo intervento, sia prima di effettuare l'anamnesi sia prima di eseguire l'esame obiettivo. **La possibilità per la paziente di negare il consenso ad alcune procedure mediche favorisce il ripristino di quei limiti e confini che la violenza ha annullato.**

Al termine della fase di accoglienza e di attribuzione del codice colore, l'infermiere del Triage avviserà il medico e l'infermiere di ambulatorio che prenderanno in carico la paziente, recandosi direttamente all'ambulatorio idoneo, per garantire alla paziente la massima riservatezza e un'adeguata continuità assistenziale, evitando passaggi di informazioni tra professionisti, fino alla dimissione/trasferimento.

#### **4.3.2 MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO**

L'acquisizione del consenso informato deve essere fatta prima di iniziare sia la raccolta anamnestica che l'esame obiettivo. Il medico dovrà spiegare con chiarezza ogni tappa del percorso che la paziente dovrà intraprendere, rendendola adotta anche sull'importante aspetto medico-legale delle procedure proposte, rassicurandola sia sulla riservatezza delle stesse sia sulla libertà di

scelta, in particolare nel caso si verta nell'ambito di delitti perseguibili a querela della persona offesa.

Quindi l'assenso dell'utente dovrà essere:

- raccolto oralmente in presenza di almeno un altro operatore;
- trascritto sulla scheda di PS in modo preciso sottolineando l'estensione concessa od i limiti posti;
- firma sul modulo di Consenso quale prova dell'assenso fornito;
- rilasciare copia del referto di PS da dove risultino tutti gli elementi acquisiti ed i dati raccolti.

Questo processo di informazione deve essere modulato in funzione del contesto e del livello socio-culturale della vittima in modo che essa ne abbia una piena comprensione. Inoltre, è importante che la vittima sia invitata ad esplicitare eventuali domande o dubbi che possono sorgere nelle varie fasi del percorso. Una nota importante riguarda il consenso al trattamento dei dati personali, che è lo stesso per tutti gli utenti del PS e non è subito necessario nelle situazioni di urgenza(testo unico sulla privacy D.lgs 196/2003).

#### **4.3.3 VISITA MEDICA**

Il medico che prenderà in carico la paziente raccoglierà l'anamnesi in modo accurato e dettagliato, previo consenso, ed eviterà frequenti ripetizioni. Inoltre durante l'anamnesi e visita medica è importante limitare al minimo l'accesso delle persone nell'ambulatorio; chiedere alla paziente se desidera avere vicina una persona di fiducia, senza in alcun modo menzionare il marito o chi l'ha accompagnata (la vittima potrebbe avere il timore di rifiutare l'entrata di chi l'ha accompagnata se questa persona è responsabile di quanto accaduto). La visita comprenderà sia l'anamnesi patologica prossima che remota.

##### **Anamnesi patologica remota:**

- patologie di cui soffre
- pregressi interventi chirurgici
- terapia domiciliare (compresi anticoncezionali)
- allergie
- vaccinazioni
- pregressi accessi in PS in particolare per trauma, patologie dell'apparato genito-urinario e anale.

### **Anamnesi patologica prossima:**

- ❖ circostanze dell'aggressione (data, ora, luogo; dinamica; forma della violenza; furto o rapina o utilizzo di armi, sequestro in ambiente chiuso; assunzione di alcolici o altre sostanze in modo forzato o volontario; perdita di coscienza; modalità di penetrazione tentata o completa: vaginale, anale, orale, unica o ripetuta; utilizzo del preservativo, avvenuta eiaculazione, dove è avvenuta, uso di oggetti);
- ❖ tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- ❖ gli eventi accaduti dopo la violenza (precedenti visite presso altre strutture e procedure praticate; avvenuta pulizia delle zone lesionate o penetrate; avvenuto cambio di slip o indumenti; avvenuta minzione o defecazione, vomito o pulizia del cavo orale; assunzione di cibo o bevande; assunzione di farmaci.
- ❖ Segnalare rapporti sessuali consenzienti prima e dopo l'aggressione;
- ❖ Descrizione dettagliata della sintomatologia riferita dalla paziente (disturbi genitourinari, disturbi gastrointestinali, disturbi cardiorespiratori, disturbi neurologici e psichici).

Durante la prima valutazione si potranno configurare due principali situazioni:

- a) Sussistono condizioni clinico-sanitarie che appaiono incompatibili con la condizione di valutazioni/repertazioni connesse al maltrattamento/violenza sessuale.
- b) Sussistono condizioni clinico-sanitarie che impongono l'adozione di misure "salva-vita" o prioritarie e tali da indurre la dilazione temporale o, in alcuni casi, l'omissione delle valutazioni/repertazioni connesse alla violenza.

Nel caso in cui la presenza di condizioni clinico-sanitarie impongono l'adozione di misure "salva-vita", essendo compresenti lesioni gravi o gravissime, si può dare per scontata la perseguibilità d'ufficio del reato quindi chiarire con le FFOO o all'AG che la raccolta delle tracce sul corpo attestanti la violenza verrà posticipata ed effettuata dall'Autorità inquirente nel reparto di ricovero.

Nel caso si proceda al trasferimento tempestivo dell'assistita in "S.O di ricovero", sarà utile che l'equipe di ps proceda a:

- Condurre le attività di anamnesi ed esame obiettivo e clinico;
- Raccogliere indumenti
- Riportare nella Scheda di PS, le eventuali indicazioni per S.O di ricovero

- Emettere il referto per l'AG.

#### **4.3.4 ESAME OBIETTIVO GENERALE**

L'importanza di una corretta trascrizione del quadro clinico ha una notevole rilevanza per l'accertamento di atti di violenza assumendo il Referto medico un importante valenza medico-legale traducendosi in un mezzo di prova decisivo in ambito giudiziario, meglio ancora se corredato da una rilevazione fotografica. Una precisa descrizione della sede e della natura e dell'entità delle lesioni accertate possono assumere un ruolo di massima rilevanza per poter ricostruire tempi e modalità dell'aggressione.

Non si tratta di sostituirsi alle specifiche competenze del medico legale; tuttavia una refertazione esauriente potrà fornire al medico legale notizie preziose per definire la dinamica lesiva (il medico legale, di regola, interverrà successivamente).

L'esame obiettivo procede in modo razionale dalla testa ai piedi e deve riportare ogni minimo segno o lesione riscontrati, cercando di datarli. In particolare ricercare:

- Compressione ed irritazioni cutanee;
- Escoriazioni;
- Ecchimosi ed ematomi;
- Ferite lacere/ lacero-contuse;
- Fratture ossee;
- Lesioni viscerali;
- Ricercare ogni punto dolente su addome, torace, arti;
- Controllare il cavo orale al fine di ricercare la presenza di abrasioni e ematomi sottomucosi del palato
- Non esaminare i genitali, a meno di gravi lesioni, in quanto questo sarà di competenza specifica del ginecologo in ambito di consulenza ginecologica.

Dopo l'esame obiettivo e la raccolta di eventuali reperti, si procederà al trattamento di lesioni fisiche che richiedono un intervento in urgenza tramite la richiesta di esami di laboratorio e strumentali.

Dopo l'esame obiettivo generale la paziente verrà inviata, se necessario, agli specialisti di competenza:

- ❖ Consulenza ginecologica immediata se si sospettano o se la donna dichiara lesioni genitali, stupro( trasporto immediato tramite ambulanza della donna

presso il PS ginecologico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, previo accordo telefonico, dove avverrà la presa in carico globale;

- ❖ Consulenza infettivologica immediata nel corso della giornata o all'indomani se il riscontro avviene di notte (per valutazioni in merito a HBV, HCV, HIV ed eventuale profilassi e follow-up);
- ❖ Consulenza psichiatrica (se richiesto dalla paziente o se questa presenta manifestazioni psicotiche) o psicologica per sostegno entro le prime 24 ore.

#### **4.3.5 DIMISSIONE DELLA PAZIENTE O RICOVERO IN REGIME D'URGENZA**

Il ricovero è necessario quando la violenza ha causato lesioni gravi e quando non esistono parenti o amici che possono sostenere ed ospitare la donna. Si può valutare la necessità di un ricovero in OBI o nel reparto di medicina, con attivazione immediata delle operatrici del centro antiviolenza più prossimo alla donna per una presa in carico ed eventuale ospitalità in emergenza. Nel caso in cui non sussistano indicazioni al ricovero la paziente viene dimessa direttamente dal Pronto Soccorso.

Alla dimissione è necessario fornire alla paziente adeguate informazioni in merito a:

- Indicazioni terapeutiche e farmaci per profilassi quando indicati;
- Possibilità di ripresentarsi presso l'unità di malattie infettive per proseguire accertamenti;
- riferimenti telefonici e ubicazioni delle principali associazioni e Servizi di supporto, valutando la possibilità di attivazione diretta prima della dimissione.

## OSSERVAZIONI



Dallo studio effettuato è stato possibile mettere in evidenza alcune differenze in merito all'accoglienza e gestione delle vittime di violenza di genere nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Cona (Ferrara) e pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Padova e nello specifico, in merito alla procedura di raccolta e conservazione delle prove in caso di violenza sessuale, negli ambulatori di Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche in entrambi gli ospedali oggetto di studio.

Una prima importante annotazione da fare riguarda il PS Centrale di Padova dove viene utilizzato un percorso specifico dedicato all'accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza di genere, ma non vi è ancora un Protocollo<sup>53</sup> aziendale approvato dalla Direzione; su questo fronte, però, l'impegno della Dott.ressa Mezzocolli Ilenia è esemplare.

All'interno dell'ambulatorio di Urgenze Ginecologiche e Ostetriche di Padova manca una procedura<sup>54</sup> condivisa sulla corretta presa in carico della vittima in caso di violenza sessuale, mancano direttive in merito alle modalità di raccolta delle prove ed alla corretta conservazione dei campioni di materiale biologico, eventualmente prelevati; in contrapposizione, invece, con quanto previsto nell'ambulatorio di Urgenze Ginecologiche e Ostetriche dell'ospedale di Cona dove vi è una procedura in essere già dal 2012.

Inoltre, nell'ambulatorio Urgenze Ginecologiche e Ostetriche di Padova non è previsto il "Kit per violenza sessuale" e la raccolta dei campioni è lasciata alla discrezionalità del Ginecologo di guardia; invece a Cona, nell'ambulatorio è previsto un "Kit preformato per violenza sessuale, che viene subito ripristinato in seguito all'uso e dove il compito di raccolta delle prove spetta non solo al ginecologo ma anche all'ostetrica professionalmente preparata.

---

<sup>53</sup> Protocollo: sequenza abbastanza prescrittiva di comportamenti ben definiti; sono strumenti piuttosto rigidi che formalizzano la successione di azioni con le quali l'operatore sanitario raggiunge un determinato obiettivo ed hanno la finalità di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modo efficace, efficiente ed omogeneo.

<sup>54</sup> Procedura: successione dettagliata e logica di azioni tecnico/operative più o meno rigidamente definite. Consente di uniformare attività e comportamenti poco discrezionali. Per la professione ostetrica/infermieristica possono rappresentare l'unità elementare del processo assistenziale.

Entrando più nello specifico, in riferimento alla fase di accoglienza della vittima in ps, si è potuto notare come l'attribuzione del codice colore al triage è differente nelle due strutture:

- I. Padova, il codice colore attribuito in caso di donna vittima di violenza, nel 75% dei casi, è il bianco con assegnazione di acronimo AV; Cona, il codice colore attribuito alla vittima di violenza è il giallo, se non presenta situazioni cliniche di emergenza tali da richiedere il codice colore rosso. Si può dedurre, quindi, come l'attribuzione del colore non tiene conto solo dei danni visibili, ma soprattutto, fa riferimento al danno psicologico che la vittima di violenza subisce che è meno visibile ma più forte del danno fisico in sé.
- II. Un'altra nota importante riguarda il modulo del consenso: informato: nell'ambulatorio ginecologico di Padova si procede all'acquisizione del consenso informato solo all'inizio dell'anamnesi prossima e solo verbalmente e lo si riporta nel referto, mentre nell'ambulatorio ginecologico dell'Ospedale di Cona, il medico acquisisce il Consenso Informato facendo sottoscrivere il Modulo dalla paziente ed allegandolo al referto, sia prima della raccolta anamnestica che dell'esame obiettivo; la vittima può rifiutarsi o limitare il consenso solo ad alcune procedure mediche che si susseguiranno: questa possibilità favorisce di ripristinare quei limiti che la violenza ha annullato.
- III. Nell'ambulatorio di urgenze Ginecologiche e Ostetriche di Padova manca il "kit per la violenza sessuale" e, dunque, la raccolta dei campioni, il numero e le modalità sono a discrezione del ginecologo, mentre nell'ambulatorio dell'Ospedale di Cona è previsto il "kit per la violenza sessuale preformato" già dal 2012 e viene rifornito subito dopo l'uso.
- IV. Nell'ambulatorio Ginecologico di Padova non è ancora stata istituita una procedura che chiarisca e standardizzi l'approccio degli operatori in merito alla corretta presa in carico della donna vittima di violenza sessuale, alla corretta modalità di raccolta delle prove ed in riferimento alla corretta conservazione del materiale biologico eventualmente raccolto; nell'ambulatorio ginecologico di Cona, invece, vi è in merito una procedura attiva già dal 2012.



*“La donna uscì dalla costola dell’uomo, non dai piedi per essere calpestata, non dalla testa per essere superiore ma dal lato, per essere uguale, sotto il braccio per essere protetta, accanto al cuore per essere amata”.*

**William Shakespeare**

## CONCLUSIONI



Dallo studio ed osservazioni effettuate posso giungere alle seguenti conclusioni.

Nell'Azienda Ospedaliera di Padova, seppur non essendo ancora attivo un Protocollo, il percorso specifico per l'Accoglienza e Gestione delle donne vittime di violenza di genere in uso nel DEA del P.S di Padova risulta essere un valido strumento per l'identificazione delle varie forme di violenza di genere e rappresenta una valida guida per tutti gli operatori sanitari che sono impegnanti in prima linea, nell'accoglienza delle vittime, un approccio che standardizza i comportamenti e riduce al minimo gli errori sul campo

Ci si augura che la Direzione Sanitaria, ponga la sua attenzione in merito ed approvi il protocollo realizzato e presentato dalla Dottoressa Mezzocolli Ilenia, responsabile medico del P.S Centrale.

Sempre nell'ambito del PS di Padova, ci si permette di porre una critica costruttiva in merito all'attribuzione del codice" colore bianco con acronimo AV " al Triage: in caso di vittima di violenza spesso non vi sono segni fisici evidenti, ma il danno più grave che la vittima subisce è Psicologico, un danno alla propria identità, un danno che nessuno potrà mai risarcirle; per questo ritengo sia doveroso quando si assegna un codice colore a una donna vittima di violenza considerare che questa abbia un grado di sofferenza maggiore rispetto a quello che appare, di conseguenza le si dovrebbe attribuire un codice colore "giallo", (come avviene nell'Azienda Ospedaliera di Cona - Ferrara) in modo da poter garantire una rapida presa in carico della vittima.

Non dimentichiamo quanto sia fondamentale in questi casi il tempo trascorso tra la violenza e il momento in cui la donna si presenta in PS. La possibilità di riscontrare tracce di materiale biologico sui vestiti, sul corpo della vittima e la possibilità di poterli repertare nel modo corretto richiede non solo la formazione sul fenomeno da parte del personale medico, ostetrico e infermieristico, ma soprattutto un approccio standardizzato con gli strumenti opportuni.

A tal proposito importante è la figura dell'*Ostetrica legale e forense*, una professionista che possiede tutte le conoscenze in ambito legale e tutti gli strumenti per potersi avvicinare in maniera corretta alle donne vittime di

violenza, e che potrebbe proporre formazione aggiuntiva e continua di tutto il personale sanitario.

Un altro importante punto dello studio riguarda la mancanza di una procedura per l'accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza sessuale e di un Kit per la stessa nell'ambulatorio di Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche di Padova. La mancanza di una procedura in merito, determina da parte del personale un approccio alla vittima, di volta in volta, differente, senza comportamenti standardizzati, lasciando alla discrezionalità dell'operatore sanitario la raccolta dei reperti e le modalità di raccolta del materiale biologico.

Il venir meno della professionalità da parte dell'operatore nella raccolta del materiale biologico, può alterare in modo significativo le prove del reato e rendere difficoltose le indagini da parte della magistratura, qualora la vittima decida di fare denuncia. Per questo motivo, si proporrà in altra sede, una procedura per l'accoglienza delle donne vittime di violenza sessuale che potrà guidare l'attività delle ostetriche, dei medici e delle infermiere, migliorando la qualità del servizio reso ma, soprattutto, potrà uniformare i comportamenti nella raccolta delle prove, prove che potranno sostenere il lavoro delle Forze dell'Ordine.

La conoscenza dei protocolli e delle procedure permette alle ostetriche di sentirsi in grado di prestare assistenza a una vittima, e quando un operatore si sente in grado tende ancora di più a non sottovalutare il problema. Dobbiamo sempre ricordare che tutto quello che raccogliamo e repertiamo a scopo forense deve essere adeguatamente conservato perché non verremo chiamati a parlare di quanto rilevato il giorno dopo che l'abbiamo fatto, ma probabilmente dopo qualche anno. Più le cose saranno state descritte e conservate in maniera adeguata, meno perderemo prove al momento dell'eventuale processo. Mi piacerebbe proporre un lavoro di collaborazione con le FFOO, in merito alla violenza sulle donne, per far comprendere a tutti gli operatori l'importanza del nostro primo approccio alla vittima, di come sia fondamentale raccogliere correttamente le prove e quali comportamenti non andrebbero tenuti, perché altrimenti andremmo ad alterare quegli elementi indispensabili, perché si possa, in caso di un processo, attestare l'ipotesi di reato.

Una nota di richiamo vorrei farla in merito all'importanza del Consenso Informato: ritengo sia fondamentale, nell'ambito della procedura per l'acquisizione degli elementi di prova in caso di violenza sessuale, prevedere un

modulo per il Consenso Informato da allegare alla scheda AV-:nell'ambulatorio dell'urgenze ginecologiche e ostetriche di Padova, il consenso, in tal caso, viene solo richiesto verbalmente e menzionato al termine dell'anamnesi prossima.

Il Consenso Informato è un modulo che permette alla vittima di porre dei limiti alle procedure che verranno messe in atto, la possibilità per la donna di dire no ad alcune procedure, le consente di ripristinare limiti e confini che la violenza ha annullato. Fondamentale il ruolo dell'ostetrica che deve curare soprattutto l'accoglienza della paziente in pronto soccorso ostetrico-ginecologico, con l'importante compito di rendere la donna più disponibile a sopportare le procedure.

L'Ostetrica, meglio ancora se legale e forense, rappresenta la figura più idonea ad accogliere e gestire le donne vittime di violenza, in quanto ascolta le paure delle donne e può contribuire in parte a salvarle, a proteggerle, a migliorare la loro vita e quella dei loro bambini, che spesso sono protagonisti della violenza, subita o assistita.

Ed infine, mi piacerebbe proporre la costituzione di un servizio Ostetrico-Legale e Forense in Azienda Ospedaliera e/o nel Privato in quanto potrebbe essere un valido strumento a disposizione della società per affrontare il fenomeno della violenza di genere perché permetterebbe:

1. la formazione del personale sanitario;
2. l'identificazione precoce delle situazioni di abuso;
3. la tutela e il sostegno delle vittime, in collaborazione con molte altre figure istituzionali e del volontariato,
4. la prevenzione all'interno di contesti sociali specifici come la scuola, il luogo di lavoro, le associazioni e tanto altro.

Concludo affermando che per poter contrastare la violenza sulle donne è richiesto un approccio multidisciplinare, che preveda l'iterazione di diverse figure ed organi istituzionali che guardano nella stessa direzione, con obiettivi comuni, il cui fine ultimo è cercare di far emergere il più possibile il fenomeno della violenza; purtroppo, ancora oggi, è visibile solo la punta dell'iceberg, ma gran parte del fenomeno è ancora sommersa, perché molte donne hanno paura di denunciare, hanno paura del dopo, di non essere protette, di essere sole.

Il reparto di Ginecologia e Ostetricia e l'ambulatorio di Accettazione Urgenze Ginecologiche e Ostetriche possono rappresentare un'occasione per la donna di

poter rompere il silenzio ed interrompere le perversità della relazione in cui è invischiata.

Un fine comune: cambiare l'approccio culturale al fenomeno della violenza ed aiutare le donne a denunciare gli autori di questo reato e prevedere più strutture per l'accoglienza protetta a lungo termine delle donne che hanno il coraggio di parlare.



## BIBLIOGRAFIA



- "Alarming increase" of femicides in Northern Italy
- Bur n.105 del 31 ottobre 2014.
- Codice deontologico dell'Ostetrica – Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010, con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014
- Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Creare uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia per i cittadini europei -Piano d'azione per l'attuazione del programma di Stoccolma, (Bruxelles, 20.4.2010).
- Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015, (Bruxelles, 21.9.2010).
- Convenzione di Istanbul, Capitolo I- (Art. 3 lett. a)-2011.
- Del Giudice, G., G. Barbara, and C. Adami. "I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto." 2001.
- Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2012/29/UE recante norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato del 14 novembre 2012.
- EU.R.E.S. "Omicidio volontario in Italia, Rapporto Eures 2013." (2013)
- EURES Ricerche Economiche e Sociali: III Rapporto su Caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia". Indagine Istituzionale a cura dell'Istituto EURES. Roma, novembre 2015.
- García-Moreno, Claudia, et al. "The health-systems response to violence against women." *The Lancet* 385.9977 (2015): 1567-1579.
- Kiss L, Schraiber LB, Hossain M, Watts C, Zimmerman C. The Link Between Community-Based Violence and Intimate Partner Violence: the Effect of Crime and Male Aggression on Intimate Partner Violence Against Women. *Prevention Science*. 2015;16(6): 881-889
- LA VIOLENZA COME FATTORE DI RISCHIO IN GRAVIDANZA " V. Dubini, P. Curiel, U.O. Ginecologia e Ostetricia , ASL 4- PRATO
- Legge 15 febbraio 1996 n. 66 "Norme contro la violenza sessuale", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1996 n. 42.

- Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".
- Maria Virgilio, "Violenza maschile sulle donne e strumentario giuridico", in Genesis, IX numero 2 , anno 2010.
- Massimo M.G. IPASVI: Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. Rivista L'Infermiere N°5-2013.
- Mezzocolli I et al. "La violenza sulle donne: il percorso specifico nel DEA dell'Azienda Ospedaliera di Padova", abstract presentato al Congresso Nazionale Triage, Riccione 2013.
- OMS, "Violence against women", consulenza OMS, Ginevra 5-7 febbraio 1996
- OMS. "Violenza sessuale, rapporto mondiale sulla violenza e la salute." - 2002.
- Police don't protect women by their partners (2014).
- Risoluzione del Parlamento europeo sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'UE in materia di lotta alla violenza contro le donne del 5 aprile 2011.
- Testo pubblicato nella Gazz. Uff. 24 giugno 2015, n. 144, S.O.
- Testo aggiornato al 24 luglio 2013 L.R. 12 marzo 2003, n. 2. Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- Turillazzi Emanuela, Neri Margherita, Riezzo Irene. Metodologia accertativa medico-legale in ostetricia e ginecologia: valutazione degli eventi e delle responsabilità, Giuffrè Editore, Milano, 2007
- Vittorio Moioli. Il Ponte della Lombardia -Mensile di commento/critica/progetto a sinistra, n. 4-agosto 1996 Comedit 2000 srl, Milano,1996.
- Who (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, Who Geneva.
- World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Global and regional estimates of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013: 102

# SITOGRAFIA



- <http://www.west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013> Consultazione Novembre 2016.
- <http://www.pariopportunita.provincia.tn.it//>
- <http://www.who.int/iris/bitstream/>
- <http://www.ostetricalegaleforense.it>
- <http://www.coe.int>, sito ufficiale del Consiglio d'Europa
- [http://ec.europa.eu/justice/criminal/victims/rights/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/criminal/victims/rights/index_en.htm), consultato a Novembre 2016
- <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2012-0006+0+DOC+XML+V0//IT>, consultato a Novembre 2016
- <http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/daphne/> (10.01.2014)
- <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna>, consultato a Novembre 2016
- <http://www.orizzontescuola.it/> consultato a Novembre 2016
- <http://www.jobsact.lavoro.gov.it/> consultato a Novembre 2016
- [http://www.camera.it/temiap/temi17/legge\\_regionale\\_emilia\\_2\\_2003.pdf](http://www.camera.it/temiap/temi17/legge_regionale_emilia_2_2003.pdf), consultato a Novembre 2016
- <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/contrasto-alla-violenza-di-genere/temi/le-linee-di-indirizzo-regionali-per-laccoglienza-delle-donne-vittime-di-violenza>, consultato a Novembre 2016
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida>, consultato a Novembre 2016
- <http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/contrasto-alla-violenza-di-genere-1>, consultato a Novembre 2016.
- <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7775>, consultato a Novembre 2016
- <http://www.padova24ore.it/cronaca/6895-anche-il-veneto-approva-una-legge-contro-la-violenza-sulle-donne.html>, consultato a Novembre 2016.

- <http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=284035>, consultato a Novembre 2016
- <http://www.regione.veneto.it>
- <http://www.istruzioneveneto.it/ECR/wp-content/uploads/2015/06/volumeok.pdf>, consultato a Novembre 2016.
- [http://www.sara-cesvis.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=67&Itemid=85](http://www.sara-cesvis.org/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=85), consultato a Novembre 2016
- <http://www.asmn.re.it/reti-integrate-hub-spoke>, consultato a Novembre 2016