



ASL Lecce

PugliaSalute

**PERCORSO PER LE DONNE CHE
SUBISCONO VIOLENZA
- PROCEDURE OPERATIVE-**

Versione 1.0
Luglio 2021
Pag. 1

**PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA
- PROCEDURE OPERATIVE-**

Versione	Redazione	Verifica	Approvazione
1.0 Luglio 2021	<i>Area Socio-Sanitaria-Prevenzione e Contrasto alla Violenza sulle Donne e sui Minori</i> Referente aziendale Dott.ssa Titti De Luca <i>U.O. Rischio Clinico</i> Responsabile Dott. Carlo Sabino Leo Dott.ssa Anna Patrizia Barone Dott.ssa Francesca Donno Dott.ssa Pasqualina Spedicato	<i>Pronto Soccorso P.O. Vito Fazzi</i> Dott. ssa Marinella Marrazzi Dott.ssa Margherita Frigoli <i>Pronto Soccorso P.O. di Gallipoli</i> Dott. Stefano Filippo Dott.ssa Silvia Spada <i>Dipartimento SEUS 118</i> Dott. Nicola D'Angelo Dott.ssa Stefania Cucchiarelli	<i>Direttore Sanitario</i> Dott. Roberto Carlà

Indice

1. PREMESSA	3
2. OBIETTIVI	4
3. DESTINATARI	5
4. IL PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA.....	5
4.1 Fase 1: ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO E TRIAGE.....	6
4.2 Fase 2: TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO	7
4.3 Fase 3: DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO E ATTIVAZIONE DELLA RETE	10
A) Dimissione dal Pronto Soccorso	10
B) Attivazione della rete antiviolenza territoriale.....	12
DIAGNOSI DI DIMISSIONE	13
5. FORMAZIONE.....	15
6. RESPONSABILITÀ	16
7. GLOSSARIO	17
8. ALLEGATI	18
9. FONTI	19
FLOW CHART	21
ALLEGATO 1.....	22
ALLEGATO 2.....	24
ALLEGATO 3.....	25
ALLEGATO 4.....	26
ALLEGATO 5.....	28
ALLEGATO 6.....	29
ALLEGATO 7.....	30
ALLEGATO 8.....	31
ALLEGATO 9.....	34
ALLEGATO 10.....	35

1. PREMESSA

Secondo l'OMS, la violenza contro le donne rappresenta una delle principali violazioni dei diritti umani nonché un diffuso problema di salute pubblica. Infatti, non solo ha significativi effetti a breve, medio e lungo termine sulla salute fisica e mentale delle donne, dei bambini e delle famiglie, ma determina anche gravi conseguenze sociali ed economiche per paesi e società.

L'Art. 3 della Convenzione di Istanbul definisce la violenza contro le donne come “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 tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata”¹.

La violenza contro le donne assume molte forme, tra cui: violenza da parte del coniuge/partner intimo (fisica, sessuale e/o psicologica); violenza sessuale da parte di persone diverse dal coniuge/partner, inclusi altri familiari, amici, conoscenti o sconosciuti (es. violenza sessuale da non partner); femminicidio; tratta di donne.

L'Italia ha compiuto un passo storico nel contrasto della violenza di genere con la Legge 27 giugno 2013 n. 77, approvando la ratifica della Convenzione di Istanbul.


Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017, sono state adottate le “*Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*”, con la denominazione «Percorso per le donne che subiscono violenza».

Obiettivo delle Linee guida nazionali è “*fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna*”. Esse si rivolgono agli operatori sanitari e socio-sanitari e sono destinate a tutti gli attori pubblici e privati che, a diverso titolo, operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne: Servizi sanitari ospedalieri e territoriali del Servizio sanitario nazionale; Servizi socio-sanitari territoriali; Centri anti-violenza e Case rifugio; Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali; Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni; Tribunale (civile-penale-per i Minorenni); Enti territoriali (Regioni - Province - Città metropolitane- Comuni).

Al fine di approfondire la conoscenza del fenomeno della violenza di genere, il 20 novembre 2019, il Ministero della Salute e l'Istituto Nazionale di Statistica, nell'ambito delle rispettive competenze tecniche e istituzionali, hanno firmato un Accordo per “l'alimentazione della Banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari”. Questo rapporto di collaborazione, nel corso del 2020, ha portato ad analizzare gli accessi in pronto soccorso rilevati dal Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR).

Il Pronto Soccorso rappresenta un anello della lunga catena dei luoghi, spesso il primo, che la donna percorre per chiedere aiuto.

¹ Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 luglio 2021 Pag. 4
---	--	---------------------------------------

Nel triennio 2017-2019², le donne che hanno avuto almeno un accesso in Pronto Soccorso con l'indicazione di diagnosi di violenza sono state 16.140, per un numero totale di accessi in PS con diagnosi di violenza pari a 19.166 (1,2 accessi pro capite). Le stesse donne nell'arco del triennio sono ricorse al Pronto Soccorso con diagnosi diverse da quelle riferibili a violenza, per una media di 5/6 accessi.

Nel 2020 le chiamate al 1522, il numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking (promosso e gestito dal Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio) sono aumentate del 79,5% rispetto al 2019, sia per telefono, sia via chat (+71%). Il boom di chiamate si è avuto a partire da fine marzo 2020, in piena emergenza Covid-19, con picchi ad aprile (+176,9% rispetto allo stesso mese del 2019) e a maggio (+182,2 rispetto a maggio 2019)³.

Un cenno a parte meritano i minori vittime di violenza. A tal proposito, l'ONU ha evidenziato che la violenza su minori è un problema globale che rimane in gran parte “nascosto, non denunciato e sottostimato” e che si consuma prevalentemente tra le mura domestiche⁴. Il Pronto Soccorso rappresenta un osservatorio privilegiato di tale fenomeno. La Regione Puglia ha recentemente emanato la D.G.R. n. 1641 dell'8 ottobre 2020, “*Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*” in cui viene descritto, tra l'altro, il percorso di gestione intraospedaliero del minore oggetto di sospetta violenza, a partenza di una allerta delle comunità/case rifugio o di operatori della Rete GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati), ovvero di un accesso diretto al Pronto Soccorso.

Il presente documento rappresenta la contestualizzazione, nella ASL di Lecce, di quanto raccomandato nelle Linee guida Nazionali, nonché di quanto previsto dalla DGR n. 1641/2020. Esso:

- definisce un percorso omogeneo di accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza;
- individua interventi comuni, integrati e condivisi tra tutti gli attori della rete ospedaliera e territoriale.

2. OBIETTIVI

Il “Percorso per le donne che subiscono violenza”, nella ASL di Lecce, è stato delineato, in coerenza con le linee guida nazionali e la DGR n. 1641/2020, al fine da garantire una tempestiva e adeguata presa in carico della donna vittima della violenza, partendo dall'accesso in Pronto Soccorso/triage ospedaliero, fino al suo orientamento verso i servizi dedicati presenti sul territorio dove la stessa trovi adeguato sostegno e ascolto per un superamento dell'esperienza subita.

Gli obiettivi sono:

² Ministero della Salute. Accessi delle donne in PS per violenza nel triennio 2017-2019, anno 2020.

³ Comunicato stampa ISTAT “Le richieste di aiuto durante la pandemia”. <https://www.istat.it/it/archivio/257704>

⁴ I diritti dei bambini. Rapporto a cura dell'esperto indipendente delle Nazioni Unite incaricato di realizzare uno studio sulla violenza sui bambini. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, agosto 2006

- favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere;
- assicurare alla vittima che accede al Pronto Soccorso un percorso di accoglienza protetta, fornendo ad ogni singolo caso le immediate necessità di assistenza e di cura con modalità operative e strumenti condivisi tra le strutture coinvolte;
- garantire accompagnamento e orientamento, protezione della vittima, in particolare attraverso la collaborazione con i Centri Antiviolenza per una tempestiva presa in carico della donna e la stesura del piano individualizzato, in stretta integrazione ospedale-territorio;
- aumentare le competenze sul tema, attraverso specifici percorsi formativi per il personale sanitario medico e non medico;
- agire nel pieno rispetto della privacy e dignità delle donne.

3. DESTINATARI

Destinatari del “Percorso per le donne che subiscono violenza” sono tutte le donne, italiane e straniere, di età maggiore o minore di 18 anni, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza e che accedano ai Pronto Soccorso ospedalieri della ASL di Lecce. Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza.


Destinatari di questo documento sono tutti gli operatori sanitari e sociosanitari della ASL di Lecce che, sia a livello ospedaliero che territoriale, sono coinvolti, a vario titolo, nella prevenzione e contrasto della violenza contro le donne, nonché nell'assistenza alle vittime.

4. II PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

Il Percorso descritto in questo documento può essere distinto in tre fasi:

- Fase 1: ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO E TRIAGE
- Fase 2: TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO
- Fase 3: DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO E ATTIVAZIONE DELLA RETE ANTIVIOLENZA

Si segnala che non è stato trattato nel presente documento il tema della “violenza sessuale”, oggetto del “Protocollo operativo in caso di presunta violenza sessuale”, sottoscritto il 7 dicembre 2016 dal Direttore Generale della ASL di Lecce, dal Responsabile della gestione del rischio clinico della ASL Lecce, dal Procuratore della Repubblica di Lecce e dal Procuratore aggiunto della Repubblica di Lecce, coordinatore del gruppo di lavoro “tutela fasce deboli” della Procura, a cui si rimanda (Allegato 10).

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 luglio 2021 Pag. 6
---	--	---------------------------------------

4.1 Fase 1: ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO E TRIAGE

La donna può accedere al Pronto Soccorso (PS):

- Spontaneamente (sola o con prole minore);
- Accompagnata dal 118⁵ con o senza l'intervento delle Forze dell'Ordine;
- Accompagnata dalle Forze dell'Ordine;
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza;
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati;
- Accompagnata da persone da identificare;
- Accompagnata dall'autore della violenza.

La fase dell'accoglienza e del triage all'interno del Pronto Soccorso ospedaliero rappresenta una straordinaria opportunità di ascolto e di presa in carico della donna vittima di violenza, scongiurando, tra l'altro, il sommarsi di eventi negativi per la donna, quali la vittimizzazione secondaria di tipo istituzionale.

Il personale infermieristico addetto al triage dovrà essere attento a cogliere possibili segnali di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi, da parte della donna, ai Pronto Soccorso dei diversi presidi della ASL LE.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (codice 1, accesso immediato), alla donna dovrà essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa – codice arancione (o codice 2), accesso entro massimo 20 minuti - così da garantire una visita medica tempestiva e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. L'assegnazione del codice 2 determina l'attivazione del Percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice di triage dovrà essere assegnato un identificativo di Percorso, che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso. A tal proposito, in Regione Puglia è stato recentemente inserito, nel sistema "Edotto", un flag "Violenza donne", inseribile in occasione dell'accesso in Pronto Soccorso, utile sia per quantificare il numero di donne vittime di violenza che per tracciare eventuali accessi ripetuti al PS.

Poiché il triage è un processo dinamico, qualora vi fosse una variazione delle condizioni clinico/assistenziali della paziente, il codice di triage e la pertinenza nosologica possono essere rivalutati e cambiati.

Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

⁵ Per il "Protocollo 118 di presa in carico multidisciplinare delle vittime di violenza di genere" e il relativo algoritmo di intervento, vedere Allegati 8 e 9.

4.2 Fase 2: TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

La donna presa in carico dovrà essere **accompagnata in un'area separata** dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.

L'area protetta rappresenta, compatibilmente con la situazione clinica della donna, l'unico luogo in cui questa verrà visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.


Il medico che prende in carico la donna dovrà:

- Rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;
- Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;
- Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;
- Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
- Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche;
- Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;
- Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;
- Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso (Allegato 1);
- Informare la donna della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;
- Avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale;
- Informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le Forze dell'Ordine, qualora previsto per legge;
- Verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza (violenza assistita).

Di fronte a **episodi di VIOLENZA FISICA**, avvenuti da poco tempo, è necessario garantire una **corretta raccolta dell'anamnesi e degli elementi di prova**, e una **descrizione accurata delle lesioni corporee** che faciliti, in caso di indagine giudiziaria, la valutazione dei tempi e delle modalità della loro produzione (Allegato 2 e 4).

L'anamnesi deve essere raccolta dal medico che ha in carico la paziente: ginecologo; chirurgo; ortopedico; medico internista/urgentista; pediatra se la vittima ha età ≤ 14 anni.

È di fondamentale importanza evitare ripetizioni dell'atto anamnestico. La vittima non deve essere costretta a ripetere dati e informazioni già riferiti in precedenza o ad altri operatori. Per questo l'anamnesi, una volta raccolta, deve

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 luglio 2021 Pag. 8
---	--	---------------------------------------

essere redatta in modo accurato e dettagliato.

Prima di iniziare la raccolta anamnestica e il successivo esame obiettivo, è indispensabile l'acquisizione del consenso informato, documentando per iscritto le relative procedure:

- raccolta anamnestica con specifico riferimento alle modalità dell'avvenuta violenza;
- visita medica;
- raccolta di materiale biologico;
- trattamenti terapeutici.

La **visita medica** dovrà prevedere i seguenti momenti:

- Accoglienza e indizi di sospetto (indicatori anamnestici, psicologici, fisici)* ed eventuale screening (domande di approfondimento);
- Acquisizione del consenso informato al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie (in caso di violenza sessuale). Il consenso informato deve comprendere tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'operatore sanitario abbia il consenso a procedere da parte della donna (Allegati 1 e 2);
- Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione;
- Esame obiettivo completo;
- Acquisizione delle prove (eventuale documentazione fotografica, tamponi, ecc.);
- Esecuzione degli accertamenti strumentali e di laboratorio;
- Esecuzione delle profilassi e cure eventualmente necessarie;
- Richiesta di consulenze.

* Si riportano di seguito gli indicatori anamnestici, comportamentali/psicologici e fisici di cui avvalersi per facilitare l'identificazione della violenza.

1. Indicatori anamnestici

- Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli
- Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone
- Ritardo nel chiedere soccorso
- Dinamica raccontata non correlabile alle lesioni
- Lesioni/problemi durante la gravidanza o aborti reiterati
- Storia di subito abuso durante l'infanzia
- Depressione
- Disturbi del sonno


- Disturbi del comportamento alimentare
- Tentati suicidi.

2. Indicatori comportamentali/psicologici

- Atteggiamento contraddittorio o evasivo
- Riluttanza a parlare in presenza del partner
- Partner dispotico o iperprotettivo o con atteggiamenti di controllo
- Atteggiamenti difensivi incongrui
- Agitazione, stato di ansia e paura
- Atteggiamento depresso
- Sguardo fisso, apatia, mutismo
- Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo
- Comportamento autolesivo/abuso di alcool/droga/cutting
- Intenzioni suicide
- Eccesso di adattabilità
- Disforia, umore negativo e altalenante
- Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia
- Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo, che evita il contatto oculare o si sottrae a contatto fisico.

3. Indicatori fisici

- Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica).
- Lesioni traumatiche in: testa e viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strappati), seno, zone genitali, lato ulnare, avambraccio, zone nascoste dagli abiti. Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola).
- Ustioni, bruciature
- Ferite da arma da taglio
- Problematiche ginecologiche
- Aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/ bambino nato morto
- Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali...)
- Dolore cronico
- Sintomatologia vaga e diffusa
- Malnutrizione
- Avvelenamento, intossicazione.

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 luglio 2021 Pag. 10
---	--	--

I medici che entrano in contatto con la donna che ha intrapreso il “Percorso per le donne che subiscono violenza”, a partire dal medico che ha effettuato la prima visita, dovranno refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti della violenza subita.

Il medico del PS potrà alla fine decidere per la dimissione o il ricovero.

Per le procedure da attuare nel caso di **presunta violenza sessuale**, non descritte in questo documento, fare riferimento al “Protocollo operativo in caso di presunta violenza sessuale”, sottoscritto il 7 dicembre 2016 tra la ASL di Lecce e la Procura di Lecce.

4.3 Fase 3: DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO E ATTIVAZIONE DELLA RETE

A) Dimissione dal Pronto Soccorso

Nel caso in cui il medico decida per la dimissione dal Pronto Soccorso, provvederà a:

- informare la donna sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up, fissando per quanto possibile gli appuntamenti;
- redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi.

Inoltre, al fine di identificare in modo rapido sia la vittima di violenza domestica, qualora non venga dichiarata ma ne sussista il sospetto, sia la donna ad elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali, il medico si avvarrà degli strumenti operativi di seguito riportati.


QUESTIONARI PER LA RILEVAZIONE IN PRONTO SOCCORSO DELLA VIOLENZA DOMESTICA E IL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE

L’operatore di Pronto Soccorso può trovarsi di fronte ad un caso di violenza intrafamiliare, ad opera del partner, dichiarata o solo sospetta.

A tale proposito, al fine di acquisire ulteriori elementi rispetto al grado di rischio di esposizione anche dei figli a tale forma di violenza, si può utilizzare lo **strumento di screening HITS (*Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed*)** – Allegato 5-, specificamente sviluppato come metodo breve ed efficace per lo screening della violenza domestica, qualora non venga dichiarata ma ne sussista il sospetto da parte dell’operatore sanitario⁶. HITS ha dimostrato di essere uno strumento valido e coerente per l’identificazione, da parte degli operatori sanitari, delle vittime di violenze.

Le domande possono essere poste verbalmente e riguardano la frequenza con cui il partner fa male, insulta, minaccia o urla contro la vittima. I punteggi possono variare da un minimo di 4 ad un massimo di 20. Un punteggio finale

⁶ Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med* 1998; 30(7):508-12.

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 Luglio 2021 Pag. 11
---	--	--

superiore a 10 indica che la persona è a rischio di violenza domestica, ma la certezza assoluta si ha con punteggi che vanno tra 15 e 20.

Strumento di screening HITS (Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed)

Quante volte il suo partner:	Mai 1	Raramente 2	Qualche volta 3	Abbastanza spesso 4	Frequentemente 5
<i>Le fa male fisicamente</i>					
<i>La insulta</i>					
<i>La minaccia</i>					
<i>Le urla</i>					
Punteggio totale					

Nel caso di punteggi superiori a 10, è necessario informare la donna in merito ai suoi diritti, agli strumenti legali di cui può disporre e alla rete interna ed esterna al Pronto Soccorso (Centri Antiviolenza, Servizi Sociali, Equipe Multidisciplinari d'Ambito, Forze dell'Ordine) di supporto e protezione. Tuttavia, la rilevazione del fenomeno è solo il primo passo per l'avvio, da parte della donna, del percorso di uscita dalla violenza; ciò implica che gli operatori, spesso, possono trovarsi di fronte alla decisione della vittima di non denunciare l'episodio e i maltrattamenti subiti e di tornare a vivere con il maltrattante; in questi casi, oltre ad evitare qualsiasi giudizio negativo e sostenere la vittima nel cercare al meglio le soluzioni (anche temporanee) per la sicurezza sua e dei figli, è importante riconoscere eventuali indici di escalation della violenza e valutare con lei il grado di rischio al quale va incontro qualora decida di restare con il partner violento.

La **Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5⁷** (Allegato 6)- è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione, permettendo l'attuazione di un intervento mirato e tempestivo.

Si tratta di uno strumento di ausilio agli operatori del Pronto Soccorso che consente loro di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali da parte di partner attuali o passati. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave.

⁷ Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. Acad Emerg Med. 2009 Nov;16(11):1208-16

Danger Assessment 5

	SI	NO
<i>Gli episodi di violenza sono diventati più frequenti o di maggiore gravità negli ultimi 6 mesi?</i>		
<i>Ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?</i>		
<i>Pensa che sarebbe capace di ucciderla?</i>		
<i>L'ha mai picchiata durante la gravidanza?</i>		
<i>È violentemente e costantemente geloso di lei?</i>		

B) Attivazione della rete antiviolenza territoriale

Dopo gli interventi sanitari e la successiva valutazione del rischio è importante, nella fase di dimissione, attivare un percorso di supporto e di accompagnamento concordato con la donna (Allegato 7).

- **Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso**

L'operatore sanitario informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale.

- **Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto**

L'operatore sanitario informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale. In mancanza di possibili soluzioni immediate, e in accordo con la Direzione del presidio, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza sino all'attivazione dei servizi territoriali.

L'attivazione, nella fase di dimissione, di un percorso di supporto e di accompagnamento concordato con la donna va condotto da chi ha effettuato la presa in carico e, ove possibile, con il coinvolgimento del Servizio Sociale e/o Psicologico Ospedaliero, in collaborazione con il Centro Antiviolenza – Casa Rifugio del territorio di riferimento.

A tal fine il personale del Pronto Soccorso, e/o il Servizio Sociale e Psicologico ospedaliero, stabilisce un contatto diretto con gli operatori dei Centri antiviolenza (CAV), mediante una chiamata ai numeri attivi h 24 dei CAV del

territorio di riferimento per chiedere la collaborazione sul caso.

Si forniscono le informazioni utili, in particolare la valutazione del rischio di recidiva, per orientare tempestivamente il Centro Antiviolenza sugli interventi da porre in essere a tutela della donna. Si possono chiamare le Forze dell'Ordine e, in caso di presenza di figli minori vittime di violenza assistita, si attivano i servizi della rete locale presenti sul territorio in particolare le Equipe multidisciplinari integrate e il Centro per la cura del trauma interpersonale.

Se la donna decide di tornare a casa, è necessario accettare la sua decisione orientandola verso i Centri antiviolenza. Questo sostegno ha lo scopo di far prendere coscienza dei rischi corsi e comunque aiutarla a costruire un sistema di autoprotezione. Le si possono proporre criteri di riconoscimento delle manifestazioni di violenza, e suggerire di ricorrere sempre all'aiuto esterno necessario alla sua sicurezza. È sempre importante aiutarla a riconoscere eventuali indici di esplosione della violenza (ebbrezza, minacce verbali, giorni festivi), stimolarla ad attivare l'intervento di terzi (entourage familiare, Forze dell'Ordine, Centri antiviolenza), aiutarla a valutare il grado di rischio (contesto psichiatrico grave, alcolismo, possesso e uso di armi, l'aggravarsi delle violenze perpetrate), incoraggiarla a parlare della situazione ad amici e parenti per diminuire la sua condizione di isolamento, stimolarla a sottrarsi alla violenza per mettersi al sicuro con i propri figli.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

Alla dimissione dal PS, per la codifica della violenza interpersonale, si consiglia di scegliere tra i seguenti codici ICD9-cm di diagnosi (principale o secondaria)⁸:

CODICI ICD9-CM PER LA RILEVAZIONE DELLA VIOLENZA INTERPERSONALE

Codice categoria	Descrizione categoria	Codice sottocategoria	Descrizione sottocategoria
995.5	Sindrome del bambino maltrattato	995.50	Abuso di minore non specificato
		995.51	Abuso di minore emotivo/psicologico
		995.52	Trascuratezza di minore (nutrizionale)
		995.53	Abuso sessuale su minore
		995.54	Abuso fisico di minore
		995.55	Sindrome del bambino agitato
		995.59	Altri abusi e trascuratezze di minori
995.8	Effetti avversi specificati non classificati altrove	995.80	Maltrattamento di adulto, non specificato
		995.81	Sindrome dell'adulto maltrattato
		995.82	Abuso emotivo/psicologico di adulto
		995.83	Abuso sessuale di adulto
		995.84	Trascuratezza di adulto (nutrizionale)

⁸ D.G.R. n. 1641 dell'8 ottobre 2020, "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età.

		995.85	Altri abusi e trascuratezze di adulto
V15.4	Anamnesi personale di trauma psichico, con rischio di malattia	V15.41	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica
		V15.42	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva
V61.1	Problemi coniugali	V61.11	Abuso da parte del coniuge o del partner
		V61.12	Abuso sul coniuge o sul partner
V61.2	Problemi nel rapporto genitori-figli	V61.22	Abuso sul bambino da parte del genitore
V71.5	Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione		
V71.6	Osservazione successiva ad altra lesione volontaria		
V71.8	Osservazione e valutazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate	V71.81	Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza
E960	Combattimento, rissa, stupro	E960.1	Stupro
E961	Aggressione con sostanza caustica o corrosiva, eccetto avvelenamento		
E962	Aggressione con avvelenamento	E962.0	Droghe e sostanze medicinali
		E962.1	Altre sostanze liquide o solide
		E962.2	Altri gas o vapori
		E962.9	Avvelenamento non specificato
E964	Aggressione con immersione (affogamento)		
E965	Aggressione con armi da fuoco e esplosivi	E965.0	Arma da fuoco
		E965.1	Fucile da caccia
		E965.2	Carabina da caccia
		E965.3	Armi da fuoco militari
		E965.4	Altra e non specificata arma da fuoco
		E965.7	Lettera esplosiva
		E965.8	Altro esplosivo specificato
E965.9	Esplosivo non specificato		
E966	Aggressione con strumento tagliente e pungente		
E967	Esecutore di abuso su bambino e di adulto	E967.0	Da padre, patrigno o fidanzato
		E967.1	Da altra persona specificata
		E967.2	Da madre, matrigna o fidanzata
		E967.3	Da consorte o partner
		E967.4	Da figlio

		E967.5	Da fratello
		E967.6	Da nonno
		E967.7	Da altro parente
		E967.8	Da badante non parente
		E967.9	Da persona non specificata
E968	Aggressione con altri mezzi non specificati	E968.0	Incendio
		E968.1	Spinta da un luogo elevato
		E968.2	Colpo con oggetto contundente o lanciato
		E968.3	Liquido bollente
		E968.4	Negligenza criminale
		E968.5	Veicolo da trasporto
		E968.6	Fucile ad aria compressa
		E968.7	Morso umano
		E968.8	Altro mezzo specificato
		E968.9	Mezzo non specificato
E969	Postumi di lesioni volutamente inflitte da altra persona		

5. FORMAZIONE

Le professionalità che entrano in contatto con le donne che subiscono violenza devono essere in grado di individuare i casi di violenza dichiarati, le situazioni di rischio e gli eventi sentinella, fornire assistenza specifica secondo un modello condiviso attraverso una rete di servizi dedicati, che operano in modo integrato.

La ASL di Lecce dovrà garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale sanitario medico - compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici) - e non medico, progettando e organizzando specifici moduli formativi.

Questi dovranno fornire una adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza contro le donne in merito a:

- Dinamiche della violenza da parte degli autori di violenza: come nasce e si sviluppa, il ruolo degli stereotipi e degli atteggiamenti sessisti;
- Conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i;
- Tutela delle categorie vulnerabili: quali sono, specifici obblighi e possibili percorsi per donne disabili, in gravidanza, minori ecc.;
- Criteri e metodologie per instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza;
- Conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio;
- Collaborazione con la rete territoriale intra ed extra ospedaliera;
- Rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità.

6. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità operative delle singole attività sono specificate nella seguente matrice delle “attività/responsabilità”, associabili al percorso di accesso al Pronto Soccorso per le donne che hanno subito violenza.

RESPONSABILITÀ ATTIVITÀ	118	Infermiere Triage	Medico PS	Infermiere PS	Specialista altra UO/ consulente	Servizio Sociale
Trasporto vittima di violenza	R					
Prima accoglienza e triage		R				
Prima visita, prescrizione primo intervento e terapia sulle lesioni			R			
Medicazioni, eventuali somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti				R		
Richiesta eventuali consulenze ad altre UUOO, esami laboratorio, radiologia o interventi chirurgici urgenti			R			
Esecuzione consulenze/ esami diagnostici e restituzione risultati					R	
Segnalazione al Servizio Sociale			R			
Colloquio con la vittima di violenza			R	C		R
Valutazione esiti consulenze ed esami diagnostici			R			
Acquisizione delle prove (rilievi fotografici, reperti, ecc)			R	C		
Decisione di ricovero o dimissione			R			
Dimissione e informazione su eventuali controlli o medicazioni			R			
Attivazione servizi rete anti violenza			R	C		R
Eventuale denuncia di reato violenza fisica			R			

R: Responsabile; C: Collaboratore

7. GLOSSARIO

- **CASE RIFUGIO:** strutture dedicate ad indirizzo segreto che forniscono accoglienza temporanea, sulla base di un progetto di accoglienza, alle donne che subiscono violenza e ai loro figli, allo scopo di proteggerli e di garantirne l'incolumità fisica e psichica.
- **CENTRI ANTIVIOLENZA (CAV):** luoghi fisici di accoglienza, sostegno e punti di ascolto rivolti alle donne che hanno subito violenza o sono a rischio di subirla, e ai loro figli minorenni. I CAV sono promossi dai comuni o altri enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, oppure da associazioni e organizzazioni operanti nel settore del sostegno alle donne vittime di violenza, oppure di concerto o in forma consorziata da entrambi i soggetti precedenti.
- **FEMMINICIDIO:** il termine, introdotto da Marcela Lagarde, indica tutte le forme di violenza in grado di condurre all'annientamento fisico o psichico della donna. Nel linguaggio comune ormai il termine indica l'uccisione di una donna in quanto donna da parte di un uomo per il mancato assoggettamento fisico o psichico della vittima.
- **VIOLENZA:** atto offensivo e lesivo dell'integrità psicologica e/o fisica, intenzionale e irreparabile, finalizzato alla prevaricazione dell'uno sull'altro/a.
- **VIOLENZA ASSISTITA:** si riferisce all'esperienza da parte del bambino o della bambina di qualunque forma di maltrattamento (attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale od economica) nei confronti di figure di riferimento o di altre figure affettivamente significative, adulte o minori. La violenza può essere assistita direttamente (quando le violenze avvengono in presenza dei minori, nel loro campo percettivo) o indirettamente (quando le violenze vengono percepite attraverso gli esiti che lasciano: ferite, paura, angoscia, soggezione, ecc.).
- **VIOLENZA DI GENERE:** comprende tutti gli atti di violenza compiuti in base al genere, che causano o possono causare sofferenza fisica, psicologica, sessuale, economica. Comprende anche le minacce di compiere questi atti, nonché la coercizione e la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita privata che nella vita pubblica. Sono atti "fondati sul genere" in quanto diretti contro la donna in quanto tale, oppure in quanto atti che colpiscono le donne in modo sproporzionato. Comprendono anche gli atti compiuti contro donne minori di anni 18.
- **VIOLENZA FISICA:** comprende l'insieme di atti che mirano, per mezzo dell'uso della forza fisica o della minaccia del suo uso, a ferire, intimidire, colpire, trattenere una donna o a costringerla a fare o a non fare qualcosa contro la sua volontà. Può manifestarsi attraverso atti o la minaccia di atti che risultano lesivi in modo diretto o indiretto dell'integrità fisica della donna (colpire, schiaffeggiare, tagliare, bruciare, stratonare, tirare per i capelli, tentare di soffocare, privare del sonno, privare di cure mediche, pizzicare, mordere, sputare addosso, lanciare oggetti addosso, ecc.).
- **VIOLENZA PSICOLOGICA:** comprende l'insieme di atti volti a esercitare un controllo coercitivo sulla

vittima, in una dinamica di pretesa e di controllo che diventa potenzialmente in grado di colpire l'identità della vittima, minandone l'autostima, la capacità critica, la fiducia in sé e la libertà di autodeterminazione. Comprende atti quali insultare, manipolare, diffamare, denigrare, ridicolizzare, disprezzare in pubblico o in privato, umiliare, minacciare, vessare, negare l'alterità della persona e considerarla come una proprietà da controllare e modellare, negarne i sentimenti, rifiutarsi di parlarle, trattarla come fosse invisibile, isolarla socialmente, ostacolare rapporti con amici e familiari, manipolare insinuando in lei un dubbio sulla veridicità e affidabilità delle proprie percezioni (gaslighting), ecc.

- **VIOLENZA SESSUALE:** comprende qualsiasi atto sessuale che sia stato imposto con la forza fisica o con la minaccia dell'uso della forza, oppure tramite l'induzione di uno stato di soggezione psicologica, oppure approfittando di un'incapacità cronica o temporanea di esprimere un lucido consenso. È violenza sessuale anche quella perpetrata quando l'atto viene compiuto ugualmente nonostante il consenso, inizialmente prestato, venga successivamente ritirato (per un ripensamento o mancata condivisione delle modalità di consumazione del rapporto). È violenza sessuale anche quella perpetrata nei confronti del coniuge o partner quando manca il consenso. Comprende atti quali stuprare, toccare o palpeggiare in assenza di consenso, imporre pratiche percepite come umilianti o dolorose, imporre la visione di materiale pornografico, imporre l'assunzione di alcool o droghe per favorire la disponibilità sessuale, approfittare di un alterato stato di coscienza (per farmaci, droghe, ecc.), le umiliazioni e i comportamenti denigratori con connotazione sessuale, imporre rapporti non protetti, imporre una gravidanza, esporre la partner a malattie a trasmissione sessuale negando l'uso di profilattici, ecc.
- **VITTIMIZZAZIONE SECONDARIA:** generalmente si parla di "vittimizzazione secondaria" (o "post-crime victimization") quando le vittime di crimini subiscono una seconda aggressione, che le rende di nuovo vittime, da parte delle istituzioni. La vittimizzazione secondaria può essere definita una condizione di ulteriore sofferenza e oltraggio sperimentata dalla vittima in relazione ad un atteggiamento di insufficiente attenzione, o di negligenza, o di una incapacità di comprensione e di ascolto da parte delle istituzioni nella fase del loro intervento e si manifesta nelle ulteriori conseguenze psicologiche negative che la vittima subisce.

8. ALLEGATI

- Allegato 1: Consenso informato per le vittime di violenza e abusi
- Allegato 2: Consenso alle procedure di refertazione e conservazione delle tracce biologiche
- Allegato 3: Scheda di rilevazione dati per i casi di violenza in Pronto Soccorso
- Allegato 4: Valutazione delle lesioni

- Allegato 5: Strumento identificazione della violenza domestica - HITS
- Allegato 6: Valutazione del rischio di re-vittimizzazione - Danger Assessment 5
- Allegato 7: Attivazione della rete
- Allegato 8: Protocollo ASL LE -118 di presa in carico multidisciplinare delle vittime di violenza di genere
- Allegato 9: Algoritmo di intervento 118
- Allegato 10: Protocollo operativo in caso di presunta violenza sessuale

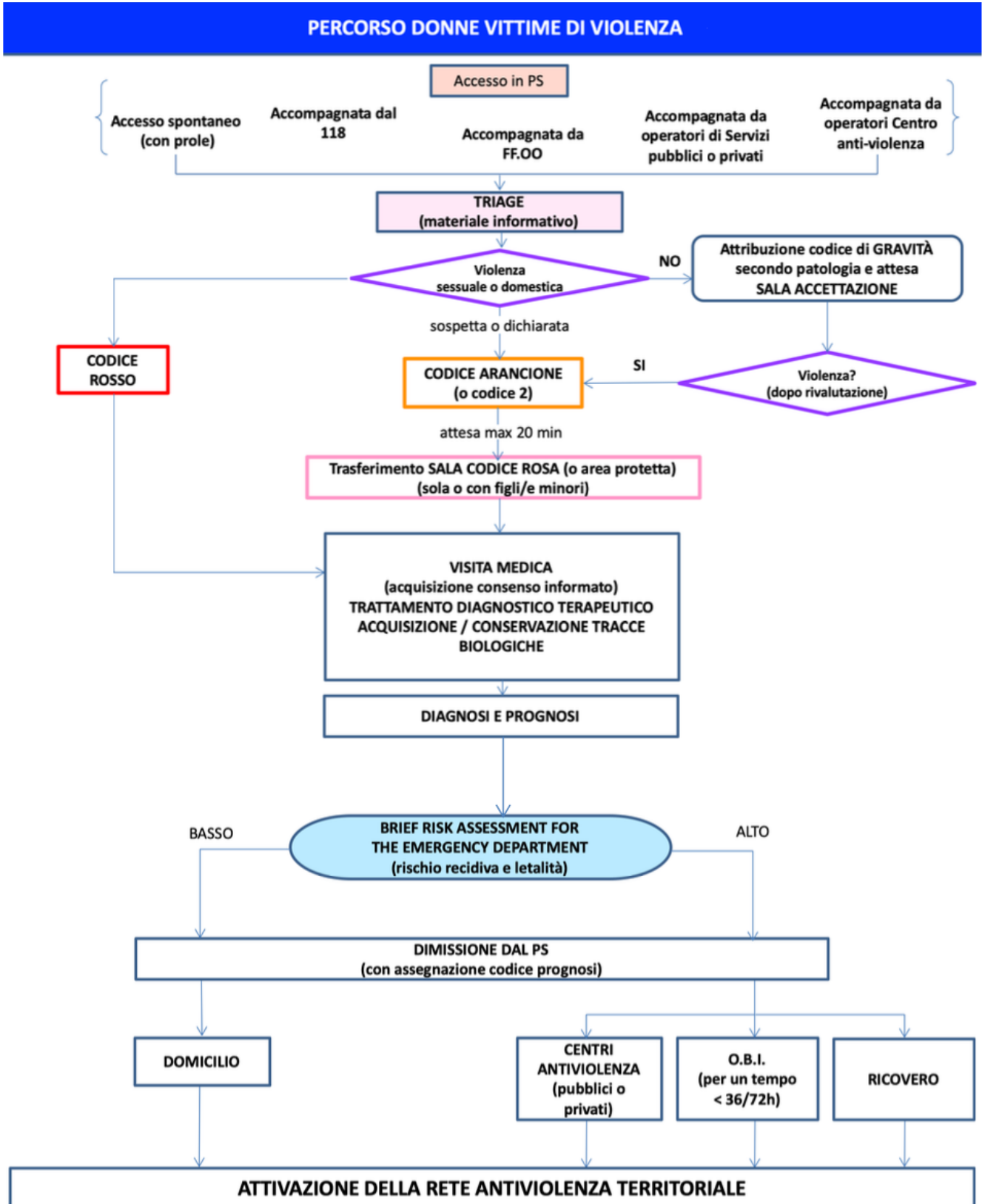
9. FONTI

- Accordo tra Ministero della Salute e Istituto Nazionale di Statistica per l'alimentazione della banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari, 20 novembre 2019.
- Assemblea Generale delle Nazioni Unite. *“I diritti dei bambini. Rapporto a cura dell'esperto indipendente delle Nazioni Unite incaricato di realizzare uno studio sulla violenza sui bambini”*, 2006.
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata. *Approvazione del percorso clinico-assistenziale in Emergenza della donna e del minore vittime di violenza*, 2018.
- Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute (Dors) – Regione Piemonte. *Vademecum per psicologi su violenza di genere e violenza domestica*, 17 dicembre 2019. <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3365>.
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 *“Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”*, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 24 del 30-01-2018. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/sg>
- D.G.R. 8 ottobre 2020, n.1641 *“Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età – Manuale operativo”*, BURP n. 145 del 20/10/2020.
- D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1556 *“L.R. 29/2014 - Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020. Adozione del Piano integrato di interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere 2019 – 2020”*, BURP n. 106 del 17-9-2019.
- Fanci G. *“La vittimizzazione secondaria: ambiti di ricerca, teorizzazioni e scenari”*. Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. V – N. 3 – Settembre-Dicembre 2011.
- Istituto Superiore di Sanità. Corso FAD *“Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali Unità I”*, 2020.
- ISTAT. Comunicato stampa *“Le richieste di aiuto durante la pandemia”*. <https://www.istat.it/it/archivio/257704>.



- Legge 27 giugno 2013, n. 77 “*Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011*”, G.U. Serie Generale , n. 152 del 01 luglio 2013.
- LR n.29/2014 “*Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne*”.
- Micci L., Calabrò E., *Un approfondimento sull'accoglienza in Pronto Soccorso della donna vittima di violenza*”, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Milano.
- Ministero della Salute. Accessi delle donne in PS per violenza nel triennio 2017-2019, anno 2020. https://www.istat.it/it/files//2020/11/report-dati-accessi-prontosoccorso_def-.pdf
- Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med* 1998; 30(7):508-12.
- Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 Nov;16(11):1208-16.

FLOW CHART



**ALLEGATO 1
CONSENSO INFORMATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ED ABUSI**

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PAZIENTE	
Cognome _____	Nome _____
Nata a _____ (Prov. _____) il ____/____/____	
DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI	
GENITORI (se paziente minorenne)	TUTORE / RAPPRESENTANTE LEGALE
SOGGETTO 1:	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____	(Prov. _____) il ____/____/____
SOGGETTO 2:	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____	(Prov. _____) il ____/____/____
DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE	
Io sottoscritto dichiaro	
di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente in ordine agli atti sanitari proposti attraverso colloquio con il Dott. _____	
ACQUISIZIONE DEL CONSENSO	
<p align="center">Pertanto liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali inoltre</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Autorizzo <input type="checkbox"/> Non autorizzo</p> <p align="center">gli atti sanitari proposti</p> <p align="center">- visita medica specialistica - accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio – trattamenti terapeutici</p> <p align="center">Dichiaro</p> <p>di essere a conoscenza della possibilità di revocare in ogni momento il consenso prestato prima dell'inizio dell'atto sanitario e del fatto che il materiale organico/inorganico, rinvenibile sulla propria persona attraverso esami di laboratorio ed eventualmente raccolto, sarà trattato dalla struttura sanitaria secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 in materia di conservazione e trattamento dei dati sensibili.</p> <p>Data ____/____/____</p>	
Firma dell'interessato/genitori/rappresentante legale	Firma del medico che acquisisce il consenso

(Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso)

REVOCA DEL CONSENSO

Liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza dichiaro di revocare il consenso prestato precedentemente ed al contempo **dichiaro** di aver ricevuto esauriente e comprensibile informazione delle conseguenze che tale revoca comporterà.

Data ___/___/___

Firma dell'interessato/genitori/rappresentante legale

Firma del medico che acquisisce la revoca consenso

(Da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori)

DICHIARAZIONE MOTIVAZIONE ASSENZA DI UNO DEI GENITORI

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____

(Prov. _____) il ___/___/___ residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ N _____

DICHIARO

1) Di essere genitore della paziente:

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____

(Prov. _____) il ___/___/___ residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ N _____

2) Che il mio stato civile è il seguente: coniugato/a vedovo/a separato/a

divorziato/a, in situazione di: - affidamento congiunto

- genitore affidatario

- genitore non affidatario

3) Che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 c.c., l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

lontananza impedimento altro _____

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma del medico)



ALLEGATO 2

CONSENSO ALLE PROCEDURE DI REFERTAZIONE E CONSERVAZIONE DELLE TRACCE BIOLOGICHE

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritta dichiaro:

- Di essere stata informata dal Dott. _____ sulle finalità del prelievo di eventuali tracce biologiche (sui miei indumenti che verranno eventualmente trattenuti e sul mio corpo), ritenuti utili per le indagini forensi, e che i suddetti reperti verranno consegnati all'Autorità Giudiziaria, nel caso la sottoscritta proceda a sporgere denuncia, o conservati per 18 mesi.
- Di essere stata informata sulle finalità dell'effettuazione delle immagini fotografiche.

Data ____/____/____

Firma dell'interessata _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Pertanto liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza

Autorizzo **Non autorizzo**

- il prelievo degli indumenti e di eventuali tracce biologiche ritenute utili per le indagini genetiche
- la consegna dei suddetti prelievi all'Autorità Giudiziaria
- la conservazione dei suddetti prelievi per 18 mesi.

Dichiaro

di acconsentire **di non acconsentire**

all'effettuazione delle immagini fotografiche

Data ____/____/____

Firma dell'interessata

Firma del medico che acquisisce il consenso

ALLEGATO 3

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI PER I CASI DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO

PARTE GENERALE

Identificativo scheda:

identificativo ISTAT della regione _____

del PS _____

identificativo della donna con il numero progressivo dell'accesso _____

Data di accesso _____ (gg/mm/aaaa) Ora di accesso _____ (hh/mm)

Sesso M F

Età della vittima _____ (anni)

RELAZIONE VITTIMA-AGGRESSORE

Autore della violenza:

Partner attuale Parente

Ex Partner Amico

Genitore Altro (*specificare*) _____

ALLEGATO 4

VALUTAZIONE DELLE LESIONI

Lesioni conseguenti all'episodio di violenza attuale:

Modalità lesive

- contusive
- arma bianca, arma da fuoco, asfissia, lesività termica
- presenza di sostanze chimico-tossicologiche sangue o urine
- numero minimo di eventi lesivi/poli d'urto _____

Prognosi/durata malattia

- < 1 settimana
- 7-20 giorni
- 21-40 giorni
- > 40 giorni

Per gli eventi lesivi più rilevanti (primi tre) indicare:

Tipologia lesione 1

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

Sede 1

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

Tipologia lesione 2

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

Sede 2

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

Tipologia lesione 3

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

Sede 3

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

In presenza di VIOLENZA SESSUALE:

Tipologia lesione

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni

Sede

- genitali esterni
- imene
- vagina
- ano

Modalità lesive

- contusive
- arma bianca, arma da fuoco, asfissia, lesività termica
- ustioni

- presenza di sperma
 - infezioni sessualmente trasmesse (*specificare*)
-


Lesioni semivecchie/vecchie riscontrate durante la visita o gli esami diagnostici:

Tipologia lesione (è possibile più di una risposta)

- cicatrici da taglio
- cicatrici da ustioni
- cicatrici contusive
- esiti di fratture (inclusi denti)
- esiti di lesioni interne (es.: splenectomia)

Sede (è possibile più di una risposta)

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA - PROCEDURE OPERATIVE-	Versione 1.0 luglio 2021 Pag. 28
---	--	--

ALLEGATO 5

STRUMENTO IDENTIFICAZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA

Strumento di screening HITS (Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed)

Quante volte il suo partner:	Mai 1	Raramente 2	Qualche volta 3	Abbastanza spesso 4	Frequentemente 5
<i>Le fa male fisicamente</i>					
<i>La insulta</i>					
<i>La minaccia</i>					
<i>Le urla</i>					
Punteggio totale					

Un punteggio finale superiore a 10 indica che la persona è a rischio di violenza domestica, ma la certezza assoluta si ha con punteggi che vanno tra **15 e 20**.

HITS ha dimostrato di essere uno strumento valido e coerente di screening, eccellente per l'identificazione delle vittime di violenze da parte degli operatori sanitari.

**ALLEGATO 6
VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE**

Danger Assessment 5

	SI	NO
Gli episodi di violenza sono diventati più frequenti o di maggiore gravità negli ultimi 6 mesi?		
Ha mai usato un'arma contro di lei, o l'ha mai minacciata con un'arma?		
Pensa che lui sarebbe capace di ucciderla?		
E' mai stata percossa da lui mentre era incinta?		
E' geloso di lei in maniera costante e aggressiva?		

Il **DA5**, versione ridotta del Danger Assessment, è uno strumento di valutazione breve adatto agli operatori del Pronto soccorso, in grado di identificare le vittime con elevato rischio di subire aggressioni gravi o parzialmente letali da parte di partner attuali o passati. Tale valutazione consente l'attivazione di un intervento assistenziale a donne e bambini mirato e tempestivo.

La scala è composta da 5 item e la **risposta positiva ad almeno 3 domande denota un rischio elevato di escalation e/o di re-vittimizzazione per la donna.**

ALLEGATO 7

ATTIVAZIONE DELLA RETE

Alla dimissione vengono date alla vittima indicazioni sulle strutture afferenti alla rete anti-violenza (es. recapiti, indirizzi, servizi offerti)?

- SI NO (*specificare il motivo*) _____

Se SI, quali strutture? (è possibile più di una risposta)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Equipe Multidisciplinare Integrata | <input type="checkbox"/> Centri anti violenza |
| <input type="checkbox"/> Consultori | <input type="checkbox"/> Servizi sociali |
| <input type="checkbox"/> Centro Specialistico per la Cura del Trauma | <input type="checkbox"/> Case rifugio Interpersonale |

Se NO, perché?

- È in osservazione breve intensiva (OBI)
 Abbandona il colloquio spontaneamente
 È stata ricoverata
 Altro (*specificare*) _____

La vittima ha figli minori?

- NO, non ha figli
 NO, ha figli ma sono tutti maggiorenni
 SI

Se SI, è stato previsto un percorso di assistenza anche per loro?

- SI (*specificare quale*) _____
 NO (*specificare il motivo*) _____

Sono state chiamate le forze dell'ordine?

- SI
 NO
 Le forze dell'ordine sono già al corrente/hanno portato loro la donna

ALLEGATO 8

Azienda Sanitaria Locale LECCE – Centrale Operativa 118 Provinciale

PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DELLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

INTERVENTO DEL 118

La violenza ed il soccorso SEUS 118

Il dispatch telefonico deve, nei limiti previsti, comprendere se l'allertamento del 118 può far sospettare una richiesta di aiuto/soccorso per una persona vittima di violenza di genere (donne, minori). L'esperienza professionale dell'operatore di Centrale può indurre a percepire che trattasi di atto di violenza, da eventuali tentennamenti, imprecisioni inspiegabili, termini utilizzati, toni della voce, ecc.

Nei casi di sospetta violenza gli interventi di soccorso sono svolti congiuntamente alle Forze dell'Ordine in quanto potenzialmente pericolosi per i soccorritori.

CENTRALE OPERATIVA 118

A livello di sala operativa inserire, nel "cartellino Emergenze" (intervista e triage telefonico), alcune note specifiche, quando dall'intervista emerge qualcosa di anomalo nella richiesta di aiuto. Sul cartellino devono essere annotati i sospetti degli operatori in relazione alle risposte dell'utente ad alcune domande caratterizzanti. Il sospetto deve essere riferito alle Forze dell'Ordine attivate. Tale procedura deve essere funzionale all'attivazione del percorso della vittima.

ANTICIPAZIONE (PROCEDURA STANDARD)

L'anticipazione prevede il controllo dell'attrezzatura e l'assegnazione dei compiti all'interno dell'equipaggio da parte del leader dell'equipe, che informa i suoi collaboratori circa la tipologia dell'evento, anche in previsione del comportamento da tenere con la vittima ed eventuali altri soggetti presenti.

L'equipaggio dell'ambulanza deve chiedere alla Centrale Operativa (C.O.):

- se le Forze dell'Ordine sono state allertate ed una stima dei tempi di arrivo;
- se vi sono state in passato altre chiamate od episodi dello stesso genere dalla stessa abitazione ed altre notizie eventualmente a conoscenza degli Operatori di Centrale.

ARRIVO SUL POSTO

- Spegner la sirena ed i lampeggianti prima dell'arrivo sul target;
- parcheggiare l'ambulanza in sicurezza, in modo da garantirsi una via di fuga;
- all'arrivo fare una attenta valutazione della scena (ascoltare da fuori eventuali urla o rumori di una lite animata). In questi casi non entrare, raggiungere l'ambulanza, comunicare alla C.O. quanto visto e/o ascoltato ed attendere l'arrivo delle forze dell'ordine, allertate dalla C.O.
- suonare alla porta, facendo attenzione a non sostare davanti ad essa;
- assicurarsi (se di notte) che le luci siano accese, valutare la presenza di segni che indicano l'uso di sostanze psicotrope, di evidenti indizi di violenza verso oggetti od arredi domestici: mobili, porte, bicchieri e bottiglie;
- valutare il numero e l'aspetto delle persone presenti sulla scena;
- muoversi lo stretto necessario per non "inquinare" la scena, per eventuali rilievi nel corso di indagini;
- agire con estrema prudenza verificando visivamente la scena ad ampio raggio, evitando di trovarsi con persone potenzialmente pericolose dietro le spalle.

Evitare di trattenersi in ambienti con oggetti potenzialmente lesivi (coltelli, lame, bastoni, bottiglie ecc.). L'equipe deve rimanere possibilmente unita e pronta a fuggire avendo tracciato all'entrata nell'abitazione una possibile via di fuga. La stessa prudenza deve essere adottata quando si interviene fuori da un'abitazione.

APPROCCIO CON LA VITTIMA

Se la vittima di violenza presenta gravi lesioni traumatiche, procedere secondo l'algoritmo PTC (Primary Survey & Secondary Survey).

Se la vittima non presenta lesioni che richiedono un intervento immediato, è importante cercare di parlare con lei in un ambiente separato da altri (familiari o altre presenze sulla scena). Farla quindi accomodare nell'ambulanza spiegandole che in essa sono presenti presidi necessari per una visita più approfondita. Parlare chiaramente spiegando il proprio ruolo e non esprimere mai giudizi, sospetti o supposizioni. Spiegare che le domande che verranno poste sono standard e vengono poste a tutte le vittime di un evento traumatico.

Poiché spesso la vittima di violenza tende a non dichiarare o a riferire in parte quello che realmente le è successo o a minimizzare l'accaduto, è importante che il soccorritore riconosca i possibili "indicatori" di violenza quali:

- spavento, ansia e paura di fronte agli altri membri della famiglia o conoscenti;
- esitazione nel racconto dell'accaduto e della dinamica del trauma;
- contrasto tra la vittima e i familiari rispetto all'accaduto;
- mancata corrispondenza tra il racconto della vittima e il tipo di lesione;
- disturbi dichiarati dalla vittima vaghi e di tipo diverso come frequenti cefalee, insonnia, disturbi addominali, dolori vari;
- interruzione improvvisa del racconto con accessi di pianto e/o silenzi improvvisi;
- comportamenti/sguardi sospetti verso il possibile autore della violenza (sguardi fuggaci, mimica facciale, facies spaventata ecc.);
- stato di gravidanza della vittima e presenza di lesioni (soprattutto all'addome e al seno);
- presenza di lesioni varie in differenti stadi di evoluzione;
- atteggiamento disinteressato da parte dei familiari/conoscenti della vittima e tentativo di impedirne il trasporto in ospedale;
- ritardo grave ed ingiustificato nella richiesta di soccorso;
- presenza di altre chiamate al 118 per le stesse motivazioni da parte della stessa famiglia.

Verificare la presenza di lesioni a testa, faccia e collo, schiena e natiche, seno, braccia, addome, genitali, in quanto esse sono le tipologie più frequenti nei casi di violenza.

In presenza di uno o più di questi segni/indicatori è necessario porre domande più specifiche come ad esempio:

*"Sembra che qualcuno ti (l')abbia malmenata. Mi puoi(può) raccontare cosa è successo con precisione? Ti ascolto".
"A volte capita che persone che chiamano il 118 per sintomi come i tuoi (suoi), risultano poi avere problemi in famiglia. È questo quello che è successo?".
"A volte le persone con i tuoi (suoi) stessi problemi, subiscono violenza da qualcuno che amano. È il tuo (suo) caso?"*

- È importante spiegare alla vittima che chi la sta soccorrendo conosce la dinamica della violenza ed è preparato per intervenire nel migliore dei modi, che le richieste al 118 per gli stessi casi sono numerose, che il comportamento di una persona violenta non è normale e che la vittima verrà assistita e non verrà lasciata sola anche successivamente.
- È importante cercare di convincere la donna ad andare in ospedale o a trovare accoglienza presso una residenza protetta, quindi segreta, in caso di lesioni di scarsa entità (contattare la C.O. per l'attivazione del percorso successivo).

Considerare:

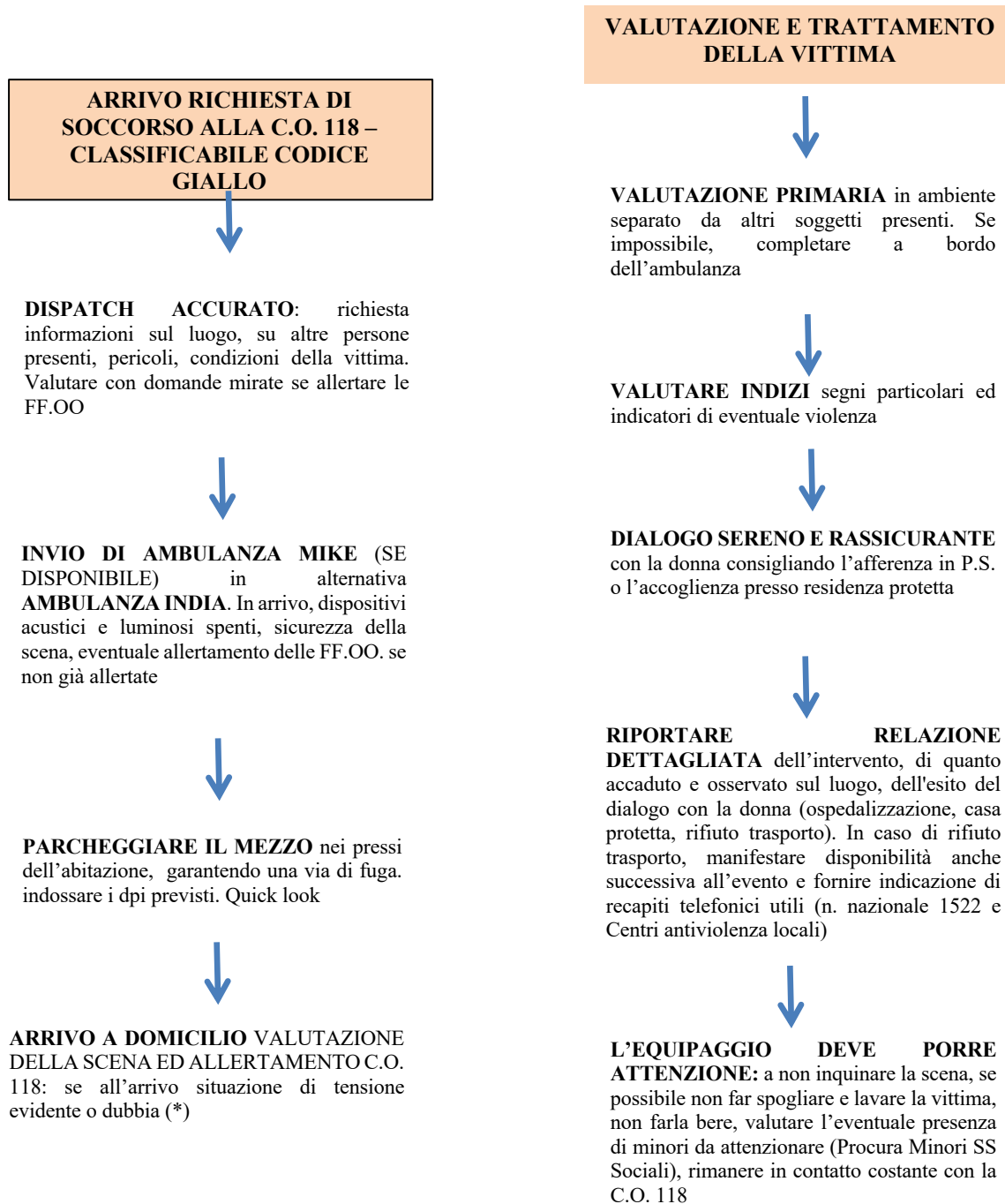
- Che se l'aggressore non fosse presente al momento dell'arrivo dell'ambulanza, potrebbe ripresentarsi una volta che i soccorritori e le forze dell'ordine lasciano la scena. Nel caso ci siano minori ricordare alla vittima che potrebbero subire loro stessi violenza (segnalare S. Sociali/Tribunale Minori).
- È necessario ricordarsi che un episodio di violenza, oltre all'aspetto strettamente sanitario, presenta un risvolto legale. Pertanto, è estremamente importante la corretta e completa compilazione della scheda di ambulanza e del Cartellino Emergenze che, oltre a riportare i dati dell'esame obiettivo, descriva anche lo stato dei luoghi ed il risultato del dispatch. Se la vittima viene condotta in ospedale, il soccorritore, in assenza

delle Forze dell'Ordine, sarà l'unico testimone della scena. Inoltre, il soccorritore potrà essere chiamato dall'Autorità Giudiziaria in qualità di testimone. È importante infine cercare di non alterare e contaminare la scena del reato.

--Ai fini della repertazione è indispensabile, già sul luogo dell'accaduto e nei limiti del possibile (deterzione di ferite, medicazioni) non inquinare la scena, non lavare la vittima, non farla bere, non farla spogliare. Nel caso ciò fosse necessario, gli abiti dovrebbero essere conservati in un sacchetto sterile senza eccessive manipolazioni e consegnato insieme alla paziente in Ospedale. Alla vittima deve essere garantita la protezione termica e la riservatezza.



**ALLEGATO 9
ALGORITMO DI INTERVENTO 118**



- (*) Posizionare l'Ambulanza in luogo sicuro e con via di fuga
- Suonare alla porta non sostandoci davanti e verificare eventuali segni di perpetrata violenza e di uso di sostanze psicotrope
- Durante la visita e l'accesso presso l'abitazione controllo sempre a 360° e mantenere una via di fuga libera
- Permanere in ambienti dove sono assenti strumenti od oggetti adatti ad offendere (coltelli, lame, bastoni, bottiglie ecc).



ASL Lecce

PugliaSalute

**PERCORSO PER LE DONNE CHE
SUBISCONO VIOLENZA
- PROCEDURE OPERATIVE-**

Versione 1.0
Luglio 2021
Pag. 35

**ALLEGATO 10
PROTOCOLLO OPERATIVO IN CASO DI PRESUNTA VIOLENZA SESSUALE**