

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI e DISABILITÀ	
tel + 39 040 377 5551 fax + 39 040 377 5523	salute@certregione.fvg.it salute@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

Decreto n°

Percorso Ospedaliero per le donne che subiscono violenza

Il Direttore sostituto dell'Area dei servizi assistenza ospedaliera

Alla luce della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica del 11 maggio 2011 (Convenzione di Istanbul), primo documento internazionale sulla violenza contro le donne, giuridicamente vincolante sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica;

Considerate le Linee guida dell'OMS del 2013 che riportano, come prima raccomandazione, la garanzia dell'offerta di un supporto immediato alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza o di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 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", di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne e che delinea il *percorso per le donne che subiscono violenza* con l'obiettivo di fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Rilevato che il suddetto documento sottolinea l'importanza di garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.

Tenuto conto che Le Linee guida nazionali si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio-sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che a diverso titolo operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne, come di seguito individuati:

- Servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ospedalieri e territoriali;
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri antiviolenza 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 - Citta' metropolitane - Comuni).

Rilevato che il DPCM/2017 indica che ogni attore della rete antiviolenza territoriale deve agire secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna e che devono essere definiti protocolli operativi di rete specifici e strutturati che garantiscano il raccordo operativo e la comunicazione tra la struttura sanitaria e ospedaliera e i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento.

Tenuto conto della Legge 69 del 19 luglio 2019 che apporta modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e indica altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere;

In considerazione di quanto su esposto, la Regione Friuli Venezia Giulia nel corso del 2018 ha attivato un gruppo di lavoro costituito da professionisti esperti sulla tematica per la definizione di uno strumento regionale a garanzia del raccordo operativo e della comunicazione tra ospedali e territorio ai fini della presa in carico della donna vittima di violenza;

Valutato che lo strumento è il risultato del recepimento delle indicazioni normative e dell'aggiornamento e integrazione dei documenti aziendali preesistenti; e che risulta attuale e fornisce indicazioni condivise tra operatori per gli interventi previsti nei diversi setting, finalizzati alla presa in carico e cura della donna vittima di violenza;

Ritenuto di approvare il documento regionale che recepisce il DPCM 24 novembre 2017 "Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza" allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante;

Tutto ciò premesso

Decreta

1. Di adottare a livello regionale il documento regionale che recepisce il DPCM 24 novembre 2017: "Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza" allegato al presente decreto e di cui costituisce parte integrante.
2. Di trasmettere copia del presente provvedimento a tutti gli Enti del Servizio sanitario regionale affinché diano puntuale attuazione alle Linee guida nazionali in esso recepite a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria e sociale, coinvolgendo i professionisti dei setting ospedalieri e territoriali.
3. Di affidare alle Aziende sanitarie che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, il monitoraggio dell'adozione del documento approvato,

Il Direttore di Area Sostituto
DR.ssa Gianna Zamaro



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale



G O V E R N O C L I N I C O

Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale



G O V E R N O C L I N I C O

Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza

REGIONE FRIULIVENEZIA GIULIA
 Direzione centrale salute,
 politiche sociali e disabilità
 Direttore centrale: Dorbolò Stefano
 Area servizi assistenza ospedaliera
 Direttore sostituto: Zamaro Gianna

Redazione del documento

Barbano Emanuela	Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine
Bozzi Gabriella	Consultorio di Gorizia, AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Calci Mario	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine - Direzione centrale salute
Casarsa Sara	Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Palmanova, AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Cicuto Patrizia	Distretto Livenza, AAS 5" Friuli Occidentale"
Comar Manola	SS Diagnostica Avanzata, IRCCS Burlo Garofolo
De Laszlo' Paola	Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Monfalcone, AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Del Zotto Raffaella	Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Tolmezzo, AAS 3 "Alto Friuli, collinare e medio Friuli"
Della Marina Paola	Servizio Professioni, Ospedale di Tolmezzo, AAS 3 "Alto Friuli, collinare e medio Friuli"
Di Benedetto Alessia	Pronto Soccorso, Ospedale di Tolmezzo, AAS 3 "Alto Friuli, collinare e medio Friuli"
Di Maria Anna	Pronto Soccorso Ospedale di S. Vito al Tagliamento, AAS 5" Friuli Occidentale"
Donati Fiorella	Distretto di Tarcento, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine
Dudine Luisa	Direzione Sanitaria e Dipartimento Assistenza Ospedaliera - Azienda sanitaria integrata universitaria Trieste
Ferreira Clara	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUITS
Galluzzo Cristina	Distretto di Cividale Azienda sanitaria integrata universitaria Udine
Gerin Daniela	Consultorio Familiare Distretto 2 Azienda sanitaria integrata universitaria Trieste
Germani Claudio	Pronto Soccorso IRCCS Burlo Garofolo
Giornelli Roberta	Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Monfalcone, AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Gobbato Carlo Antonio	Direzione generale, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine
Lubini Eloisa	Pronto Soccorso Ospedale di Monfalcone, AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Nadalini Laura	Distretto di Udine, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine
Nascimben Fabiana	Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza, Ospedale di Pordenone, AAS 5" Friuli Occidentale"
Novello Laura	Servizio Sociale IRCCS Burlo Garofolo
Pinzano Roberta	Ostetricia e Ginecologia Ospedale di S. Vito al Tagliamento, AAS 5" Friuli Occidentale"
Prezza Marisa	Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità
Rocco Chiara	Pronto Soccorso, Ospedale di Tolmezzo, AAS 3 "Alto Friuli, collinare e medio Friuli"
Santangelo Nicoletta	Ostetricia e Ginecologia IRCCS Burlo Garofolo
Toscani Paola	Gestione Prestazioni Sanitarie, Ospedale di Pordenone, AAS 5" Friuli Occidentale"
Tunini Chiara	Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Regione FVG
Nisco Letizia	Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Regione FVG
Uanetto Maria Teresa	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza AAS2 "Bassa Friulana-Isontina"
Virgili Guerrina	Direzione Medica Ospedale San Daniele del Friuli, AAS 3 "Alto Friuli, collinare e medio Friuli"
Verardi Giuseppa	Direzione Professioni Sanitarie IRCCS Burlo Garofolo
Urriza Marianela	Direzione Sanitaria IRCCS Burlo Garofolo
Zanchetta Lisa	Distretto Livenza, AAS 5" Friuli Occidentale"
Zanello Elisa	Ufficio Continuità Assistenziale, Direzione Sanitaria IRCCS Burlo Garofolo
Zoratto Valentina	Pronto Soccorso Azienda sanitaria integrata universitaria Trieste

Revisione e Approvazione

Calci Mario	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Azienda sanitaria integrata universitaria Udine - Direzione centrale salute
Prezza Marisa	Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità
Zamoro Gianna	Area servizi assistenza ospedaliera - Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità

Il documento è pubblicato sul sito internet della regione Friuli Venezia Giulia

Link: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFGV/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA134/>

*"La violenza contro le donne è forse la violazione
dei diritti umani più vergognosa.*

Essa non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza.

Fin tanto che continuerà, non potremo pretendere

di aver compiuto dei reali progressi verso

l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace"

Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite

SOMMARIO

ACRONIMI.....	4
PREMESSA.....	5
VIOLENZA DI GENERE: CONCETTI, DEFINIZIONI e CONSEGUENZE SANITARIE.....	7
INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO	9
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PDTA	10
OBIETTIVI SPECIFICI.....	10
DESTINATARI.....	11
ORGANIZZAZIONE REGIONALE.....	11
INFORMAZIONI / INDICAZIONI GENERALI.....	12
PERCORSO CLINICO E SOCIO-ASSISTENZIALE DELLA DONNA CHE SUBISCE VIOLENZA	13
FASE PRE-OSPEDALIERA.....	13
Matrice 1: Accesso della donna a Servizio/Struttura Territoriale.....	14
FASE OSPEDALIERA	15
Accompagnamento Della Donna In Situazioni Di Emergenza - Indicazioni Operative.....	15
Matrice 2: Accesso In Pronto Soccorso.....	16
Flow Chart Ospedaliera.....	20
FASE POST OSPEDALIERA.....	21
INDICATORI.....	21
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	22
RIFERIMENTI LEGISLATIVI.....	22
ALLEGATO I - SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	24
ALLEGATO II - GESTIONE CLINICA DELLA DONNA IN PRONTO SOCCORSO.....	25
ANAMNESI.....	25
ESAME OBIETTIVO	25
ALLEGATO III - ELENCHI E RIFERIMENTI DEI CENTRI ANTIVIOLENZA REGIONALI E DEI CONSULTORI REGIONALI	27

ACRONIMI

AAS	Azienda per l'assistenza sanitaria
AG	Autorità giudiziaria
ASAO	Area servizi assistenza ospedaliera
ASUITS	Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste
ASUIUD	Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine
CAV	Centro anti violenza
CR	Casa rifugio
DEA	Dipartimento d'emergenza e accettazione
DCSPSD	Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità
FF.OO.	Forze dell'ordine
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
MMG	Medici di medicina generale
NUE	Numero unico emergenza
OBI	Osservazione breve intensiva
OMS	Organizzazione mondiale sanità
PLS	Pediatri di libera scelta
PPI	Punto di primo intervento
PS	Pronto Soccorso
SORES-FVG	Sala operativa regionale emergenza sanitaria – Friuli Venezia Giulia
SS	Struttura semplice
VD	Violenza domestica
VDE	Violenza domestica economica
VDF	Violenza domestica fisica
VdG	Violenza di genere
VDP	Violenza domestica psicologica
VDS	Violenza domestica sessuale
VS	Violenza sessuale

PREMESSA

È "violenza contro le donne ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà". Così recita l'art 1 della dichiarazione ONU sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993)¹.

I dati della letteratura e le statistiche nazionali sulla violenza di genere, si riferiscono pressoché completamente ai soggetti di sesso femminile che subiscono violenza, in quanto la violenza di genere ha un'estensione e una gravità che non ha eguali, basandosi, appunto, su differenza di "genere". Per tale motivo il presente documento è declinato al femminile, pur sapendo che esistono casi di soggetti di sesso maschile che subiscono violenza da parte di soggetti di sesso femminile; il presente protocollo servirà anche in queste situazioni, in quanto vuole cambiare la cultura della violenza, qualsiasi sia la sua espressione.

Il percorso della donna che si accinge ad uscire da una relazione di violenza è lungo e faticoso, costellato da slanci e ripensamenti, in quanto la donna si trova ad affrontare prima di tutto il suo senso di colpa e di vergogna, la sensazione di isolamento e solitudine e di inutilità dell'azione che si sta accingendo a fare. Gli ostacoli sono di varia natura, psicologici (impotenza, inadeguatezza, vergogna, bassa considerazione di sé), economici, sociali, culturali. Le difficoltà che la donna affronta sono correlate alla presenza di figli minori, alla presenza o meno di una rete familiare, amicale e di supporto, alle barriere linguistiche e culturali, alle eventuali disabilità. Le donne possono adottare strategie di *coping* per far fronte alle situazioni di violenza apparentemente disfunzionali, ma finalizzate alla sopravvivenza loro e dei loro figli o comportamenti a rischio (uso di alcool, farmaci o droghe), che spesso fungono da mediatori alla situazione stressante che vivono. Diventano quindi dei "meccanismi", con risvolti fisiologici, comportamentali e cognitivi per sopportare e sopravvivere a situazioni stressanti e drammatiche, che si esplicano come apparenti collusioni vittima-carnefice, tentativi di compiacimento per evitare scoppi d'ira o esplosioni di violenza, tentativi di rendere meno infernale una situazione che da molti esperti è stata paragonata allo stress subito dalle vittime di rapimento o dalle vittime di guerra. È per questi motivi che le donne appaiono spesso incerte nel percorso di uscita dalla violenza, con momenti di assoluta determinazione alternati a momenti di ripensamento, sono a volte contraddittorie nella denuncia, alternando stati d'animo di paura a dichiarazioni d'amore per il maltrattante; queste incertezze possono provocare nell'operatore non formato dubbi, perplessità su cosa dire e fare ma, anche possibili stati d'animo di fastidio e intolleranza, sino all'idea che si tratti di menzogne e che, quindi, non meritino di essere credute. Alla luce di queste considerazioni, appare chiaro come sia fondamentale il riconoscimento precoce delle donne che subiscono violenza e la necessità di un'adeguata formazione degli operatori (sanitari e non) che possono venire a contatto. Gli operatori sanitari hanno un ruolo di particolare rilevanza nel riconoscimento della violenza di genere, spesso sono gli unici ad entrare in contatto con la donna vittima di violenza e gli unici a cui la donna potrebbe rivelare quanto le è accaduto o le sta accadendo.

In linea con queste considerazioni, i riferimenti documentali e normativi specifici per la costruzione di strumenti operativi necessari ad omogeneizzare i comportamenti dei professionisti sono:

- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla "Prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica", meglio conosciuta con il nome di Convenzione di Istanbul (2011)²;
- Linee guida dell'OMS (2013)³, la cui prima raccomandazione così recita: "alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza da parte di un partner intimo (o altro membro della famiglia), o di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona sia garantita l'offerta di un supporto immediato";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 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". Il documento obbliga le Aziende Sanitarie e Ospedaliere a garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale - compreso quello convenzionato (es. medici di famiglia, pediatri, medici specialisti e psicologi ambulatoriali, ecc.). Inoltre in ogni Pronto Soccorso deve essere garantito

¹ Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993) Data di adozione 20/12/1993 Organizzazione delle Nazioni Unite, Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993. <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

² 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 http://www.governo.it/GovernoInforma/dossier/8_marzo_2014/convenzione_istanbul_violenza_donne.pdf

³ *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO. Clinical and policy guidelines* © World Health Organization 2013 - Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne" - Orientamenti e linee guida dell'OMS, 1 edizione - 2014 Giovanni Fioriti Editore s.r.l Roma

l'accoglimento della donna, valutato il rischio di subire nuovi atti di violenza ed avviato il progetto più adeguato al momento, raccordandosi anche con la Rete dei servizi socio-sanitari.

Fermo restando che tutti gli operatori sanitari devono essere formati nel riconoscimento e nella gestione del primo approccio alla donna, senza giudicarla e senza obbligarla a fare alcuna scelta, sapendo indirizzarla ed anche informandola sugli obblighi a cui sono sottoposti gli incaricati di pubblico servizio, bisogna considerare che il supporto ad una donna vittima di violenza prevede diversi livelli di approfondimento e di competenze, che necessitano di un livello ulteriore di formazione su aspetti specifici. Alcune esperienze nazionali e regionali dimostrano la funzionalità e l'opportunità di avere a disposizione, nei servizi di Pronto Soccorso, personale specializzato e dedicato ad attuare alcune di queste importanti azioni nella gestione della donna. Le esperienze condotte evidenziano che la presenza di personale specializzato aumenta l'efficacia della presa in carico e il successo della continuità assistenziale con l'attivazione della Rete extraospedaliera.

Il presente documento è stato elaborato da un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare attivato in Regione al fine di dare attuazione operativa alle indicazioni riportate nel DPCM 24/11/2017. Lo strumento è il risultato della revisione/aggiornamento dei vari documenti aziendali preesistenti alla luce dei riferimenti documentali e normativi di cui al paragrafo precedente ed è strutturato in una prima sezione dedicata ai contenuti specifici ed una sezione di dettaglio, strutturata in matrici, che indicano le singole azioni, i professionisti e i *setting* di riferimento nella gestione della donna vittima di violenza.

VIolenza di Genere: Concetti, Definizioni e Conseguenze Sanitarie

La violenza di genere è una violenza diretta verso una persona sulla base della sua appartenenza ad un genere, ovvero da parte degli uomini contro le donne in quanto donne.

La Convenzione di Istanbul del 2011 è il primo documento internazionale sulla violenza contro le donne, giuridicamente vincolante sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica. Nel documento rispetto alla violenza nei confronti delle donne si legge: *con l'espressione "violenza nei confronti delle donne" si 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 tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata."*⁴

Il termine VdG fa riferimento a tutte le forme di coartazione della libertà e di dominio sulla vita e sul corpo femminile (di donne e bambine), di sopruso o riduzione dell'autonomia e delle libertà personali, anche in relazione all'orientamento sessuale. Alla VdG sottendono modelli culturali – espliciti o impliciti – portatori di rapporti asimmetrici tra i generi e generazioni considerati una grave violazione dei diritti umani. Il fenomeno è ampiamente diffuso su scala mondiale, colpisce le donne indipendentemente dalla loro etnia, religione, classe sociale, grado di istruzione, reddito, età e rappresenta uno degli strumenti con cui alle donne viene impedito il raggiungimento dell'autonomia, dell'autodeterminazione e dell'uguaglianza.

La Convenzione di Istanbul include le donne con meno di 18 anni e prevede anche la condanna delle mutilazioni genitali femminili, dei matrimoni forzati e con le bambine, l'aborto e la sterilizzazione forzati; inoltre la Convenzione sancisce la protezione dei bambini inseriti in contesti di violenza domestica.

I bambini, quindi, vengono riconosciuti come vittime di violenza domestica anche in quanto testimoni di violenze all'interno della famiglia; tale situazione configura quella che è comunemente definita "violenza assistita". La "violenza assistita" è qualcosa di più della presenza in ambito familiare di violenza, ma è il fare esperienza da parte del bambino di una qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure effettivamente significative, adulte e minori, e a cui il minore assista in modo diretto o indiretto. Il bambino può fare esperienza di tali atti quando è presente ed avvengono nel suo campo percettivo e/o indirettamente quando il minore ne è a conoscenza" (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia CISMAI). Il fenomeno ha costi personali, sociali e sanitari elevatissimi.

La violenza di genere comprende differenti forme di violenza che si manifestano in agiti caratteristici e riconducibili a reati diversi. L'articolo 2 della dichiarazione ONU (1993)⁵ così recita: *"La violenza contro le donne dovrà comprendere, ma non limitarsi a, quanto segue:*

- a. *La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse le percosse, l'abuso sessuale delle bambine nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legata allo sfruttamento;*
- b. *La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene all'interno della comunità nel suo complesso, incluso lo stupro, l'abuso sessuale, la molestia sessuale e l'intimidazione sul posto di lavoro, negli istituti educativi e altrove, il traffico delle donne e la prostituzione forzata;*
- c. *La violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o condotta dallo Stato, ovunque essa accada.*

Di seguito sono riportate e descritte le forme più comuni di violenza contro le donne.

Violenza Domestica (VD): agita attraverso uno o più atti gravi ovvero non episodici di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verifica all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra persone legate, attualmente o in passato, da un vincolo di matrimonio o da una relazione affettiva indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima. Tale forma è subdola e spesso misconosciuta in quanto, culturalmente, è accettata una certa forma di violenza all'interno della relazione e viene percepita come "normale", in realtà è una strategia finalizzata ad esercitare il potere e mantenere il controllo, si insedia in maniera progressiva, tende ad aumentare nel tempo ed ha un andamento ciclico.

⁴ Comma a, articolo 3 convenzione Istanbul 2011

⁵ Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993) Data di adozione 20/12/1993 Organizzazione delle Nazioni Unite Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993. <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Violenza Domestica Fisica (VDF): agita attraverso ogni attività fisica dalla quale derivi una coazione personale su di un altro soggetto passivo. Tale forma è caratterizzata da atti lesivi che vanno da forme relativamente miti a forme molto gravi: tra questi rientrano: la minaccia di essere fisicamente colpita, spinta, stratonata, picchiata, schiaffeggiata, presa a calci, minacciata o colpita con armi o sottoposta a tentativi di strangolamento, soffocamento, bruciatore; si comprende, ancora, lo stato d'incapacità procurato mediante la violenza che spesso caratterizza la condizione femminile di chi subisce la violenza.

Violenza Domestica Psicologica (VDP): agita attraverso strategie volte ad esercitare potere e controllo sulla donna; l'obiettivo è il dominio sulla donna provocandole disagio psichico. Tale forma inizialmente si può manifestare in maniera subdola, può consistere in intimidazioni, vessazioni, minacce, ingiurie, ricatti, ma anche colpevolizzazioni, svalutazioni continue, umiliazioni, tradimenti palesi, disprezzo, isolamento da amici e parenti, controllo dei movimenti, della corrispondenza e delle telefonate, il convincerla che è pazza, minacciare di lasciarla, di suicidarsi, di portarle via i figli.

Violenza Domestica Sessuale (VDS): nella violenza sessuale rientrano molti comportamenti, dalle molestie fino alla prostituzione forzata; ciò che li accomuna è la costrizione, agita mediante violenza o minaccia, a compiere (commettere o subire) atti sessuali di vario genere contro la propria volontà. È bene ricordare che in Italia, la violenza sessuale, è un reato contro la persona dal 1996⁶.

Violenza Domestica Economica (VDE): in queste situazioni le azioni sono tese a creare o mantenere una dipendenza economica, le azioni vanno dal non dare alcun mantenimento o darlo in misura inadeguata, costringere all'assunzione di impegni finanziari vincolanti, vietare o impedire il lavoro o la formazione, sfruttare il lavoro e gli introiti derivanti, abusare della disponibilità di mezzi finanziari. A questo tipo di violenza possono afferire, una serie di reati in ambiti diversi, dalla violazione degli obblighi di assistenza familiare, al danneggiamento, fino all'estorsione ed altri ancora.

Stalking: insieme di comportamenti persecutori ripetuti e intrusivi, come minacce, pedinamenti, molestie, telefonate o attenzioni indesiderate, tenuti da una persona nei confronti della propria vittima. Nel 2009, l'Italia ha adottato una legge *anti-stalking* che lo trasforma in un reato penale, punibile con la reclusione da sei mesi a quattro anni (Legge 23 aprile 2009 e codice penale, 612bis)⁷.

L'OMS già nel 1996 ha dichiarato che la violenza è "un problema primario di sanità pubblica a livello mondiale"; nel 2013 ha sottolineato come la violenza contro le donne sia anche un fattore di rischio a sé stante per lo sviluppo di malattia (v. Tabella 1 a pagina seguente).

A livello mondiale si stima che la violenza sia una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme (OMS 2013). Si stima inoltre, che la violenza sia la seconda causa di morte per la donna durante il periodo della gravidanza, seconda solo all'emorragia⁸.

⁶ Legge 66/96 "Norme contro la violenza sessuale"

⁷ Conversione in Legge con modificazioni del Decreto Legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori"

⁸ *Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio*-Raccomandazioni sulla violenza sulle donne (*Intimate partner violence*) per operatori sanitari – ONDA, 2010.

Tabella 1. Conseguenze della violenza contro le donne sulla salute - dati OMS- Adattamento a cura del gruppo di lavoro FVG aa. 2018-2019.

Fisiche	Sessuali e riproduttive	Psicologiche e comportamentali	Mortali
Lesioni addominali	Disturbi ginecologici	Abuso di alcool e droghe	Mortalità legata all'AIDS
Lividi e frustate	Sterilità	Abuso di farmaci e psicofarmaci	Mortalità materna
Sindromi da dolore cronico	Malattia infiammatoria pelvica	Depressione e ansia	Omicidio
Disabilità	Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo	Disturbi dell'alimentazione e del sonno	Suicidio
Fibromialgie	Disfunzioni sessuali	Sensi di vergogna e di colpa	
Fratture	Malattie a trasmissione sessuale, Compreso HIV/AIDS	Fobie e attacchi di panico	
Disturbi gastrointestinali	Aborto in condizioni di rischio	Inattività fisica	
Sindrome dell'intestino irritabile	Gravidanze indesiderate	Scarsa autostima	
Lacerazioni e abrasioni		Disturbo da stress post-traumatico	
Danni oculari		Isolamento sociale	
Funzione fisica ridotta		Disturbi psicosomatici	
Rotture di timpano		Fumo	
Scarso controllo di malattie croniche		Comportamento suicida e autolesionista	
		Comportamenti sessuali a rischio	

INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO

Prendendo a prestito le parole del presidente dell'ISTAT, Giorgio Alleva, "... va premesso che la violenza contro le donne è un fenomeno di difficile misurazione, perché si sviluppa soprattutto negli ambienti più familiari, dove una donna dovrebbe sentirsi più sicura e dove può trovarsi ad affrontare in solitudine una situazione che la vede opposta a persone vicine. Le ragioni per le quali questo fenomeno rimane in ampia misura sommerso sono proprio da ricercare nella prossimità con l'autore dei crimini e nelle complesse e devastanti reazioni emotive e psicologiche che la violenza, episodica o reiterata, innesca nelle vittime".

Esistono però rilevazioni e stime affidabili che di seguito si riassumono. Il fenomeno a livello mondiale, analizzato dall'OMS, evidenzia che 1 donna su 3 (35%) ha subito un qualche tipo di violenza da parte del partner o di sconosciuti, il 38% dei femminicidi avviene per mano del compagno; il 30% dei maltrattamenti ha inizio in gravidanza e secondo i dati forniti dall'*United Nations Population Fund* (UNFPA - ONU) del 2017 sarebbero tra il 3,8% e l'8,8% le donne in attesa che subiscono violenza che diventa per le donne in gravidanza la seconda causa di morte materna.

Lo spaccato di quanto avviene in Italia emerge dai dati ISTAT che ha pubblicato un primo rapporto nel 2007 e uno successivo nel 2015. L'ultima indagine ISTAT (2014) evidenzia che poco meno di 7 milioni di donne (6 milioni 788 mila) hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% delle donne con età compresa tra 16 e i 70 anni: 20,2% violenza fisica, 21% violenza sessuale, 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri. Ciò significa che 652 mila sono le donne che hanno subito stupri e 746 mila le vittime di tentati stupri. I dati evidenziano che la violenza fisica o sessuale è subita nel corso della vita in misura simile sia dalle donne straniere che da quelle italiane (31,3% e 31,5%) ed i partner attuali o ex commettono le violenze più gravi.

Gli ultimi dati ISTAT, se confrontati con quelli della precedente rilevazione, dimostrano una riduzione delle violenze subite (13,3% vs 11,3%), un aumento della consapevolezza che la violenza subita sia un reato (14,3% vs 29,6%) ed un aumento delle denunce (6,7% vs 11,8%). Per contro, gli stupri e i tentati stupri non sono diminuiti, le violenze fisiche sono più gravi (26,3% vs 40,2% da partner) ed è aumentato il numero di donne che hanno temuto per la propria vita (18,8% vs 34,5%).

I dati rilevati dall'Istituto di Ricerche economiche e sociali (EURES), rilevano che nel 2017 sono state 140 le donne uccise, su un totale di 355 omicidi commessi in Italia; ad uccidere nel 75% dei casi è il partner o l'ex ed il dato è stabile negli anni: 155 nel 2014, 143 nel 2015 e 150 nel 2016. A questi dati si devono aggiungere quelli relativi alle bambine e ai bambini, figli della donna vittima di violenza, che hanno assistito alle violenze o che sono rimasti orfani a causa

di queste. Dall'indagine ISTAT, sopracitata, la percentuale dei figli che hanno assistito ad episodi di violenza sulla propria madre è pari al 65,2% nel 2014.

Per quanto attiene al Friuli Venezia Giulia i dati sulla violenza di genere derivano da diverse fonti.

Secondo i dati ISTAT riferiti al 2014, in FVG ogni 100 donne il 31,7% ha subito una violenza fisica o sessuale. La Commissione Parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere (istituita con Delibera 18/01/2017), ha diffuso i dati sulla distribuzione territoriale degli omicidi con vittime di sesso femminile, per gli anni 2012-2016, che rilevano come la percentuale regionale sia pari al 6,4 %del totale. I dati raccolti dalla Commissione Regionale Pari Opportunità (CRPO) attraverso la rilevazione svolta dai Centri Anti Violenza, rivelano che le donne seguite dagli Enti sono state 626 nel 2011, 737 nel 2012, e 791 nel 2013.

Dalle realtà sanitarie presenti sul territorio derivano ulteriori dati, in alcuni casi certi in altri stimati in assenza attualmente di un sistema di registrazione sistematica condiviso fra le Aziende sanitarie regionali. A Trieste l'ex AO/UTS, attuale AS/UTS, ha avviato un Servizio dedicato "SOSTegno Donna" con operatrici specializzate, presenti ogni giorno sette su sette e reperibili su chiamata del personale del Pronto Soccorso e dai Reparti d'Urgenza, che dal maggio 2015 a fine settembre 2018 hanno preso in carico 362 donne; il dato si riferisce alle donne che hanno accettato il supporto delle psicologhe ed assistente sociale ed a queste si aggiungono 46 situazioni di ri-accesso; il numero negli anni è progressivamente aumentato conseguentemente alla maggiore formazione del personale ed alla presenza quotidiana delle operatrici specializzate.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PDTA

Scopo principale del presente documento è quello di garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne che subiscono violenza uniformando il percorso clinico e socio-assistenziale dall'accesso al Pronto Soccorso, al setting ambulatoriale o in struttura di degenza, anche per cause non direttamente collegate agli episodi di violenza, fino all'accompagnamento/orientamento ai servizi pubblici e privati presenti sul territorio di riferimento elaborando, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per le donna vittime di violenza (DPCM 24/11/2017).

OBIETTIVI SPECIFICI

Con la diffusione del presente documento la regione FVG intende perseguire specifici obiettivi:

1. omogeneizzare le modalità operative per governare un percorso che garantisca tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico e di continuità territoriale della donna che subisce violenza finalizzato al superamento del trauma sia per la donna stessa che per eventuali figli/figlie;
2. uniformare i comportamenti dei professionisti coinvolti nel percorso fornendo riferimenti chiari ed univoci sia sulle modalità di gestione delle donne vittime di violenza sia sugli obblighi normativi e legislativi specifici;
3. garantire l'attivazione della Rete tra strutture e l'integrazione tra operatori che operano ai vari livelli dell'organizzazione sia sanitaria che sociale (Ospedali, CAV, Servizi Sociali, Consulitori, Forze dell'Ordine, ...).

Le azioni prioritarie che devono essere garantite a livello di tutte le strutture coinvolte nella presa in carico e gestione delle donne vittime di violenza sono:

- favorire la diffusione e l'adozione del presente documento tra tutti gli Operatori coinvolti nella presa in carico e gestione della donna vittima di violenza;
- rivedere l'organizzazione delle singole realtà operative per garantire l'attuazione delle indicazioni e la creazione di una Rete tra Strutture;
- assicurare collaborazione attiva con tutti gli Operatori dei servizi/strutture coinvolti utilizzando strumenti favorevoli una comunicazione efficace;
- promuovere e attivare percorsi di formazione ad hoc al fine di far acquisire ai professionisti conoscenze e competenze specifiche utili per:
 - individuare e riconoscere le vittime di VdG sviluppando atteggiamenti di empatia che consentano di instaurare relazioni efficaci ai fini dell'ascolto e accoglienza;
 - rispondere alle necessità cliniche e assistenziali delle vittime di VdG sia con interventi in urgenza, sia con la pianificazione di interventi a lungo termine (attivazione della Rete);

- individuare e riconoscere gli indicatori di pericolosità della situazione, utilizzando strumenti validati per la misurazione del rischio (es. [DA-5 - Brief Risk Assessment for the Emergency Department](#), per la valutazione di casi che necessitano di allontanamento immediato della donna e/o dei minori);
- attuare le azioni cliniche dirette e/o indirette (es. profilassi per le malattie sessualmente trasmesse in caso di violenza sessuale, contraccezione d'urgenza se trattasi di donna in età fertile) e medico legali previste (es. acquisizione dei reperti utili a fini forensi).

DESTINATARI

Il presente documento è rivolto a tutti i professionisti ed operatori sanitari e non, operanti nei diversi *setting* ospedalieri e territoriali coinvolti nella presa in carico della donna oggetto di violenza; è inoltre rivolto anche agli operatori delle strutture che collaborano e si raccordano al percorso nel rispetto delle specifiche competenze (Servizi Sociali dei Comuni, Centri anti violenza e Case Rifugio (CR), Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali, Prefettura, Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minori).

ORGANIZZAZIONE REGIONALE

Le Strutture/Servizi/Enti socio-sanitari che compongono i nodi della rete regionale di riferimento per la presa in carico della donna che subisce violenza sono i seguenti:

- Presidi Ospedalieri: Pronto Soccorso, strutture di degenza e ambulatoriali;
- Distretti sanitari: Consultori Familiari, e tutti i servizi presenti (per adulti, anziani, bambini ed adolescenti disabili, ambulatori specialistici e ambulatori specifici rivolti alle donne es. ginecologia);
- Dipartimento delle Dipendenze;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Ambulatori MMG/PLS.

In Rete con le strutture di cui sopra, collaborano nel percorso di presa in carico della donna vittima di violenza e si raccordano con il presente PDTA le seguenti Strutture/Servizi/Enti:

- Centri Antiviolenza;
- Servizi sociali dei comuni;
- Servizi per la disabilità, servizi per l'integrazione dei cittadini migranti e quanti non espressamente citati ma i cui servizi sono rivolti a donne;
- Farmacie;
- Privato sociale;
- Associazioni di volontariato;
- FF.OO.;
- Procura della Repubblica e Tribunali;
- Prefettura;
- Scuole.

La Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità del FVG, nell'ambito delle sue diverse funzioni, garantisce il coordinamento e l'integrazione tra le strutture coinvolte.

INFORMAZIONI / INDICAZIONI GENERALI

L'operatore (sanitario e non sanitario) che venga a contatto con una donna vittima di violenza, deve fornire chiare informazioni/indicazioni sulle azioni possibili per la donna, tra cui:

- recarsi al PS più vicino (se necessario) per valutazione clinica e per il rilascio di un certificato/referto medico (qualora esuli dalle competenze dell'operatore);
- riferimenti e recapiti dei servizi territoriali (Consultori Familiari e Servizi Sociali comunali);
- riferimenti, recapiti e modalità di funzionamento dei Centri anti violenza regionali (v. Allegato III);
- numero nazionale gratuito e anonimo - **1522 "antiviolenza donna"** attivo 24 su 24 e sito www.1522.eu.

Tutti gli operatori devono essere informati che in presenza di minori coinvolti, vi è **obbligo di segnalazione** da parte degli operatori sanitari e sociali con funzione di Pubblico Ufficiale (art. 361 C.P.)⁹

Tutti gli operatori devono essere a conoscenza dei reati a procedibilità d'ufficio e con obbligo di referto, tra cui il reato di maltrattamenti in famiglia (art. 572 C.P.)¹⁰

⁹ Articolo 361 CP: *Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*. Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

¹⁰ Art. 572 CP: *Maltrattamenti contro familiari e conviventi*. Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi.

[La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici]. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni;

se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni. Il minore di anni diciotto che assiste ai maltrattamenti di cui al presente articolo si considera persona offesa dal reato.

PERCORSO CLINICO E SOCIO-ASSISTENZIALE DELLA DONNA CHE SUBISCE VIOLENZA

Le donne vittime di violenza possono avere bisogni molto diversi, a seconda delle circostanze, della gravità della violenza e delle sue conseguenze; vi sono un numero minimo di azioni e principi che dovrebbero guidare la risposta in campo sanitario. Il primo minimo livello di risposta di supporto è delineato nella 1^a raccomandazione delle LLGG dell'OMS (2013) di seguito riportata integralmente¹¹ che elenca i comportamenti e gli atteggiamenti che tutti gli operatori sanitari e non, che vengono a contatto con una donna vittima di violenza devono agire fin dal primo momento della presa in carico.

Tabella 2. Prima Raccomandazione LLGG OMS 2013 "Per un'assistenza centrata sulla donna"

Alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza da parte di un partner intimo (o altro membro della famiglia), o di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona, dovrebbe essere offerto un supporto immediato. Gli operatori sanitari dovrebbero, come minimo, offrire supporto sostegno di primo livello allorquando le donne rivelano di aver subito violenza.

Il supporto di primo livello include:

- *essere non giudicanti, ma supportivi e validanti rispetto a ciò che la donna dice;*
- *fornire assistenza pratica e supporto che risponda alle sue preoccupazioni, ma senza avere un comportamento intrusivo;*
- *chiederle di raccontare la sua storia di violenza, ascoltando con attenzione, ma senza fare pressioni affinché parli (fare attenzione nel discutere di temi delicati/sensibili in presenza di un interprete);*
- *agevolare l'accesso alle informazioni sulle risorse disponibili, compresi i servizi legali e di altro tipo, che la donna potrebbe ritenere utili;*
- *assistere al fine di aumentare la sicurezza per sé e per i propri figli, quando necessario;*
- *fornire o mobilitare il sostegno sociale.*

I servizi devono garantire:

- *che la consultazione sia condotta in privato;*
- *che vi sia riservatezza, pur informando le donne dei limiti di tale riservatezza (ad esempio quando vi è un obbligo di segnalazione).*

Se gli operatori sanitari non sono in grado di fornire il supporto di primo livello, essi dovrebbero far sì che qualcun altro (all'interno dello stesso setting sanitario o in un altro che sia facilmente accessibile) sia immediatamente disponibile a farlo.

Il percorso di presa in carico della donna vittima di violenza, le cui condizioni richiedono l'accesso in Pronto Soccorso, si può suddividere in tre distinte fasi:

- Fase pre-ospedaliera: dal momento del contatto/accesso della donna ad un servizio/struttura territoriale e segnalazione della violenza, all'accesso in Pronto Soccorso.
- Fase ospedaliera: dalla presa in carico in Pronto Soccorso o altro servizio ospedaliero fino alla dimissione.
- Fase post-ospedaliera: dalla dimissione ospedaliera alla gestione territoriale della donna nel tempo.

FASE PRE-OSPEDALIERA

L'operatore della Rete socio-sanitaria o dei Centri Antiviolenza che si trova a gestire una donna vittima di violenza nella fase pre-ospedaliera deve garantire specifiche azioni (v. matrice 1). In particolare, in presenza di sintomatologia clinica e/o lesioni, lividi e ferite e/o dubbio o riferita violenza sessuale, deve essere garantita la necessità/opportunità di riferire la donna ad un Servizio di Pronto Soccorso. Ogni professionista presente nei diversi setting agisce nei limiti del proprio ruolo, delle competenze e delle proprie responsabilità; il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo particolare nel riconoscimento delle situazioni di violenza, in quanto può conoscere sia la vittima che il maltrattante.

¹¹ Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS. I edizione – Copyright © 2014 Giovanni Fioriti Editore s.r.l. Giovanni Fioriti Editore s.r.l. Via Archimede 179 – 00197 Roma Tel. 068072063, Fax 0686703720 info@fioriti.it www.fioriti.it www.clinicalneuropsychiatry.org

MATRICE 1: ACCESSO DELLA DONNA A SERVIZIO/STRUTTURA TERRITORIALE

Azioni (da svolgere in equipe)	Setting	Professionisti
<p>Accogliere la donna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riconoscere e accertare la violenza tramite intervista e osservazione di segni e sintomi (lesioni traumatiche ripetute, trascuratezza, abbandono, ...). ▪ Fornire informazioni sui percorsi di uscita dalla violenza. ▪ Attivare la rete nei casi sospetti. 	<p>Ambulatorio MMG/PLS Dipartimento Salute mentale. CSM. SPDC Dipartimenti Dipendenze Alcoologia SERT Ambulatori distrettuali Consultorio Familiare</p>	<p>Medici Infermieri Assistenti Sociali Assistenti Sanitari Fisioterapisti Logopediste Educatori Psicologi Ostetriche Mediatori culturali OSS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentare il danno e redigere referto all'autorità giudiziaria nei casi previsti. ▪ Fornire informazioni sui percorsi di uscita dalla violenza. ▪ Attivare la rete nei casi sospetti. ▪ Procedere alla stratificazione del rischio secondo la scala DAs Brief Risk Assessment for the Emergency Department. È fondamentale verificare se la donna può rientrare o meno al domicilio. In presenza di Rischio elevato o evidente insicurezza/paura per l'incolumità della donna o, nel caso di necessità clinica e organizzativa, inviare la donna in Pronto Soccorso garantendone la protezione: <ul style="list-style-type: none"> - spiegare alla donna la necessità di rivolgersi al PS; - contattare il Pronto Soccorso (medico o infermiere di triage) comunicando la situazione di dubbio o di dichiarata violenza; - gestire la comunicazione con la donna evitando che il soggetto maltrattante, se presente, venga a conoscenza delle motivazioni dell'invio in PS e resti solo con la donna; - verificare, nel caso ci siano minori, dove sono al momento della visita e, se presenti farli restare con la madre, se in altra sede verificare le condizioni di sicurezza; - inviare la donna in PS attivando le risorse più idonee (parenti non maltrattanti, mezzi a disposizione della struttura accogliente, NUE 112 o FF.OO.). ▪ Monitorare nel tempo la situazione. 	<p>Ambulatorio MMG/PLS Dipartimento Salute mentale. CSM. SPDC Dipartimenti Dipendenze Alcoologia SERT Ambulatori distrettuali Consultorio Familiare</p>	<p>Medici Infermieri Assistenti Sociali Assistenti Sanitari Psicologi Ostetriche</p>
<p>Accogliere la donna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantire ascolto attivo e accompagnamento nell'esame della situazione personale e nella valutazione dell'opportunità di attivare gli accertamenti sanitari del caso. ▪ In presenza di Rischio elevato o evidente insicurezza/paura per l'incolumità della donna attivare la messa in protezione della donna e dei minori ▪ Nel caso di necessità clinica e organizzativa inviare/accompagnare la donna in Pronto Soccorso garantendone la protezione. ▪ Monitorare nel tempo la situazione. 	<p>Centri Anti Violenza</p>	<p>Operatrici d'accoglienza</p>

FASE OSPEDALIERA

L'accesso della donna vittima di violenza in Ospedale può avvenire o direttamente ai servizi di PS e PPI o agli Ambulatori Ospedalieri per effettuare una prestazione o essere ricoverata anche con motivazioni diverse dalla violenza subita. La donna può presentarsi sola o accompagnata da:

- persone/conoscenti (anche l'autore della violenza) che andranno identificati;
- operatori del servizio di emergenza urgenza territoriale;
- operatori delle Forze dell'ordine (FFOO);
- operatori delle strutture/servizi cui si è rivolta in prima istanza.

Le condizioni cliniche di presentazione in PS/PPI della donna possono essere:

- critiche - richiedono manovre salvavita che hanno priorità rispetto alle valutazioni medico-legali, che andranno completate successivamente;
- non critiche - permettono di eseguire la visita e gli accertamenti nei tempi e modi appropriati;

In caso di arrivo in PS di donna vittima di violenza già deceduta, la salma deve restare a disposizione dell'autorità giudiziaria (AG).

In Pronto Soccorso, nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

- tipologie di violenza;
- effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;
- normativa di riferimento;
- indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;
- servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza;
- indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522.

ACCOMPAGNAMENTO DELLA DONNA IN SITUAZIONI DI EMERGENZA - INDICAZIONI OPERATIVE

Nelle situazioni di violenza vi è l'esigenza di fornire risposte efficaci garantendo una presa in carico tempestiva e competente delle persone (donne, bambine e bambini) che giungono al PS e per le quali sia necessaria, dopo l'applicazione dei protocolli previsti all'interno della Struttura Ospedaliera, l'attivazione della continuità assistenziale. Per favorire ciò ogni Azienda Sanitaria/IRCCS deve prevedere l'attivazione di un *team di professionisti* (di seguito **team dedicato**) che comprenda al suo interno, sulla base della realtà organizzativa locale, figure professionali appropriate per la gestione del caso (medico, infermiere, ostetrica, psicologa, assistente sociale ...).

Ogni Azienda Sanitaria deve dotarsi di una procedura operativa di facile consultazione che fornisca ad ogni operatore le indicazioni essenziali per una corretta gestione dei casi di violenza.

I professionisti che compongono il *team dedicato* devono essere formati sia sul tema della violenza/maltrattamento di genere e sui minori, sia sulle tecniche e modalità specifiche per affrontare situazioni di emergenza psicologica e sociale. Garantiscono il loro intervento in situazioni di emergenza su attivazione del personale medico del Pronto Soccorso e partecipano alla valutazione dei singoli casi per la raccolta delle informazioni utili alla predisposizione di un programma personalizzato finalizzato a garantire la presa in carico e la continuità territoriale. Il programma deve essere condiviso con la donna vittima di violenza e può prevedere la collaborazione anche con i Centri Anti Violenza. In caso di assenza del team dedicato, tale ruolo potrà essere svolto dai professionisti più competenti e più formati all'interno della struttura.

Le attività specifiche garantite dal *team dedicato* nelle due fasi di accoglimento e dimissione della donna sono:

1. collaborare all'accoglimento della vittima (anche in situazioni di emergenza) e gestire, in collaborazione con il personale del servizio, l'accompagnamento dei pazienti (donne e minori) in un'ottica di continuità delle cure tra Ospedale e territorio
2. garantire un percorso terapeutico-assistenziale con il coinvolgimento di tutti i servizi attivi o da attivare che in Rete garantiscono la gestione integrata del caso (anche i Centri Antiviolenza).

In presenza di minori deve sempre essere attivata ogni forma di tutela per gli stessi, prevedendo anche la segnalazione all'AG come previsto dalla normativa vigente in materia.

La *matrice 2* a pagina seguente riporta il dettaglio delle attività che devono essere garantite dai diversi professionisti al momento dell'accesso della donna in PS.

MATRICE 2: ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

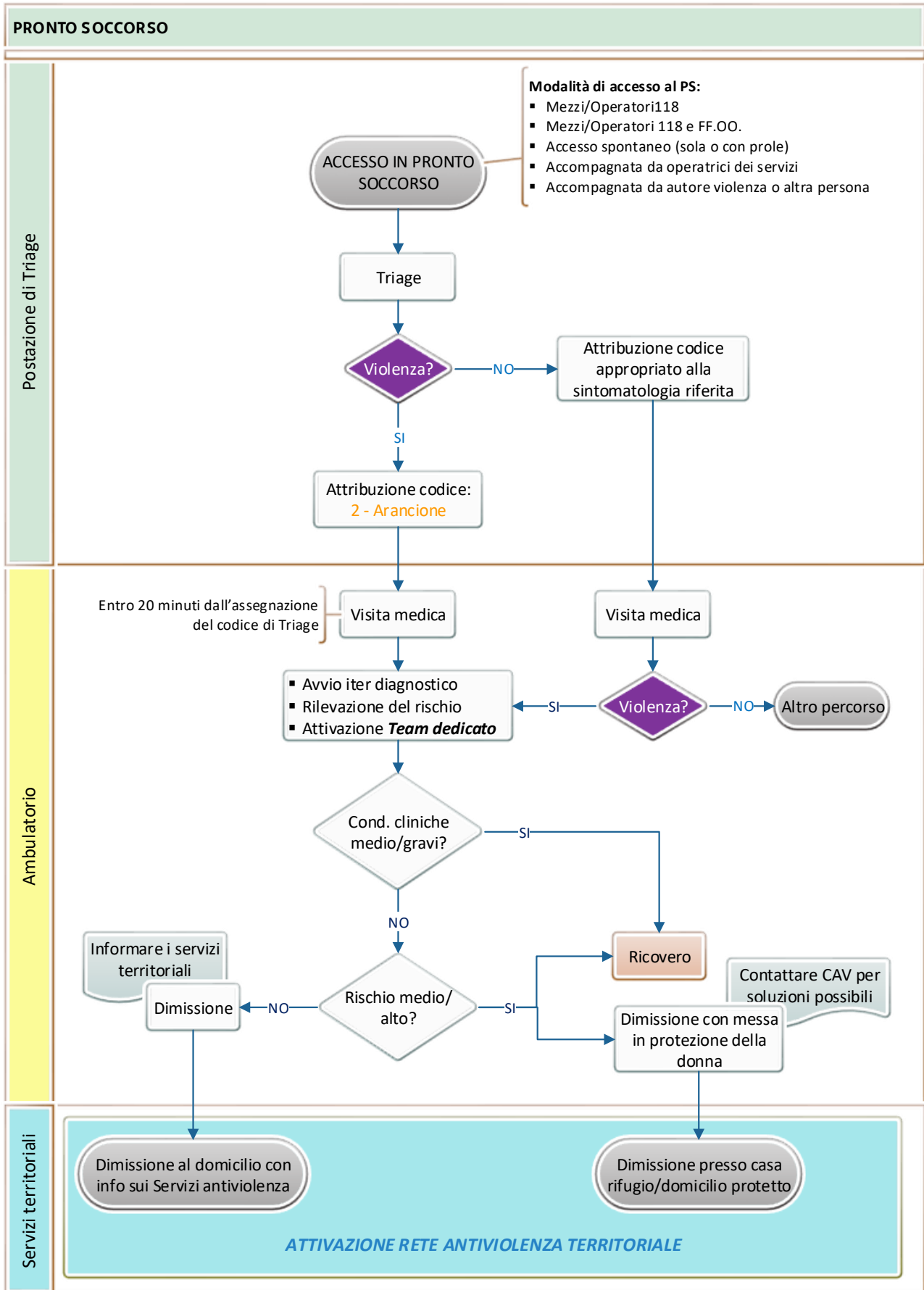
Azioni	Setting	Professionisti	Timing
<p>Accettazione e Triage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effettuare il Triage e, in caso di dichiarata violenza, assegnare codice di priorità: 2 - arancione (a meno che la situazione clinica non richieda l'attribuzione di un codice 1 - rosso). ▪ Selezionare l'icona con il fiocco per la violenza. ▪ Attivare l'icona "privacy" per non fornire informazioni a terzi sulla paziente. ▪ Far entrare immediatamente la vittima ed eventuali minori o accompagnatori, dei quali la donna gradisca la presenza, all'interno dei locali di PS (la paziente non deve sostare in sala d'attesa per il pericolo che il maltrattante la raggiunga o la induca ad allontanarsi). ▪ Attivare il Team dedicato (se presente). 	PS (Area triage)	Infermiere	Immediato
<p>Presa in carico in Ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedere alla valutazione clinico-assistenziale della paziente rispetto ai sintomi e/o a lesioni riferite (presenza congiunta del medico e dell'infermiere). ▪ Raccogliere accuratamente l'anamnesi generale, quella relativa all'aggressione e ad eventuali eventi precedenti e valutazione clinica come indicazioni DPCM (v. allegato 2). ▪ Acquisire il consenso informato della donna per procedere alla verifica sul sistema informatico se esistano precedenti accessi di PS per motivazioni riconducibili ad una possibile violenza di genere anche non dichiarata: <ul style="list-style-type: none"> - effettuare un esame obiettivo completo con descrizione accurata delle lesioni con eventuale documentazione fotografica (acquisizione ed archiviazione secondo il DL 101 del 10 agosto 2018), previo consenso della paziente. In caso di violenza sessuale si rimanda a protocolli specifici aziendali; - garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante, e utilizzare una comunicazione adeguata con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o psichica. ▪ Porre le basi per instaurare con la donna un rapporto di fiducia: <ul style="list-style-type: none"> - in casi selezionati ed in base alla situazione dedicare personale femminile alla valutazione; - tutelare la privacy e la sicurezza: limitare il numero degli operatori, le procedure e gli spostamenti a quelli strettamente necessari alla sicurezza della persona; - in caso di preoccupazione della donna che il maltrattante abbia accesso alla prestazione di PS: registrare le dichiarazioni relative alla violenza ed eventuali dati anamnestici ed obiettivi che la donna non vuole far conoscere al maltrattante nella sezione "OBI", da stampare eventualmente su richiesta della paziente ed utilizzare per la compilazione dell'eventuale referto; - eseguire accertamenti clinico strumentali se ritenuto opportuno. ▪ Attivare, se necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche previo assenso della donna. 	Ambulatorio dedicato in Pronto Soccorso	<p>Infermiere di ambulatorio Medico di Pronto Soccorso</p> <p>Medico</p> <p>Tutti gli Operatori coinvolti (se già presente <i>Team dedicato</i> collabora all'accogliimento della donna)</p>	Tempi rapidi (entro 20 minuti)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedere alla stratificazione del rischio secondo la scala DAs Brief Risk Assessment for the Emergency Department per verificare se la donna possa rientrare o meno al domicilio. ▪ Verificare la presenza di figli/e minori e segnalarlo nella descrizione del caso. ▪ Se minore/i con la madre è <u>prioritaria la protezione del/della minore assieme alla madre</u>: <ul style="list-style-type: none"> - fare segnalazione immediata all'AG per violenza assistita (anche se non sono fisicamente presenti durante gli agiti violenti); - inserire anche il/i minore/i come caso di Pronto Soccorso e procedere a valutazione pediatrica per eventuale attivazione del percorso specifico; - valutare se tenere in protezione la donna e il/i minore/i in ospedale (o presso struttura del CAV se disponibile) - in caso di ricovero della madre deve essere attivata la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori (Procuratore di turno) per la messa in sicurezza del/i minore/i fino alla dimissione della madre. ▪ Se minore/i rimasto/i a casa con il maltrattante: <ul style="list-style-type: none"> - attivare le FF.OO. che su indicazione del magistrato di turno decideranno se prelevare il/i minore/i e portarlo/i in PS/Ospedale; - ricoverare madre e minori presso la Pediatria di riferimento se non è disponibile una struttura che li accolga. <p>Nel caso in cui, a fronte di un oggettivo pericolo anche per il/i minore/i, la donna rifiuti la messa in protezione è obbligatoria la messa in sicurezza del minore (art. 403 C.C.)¹² contattando la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori (Procuratore di turno).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inviare referto all'AG come previsto. ▪ Avisare la donna della redazione ed invio del referto e di quanto ne consegue. ▪ Attivare il <i>team dedicato</i>, se disponibile e non attivato in precedenza. 			
<p>Informazione alla donna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informare la donna sulle varie fasi del percorso. ▪ Acquisire il consenso libero ed informato per ogni fase del percorso ed annotarlo sul verbale di PS. ▪ Informare la donna sulla presenza nel territorio di servizi e strutture quali: Consultori Familiari, CAV, Servizi Sociali e fornire eventuale materiale informativo (depliant, opuscoli, ...) con informazioni per il contatto, ecc. ▪ Offrire alla donna, se è d'accordo, la possibilità di contattare direttamente i servizi socio-sanitari territoriali competenti e/o il CAV qualora non siano disponibili e/o presenti Operatrici specializzate in PS. ▪ Informare la donna sulla possibilità di sporgere denuncia e sui tempi utili: <ul style="list-style-type: none"> - 1 anno per la violenza sessuale con denuncia irrevocabile 	<p>Ambulatorio dedicato Pronto Soccorso</p>	<p>Operatore sanitario che prende in carico la donna e/o Team dedicato</p>	

¹² Art 403 CC: *Intervento della pubblica autorità a favore dei minori*. Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere, all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

<ul style="list-style-type: none"> - 6 mesi (180 giorni) per lo stalking - nessun termine per la violenza domestica e la violenza sessuale contro minori fino a 14 anni o violenza di gruppo - nessun termine per lo stalking contro minori o disabili; <p>▪ Informare che si può sporgere denuncia o querela anche in caso di un singolo episodio di violenza.</p>			
<p>Messa in protezione della donna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporre, in collaborazione con CAV e FF.OO. la messa in protezione della donna. In presenza di rischio elevato o evidente insicurezza/paura: <ul style="list-style-type: none"> - accoglienza in Casa Rifugio (CR)/albergo; - Se CAV non reperibile OBI in ospedale (stanza Rosa, o Pediatria o Ginecologia in base a situazione) o accoglienza presso familiari/amici. ▪ Contattare il Consultorio Familiare e i Servizi sociali territoriali (il primo giorno utile) qualora il caso non sia già preso in carico dal <i>Team dedicato</i>. ▪ Se la donna NON ACCETTA le proposte di protezione in PS: <ul style="list-style-type: none"> - attuare tutte gli atti sanitari previsti dal caso e redigere referto e lettera di dimissione e attivare contestualmente FF.OO.; - fornire indicazioni e informazioni utili (come da paragrafo precedente); - proporre alla donna di ritornare per un colloquio con gli operatori del <i>Team dedicato</i> e, se possibile, concordare una data; - informare la donna della presenza sul territorio di servizi e strutture quali: Consultori Familiari, CAV, Servizi Sociali e fornire eventuale materiale informativo (depliant, opuscoli) con le informazioni per il contatto; <p>Nel caso in cui, a fronte di un oggettivo pericolo anche per il/i minore/i, la donna rifiuti la messa in protezione è obbligatoria la messa in sicurezza del minore (art. 403 C.C.) contattando la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori (Procuratore di turno).</p>	<p>Ambulatorio dedicato Pronto Soccorso</p>	<p>Medico e Infermieri In collaborazione con il <i>Team dedicato</i></p>	
<p>Dimissione dal Pronto Soccorso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refertare tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso ▪ Redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD9-CM: <ul style="list-style-type: none"> - 995.50 abuso/maltrattamento minore; - 995.53 abuso sessuale minore; - 995.80 abuso/maltrattamento adulto; - 995.83 abuso sessuale adulto; - 995.51 violenza psicologica su minore. 	<p>Pronto Soccorso</p>	<p>Medico</p>	
<p>Gestione della donna in condizioni critiche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantire la gestione clinica-assistenziale del caso. ▪ Allertare contestualmente le FF.OO. ▪ Attivare il <i>Team dedicato</i>, se disponibile. ▪ Costatare eventualmente il decesso; la salma deve rimanere a disposizione dell'A.G. ▪ Redigere ed inviare referto A.G. 	<p>Pronto Soccorso</p>	<p>Medico di PS e Infermieri <i>Team dedicato</i></p>	

Ricovero della donna in area di degenza ospedaliera			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accogliere la donna, procedere alla valutazione clinica e alla pianificazione degli interventi clinico-assistenziali in relazione al quadro clinico presente. ▪ Garantire la privacy alla donna e mettere in atto le misure di allontanamento dal maltrattante e/o in caso di visite dello stesso garantire la presenza di un Operatore con la donna. ▪ Garantire, durante la degenza, il supporto delle operatrici del <i>Team dedicato</i>. ▪ Contattare i servizi territoriali per pianificare congiuntamente la dimissione individuando il <i>setting</i> più appropriato così come identificato nel progetto personalizzato concordato con la donna. ▪ Attivare la Rete dei servizi (già durante la degenza ospedaliera). ▪ Fornire alla donna tutte le informazioni rispetto ai Servizi contattati e ai tempi di intervento ▪ Predisporre, se necessario, dimissione in situazione di protezione: <ul style="list-style-type: none"> - in collaborazione con le FFOO per residenza protetta - con mezzo sanitario (ambulanza) se destinazione struttura territoriale (RSA) - verso residenza o verso altro domicilio (es. amici, familiari, ecc.) ▪ Se alla dimissione la donna non accetta la prosecuzione del percorso di cura fornire comunque le informazioni del caso e lasciare aperta la possibilità di una rientro/rivalutazione. In presenza di minori va garantita la loro tutela (vedi sopra). 	<p>Reparto di degenza ospedaliero</p>	<p>Equipe del reparto</p> <p><i>Team dedicato</i></p>	



FASE POST OSPEDALIERA

La fase post-ospedaliera si concretizza con la presa in carico della donna da parte dei servizi territoriali al momento della dimissione ospedaliera; dimissione che deve avvenire dopo la predisposizione di un progetto condiviso con la donna e con i servizi che compongono la Rete di presa in carico.

Prima della dimissione è opportuno che la donna incontri l'operatore/gli operatori esterni all'ospedale che seguirà/seguiranno la fase successiva del percorso e garantiranno la continuità nella presa in carico.

INDICATORI

Per il calcolo degli indicatori sarà considerato il numero di pazienti con diagnosi codificata 995.50 - 995.53 - 995.80 - 995.83 - 995.51 sul totale dei pazienti valutati in PS rappresentativo dei casi di violenza di genere.

Gli indicatori definiti per la valutazione dell'adozione e attuazione del percorso sono:

1. Numero di pazienti dimessi con diagnosi codificata specifica
2. Percentuale di pazienti (v. sopra) accettati al triage con codice 2 – arancione
 - Modalità di calcolo: N. di pazienti accettati al triage con codice 2 arancione / totale dei pazienti di cui al punto precedente
 - Standard: 100%
3. Percentuale di pazienti (v. sopra) per i quali è stato redatto il referto di Pubblica Sicurezza
 - Modalità di calcolo: N. di pazienti per i quali è stato redatto referto / totale dei pazienti di cui al punto precedente
 - Standard: 100%

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AA.VV. La violenza Assistita Intra-familiare. Percorso di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente. Franco Angeli ed. 2005.
- Anna C. Baldry, Dai Maltrattamenti all'Omicidio; la valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio. Franco Angeli ed, 2008
- Anna C. Baldry, Fabio Roia, Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking, aspetti giuridici e criminologici, Franco Angeli ed. Milano 2011
- Breaking the Silence on Violence against Indigenous Girls, Adolescents and Young Women, ONU, May 2013
- Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio. Raccomandazioni sulla violenza sulle donne -*Intimate partner violence*- per operatori sanitari, pubblicazione O.N.D.A – anno 2010.
- Elvira Reale, Maltrattamento e violenza sulle donne. vol I e vol II. Franco Angeli ed. 2011
- ISTAT, la violenza contro le donne: indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne", 2006, in: http://www.istat.it/dati/catalogo/20091012_00/Inf_08_07_violenza_contro_donne_2006.pdf
- Linee Guida assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini a cura del SVS Soccorso Violenza Sessuale 2006 Provincia di Milano.
- Linee Guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza, a cura di D.i.Re. Donne in rete contro la violenza, 20 marzo 2014
- PROTECT, Identificazione e Protezione delle Vittime ad alto rischio di violenza domestica, Vienna 2011
- Patrizia Romito e Mauro Melato (a cura di), La violenza sulle donne e sui minori: una guida per chi lavora sul campo, nuova edizione. Carrocci Faber, Roma, 2017.
- Fabio Roia, Crimini contro le donne: politiche, leggi, buone pratiche. Franco Angeli ed. Milano, 2017

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- Legge Regionale n.11 del 2006, Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità.
- Documento di programmazione socio-sanitaria regionale PAL 2018 riprende quanto esplicitato nei LEA 2015 art. 24 lettera r.
- Art. 572 CP: norme contro il maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli.
- L. N. 66 del 1996: Norme contro la violenza sessuale.
- L. n. 269 del 1998: Norme contro lo sfruttamento della prostituzione e pornografia.
- Legge regionale Friuli Venezia Giulia 17/2000.
- L. n. 154 del 2001: Misure contro la violenza nelle relazioni familiari.
- L. n. 38 del 2006: Lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e pedo-pornografia anche a mezzo internet.
- L. n. 46/2006: Il Governo Italiano ratifica la Convenzione ONU contro la tratta degli esseri umani.
- L. n. 38 del 23 aprile 2009: Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.
- Ratifica la Convenzione sulla lotta contro la tratta degli esseri umani del Consiglio d'Europa (Varsavia, 16 maggio 2005). Governo italiano 3 giugno 2010.
- Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne tra Prefettura di Pordenone, Tribunale di Pordenone, Provincia di Pordenone, Questura di Pordenone, Comando provinciale dei Carabinieri di Pordenone, Comando provinciale della Guardia di Finanza di Pordenone, Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale", Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli", Ambito distrettuale urbano 6.5, Ambito distrettuale 6.1, Ambito distrettuale 6.2, Ambito

distrettuale 6.3, Ambito distrettuale 6.4, Ufficio Scolastico Regionale per il Friuli Venezia Giulia, Ufficio VI – Ambito territoriale per la Provincia di Pordenone, Caritas della Diocesi Concordia – Pordenone e Associazione Voce Donna Onlus di Pordenone, 25 agosto 2010

- Primo Piano nazionale contro la Violenza di Genere e lo Stalking. Febbraio 2011.
- 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.
- D.L. 14 agosto 2013, n. 93 (Detto femminicidio); Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province, <http://www.normativa.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-08016&atto.codiceEdizionale=13G00141¤tPage=1>
- Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità. Maggio 2015.
- Art. 32 Nuovo Codice di Deontologia Medica, 2014.
- Piano d'Azione Straordinario Contro la Violenza Sessuale e di Genere, Consiglio dei Ministri, maggio 2015.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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. (18A00520) (GU n.24 del 30-1-2018)
- <http://www.normativa.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2009-02-24&atto.codiceRedazionale=009G0019>
- http://www.governo.it/GovernoInforma/dossier/8_marzo_2014/convenzione_istanbul_violenza_donne.pdf
- Legge 19 luglio 2019, n. 69, "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere"

ALLEGATO I - SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

1. DA-5 (Brief Risk Assessment for the Emergency Department) - Indicatori di pericolosità della situazione

	SI	NO
La frequenza e/o la gravità degli atti sono aumentati negli ultimi mesi?		
L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?		
Pensa che l'aggressore possa ucciderla?		
L'ha mai picchiata durante la gravidanza?		
L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?		

La risposta positiva a 3 domande ha una sensibilità dell'83% e denota un rischio elevato

2. Indicatori di pericolosità della situazione

Periodo vicino alla separazione /divorzio	Lei non possiede un telefono o non ne ha accesso
Un aggravarsi o un aumento di frequenza degli episodi di violenza	Non ha familiari o amici
Comportamenti violenti anche all'esterno della famiglia	È in una situazione di isolamento per altri motivi (non parla la lingua, si è appena trasferita, è un'irregolare)
Possesso di armi	Lui sta attraversando un periodo di crisi (depressione, separazione, perdita/cambio del lavoro)
Minacce di omicidio/suicidio in caso di abbandono	Lui le spia la posta, le mail, il telefono, la segue
Uso di sostanze da parte del maltrattante	Lei teme per la propria incolumità e per quella dei figli, oppure non è in grado di vedere che è in pericolo
Tentativi di strangolamento	Lei sta chiedendo la custodia dei figli, oppure ha figli da una relazione precedente
Gelosia ossessiva	Lei ha un'altra relazione
Lui ha accesso a lei e ai suoi figli	Uso di droghe abuso di alcool o psicofarmaci
Storia precedente di abusi anche con altre donne	Episodi di sequestro in luoghi chiusi (anche il domicilio) e per quanto tempo.
Minaccia di fare del male ai figli, agli animali domestici, di distruggere la casa	
L'ha picchiata, tentato di strangolarla	

Liberamente Tratto da S.A.R.A. (Spousal Assault Risk Assessment, 1995)

ALLEGATO II - GESTIONE CLINICA DELLA DONNA IN PRONTO SOCCORSO

Di fronte a episodi di violenza fisica, avvenuti da poco tempo, è molto importante che l'intervento sanitario in emergenza tenga conto sia degli aspetti clinici che delle successive implicazioni medico - legali. 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. 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 farà la prima visita, dovranno refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti della violenza subita. La visita medica dovrà prevedere i seguenti momenti:

- accoglienza e indici di sospetto (psicologici, anamnestici, 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 essere articolato e comprensivo di tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'operatore sanitario abbia il consenso a procedere da parte della donna;
- 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.

Il verbale di PS deve riportare

1. la descrizione dell'evento (con precisione) e il sospetto autore delle violenze;
2. lo stato o meno di gravidanza, la presenza di figli minori che possano aver assistito alla violenza, l'uso concomitante di farmaci, alcool o droghe, non come atto colpevolizzante della vittima ma come possibile fattore aggravante le violenze o patologia d'abuso determinata dalla violenza stessa.

Nei casi ove previsto, deve essere compilato il referto all'AG, dettagliando le circostanze dell'evento e, se solo sospettato, indicando il sospetto di violenze reiterate e ripetute che possono configurare il reato di maltrattamenti in famiglia.

ANAMNESI

Documentare con cura:

- Data, ora e luogo dell'aggressione; se evento singolo o ripetuto.
- Numero degli aggressori se violenza sessuale; in caso di violenza di genere o domestica scrivere chi è il sospetto aggressore (marito, compagno, ex marito/compagno, familiare, conoscente, sconosciuto).
- Stato di gravidanza.
- Presenza di minori, sia come vittima di violenza assistita che come vittime dirette della violenza.
- Presenza di altri adulti al momento del fatto.
- Uso di armi o minaccia con le armi, minaccia di morte, a sé o a familiari.
- Uso di droghe abuso di alcool o psicofarmaci.
- Lesione di oggetti personali o dei mobili presenti nell'abitazione.
- Episodi di sequestro in luoghi chiusi (anche il domicilio) e per quanto tempo.
- In caso di violenza sessuale rilevare se la persona è stata spogliata, se si è cambiata gli indumenti o si è lavata, se ha urinato o defecato, se c'è stata penetrazione vaginale/ anale/orale, unica o ripetuta, se vi è stata penetrazione con oggetti, se vi è stato o meno uso del preservativo (vedi protocollo sulla VS.)
- Segnalare se vi sono già precedenti denunce all'A.G.
- Qualsiasi elemento ritenuto rilevante a circostanziare la/le violenze.

ESAME OBIETTIVO

Lo scopo dell'esame obiettivo è quello di evidenziare lesioni legate alla violenza, ma anche lo stato d'animo della vittima.

Informazioni importanti da documentare:

- tempo intercorso tra la riferita violenza e la visita;

- precedenti accessi in PS (evidenziati in automatico quelli dei 12 mesi precedenti, approfondire con la funzione "storico" del SEI o il Visore Referti del G2 Clinico);
- sintomi riportati dalla vittima;
- stato emotivo della vittima (paura, ansia, aumentato stato di allerta come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, pianto, tristezza, senso di impotenza, assenza di reattività al trauma, distacco, sintomi dissociativi e altro);
- lesioni presenti, necessario un esame fisico accurato su tutta la superficie corporea; in presenza di lesioni indicare sede, colore, dimensione anche con supporto fotografico. Generalmente le lesioni riscontrate con più frequenza sono di tipo contusivo (ecchimosi, escoriazioni, ematomi, lacerazioni e fratture), ma si possono rilevare segni di morsicatura, tentativi di strangolamento, ustioni con fuoco o liquidi bollenti (acqua, olio), oggetti roventi (ferri da stiro, pentole, fornelli, sigarette), sostanze chimiche. Particolare attenzione va posta alle ferite da taglio e punta che possono essere sia superficiali che profonde, penetranti, trapassanti, transfosse e alle ferite d'arma da fuoco.

ALLEGATO III - ELENCHI E RIFERIMENTI DEI CENTRI ANTIVIOLENZA REGIONALI E DEI CONSULTORI REGIONALI

1. Riferimenti e recapiti dei Centri Antiviolenza

CENTRI ANTIVIOLENZA	INDIRIZZO	RECAPITI (E-MAIL E TELEFONO)
Associazione Da Donna a Donna Onlus	P.zza G. Furlan 2, Ronchi dei Legionari	info@dadonnaadonna.org 0481 474700 Pec: dadonnaadonna@cert.spin.it
G.O.A.P. Onlus	Via San Silvestro 3-5, Trieste	info@goap.it 040 3478827 Pec: goapcentroantiviolenza@legalmail.it
Associazione di Volontariato IOTUNOIVOI Donne Insieme	Via Martignacco 23, Udine	antigone@iotunoivoi.it 0432 421011 Pec: iotunoivoi@pec.csvfvg.it
Associazione S.O.S. ROSA Onlus	Via Diaz 5, Gorizia	sosrosagorizia@gmail.com francesca.vu@libero.it 0481 32954 Pec: sosrosa@pec.it
Associazione Voce donna Onlus	Viale Dante 19, Pordenone	voicedonnapn@gmail.com 0434 21779 voicedonnapn@pec.csvfvg.it
Comune di Udine U.O. Cittadinanza delle donne e cultura delle differenze - Servizio Zero Tolerance contro la violenza sulle donne	Viale Duodo 77, Udine sede operativa c/o via San Valentino, 20 - Udine	zerotolerance@comune.udine.it ; protocollo@pec.comune.udine.it 800 531135; 0432 1272677; 0432 1272077

2. Riferimenti e recapiti dei Consulтори.

aas	SEDE CONSULTORIO	recapiti telefonici	e-mail
aas 2	CERVIGNANO DEL FRIULI	telefono: 0431 529366	consultorio-familiare-cervignano@ass5.sanita.fvg.it
	Latisana	telefono: 0431 529366/ 71	consultorio-familiare-latisana@ass5.sanita.fvg.it
	SAN GIORGIO DI NOGARò	telefono: 0431 529366	consultorio-familiare-sangiorgio@ass5.sanita.fvg.it
	GORIZIA	telefono: 0481 592869	consdai@ass2.sanita.fvg.it ; PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
	MONFALCONE	telefono: 0481 487611	consdbi@ass2.sanita.fvg.it
aas 3	CODROIPO	telefono: 0432 909186	
	GEMONA DEL FRIULI	telefono: 0432 989222	
	SAN DANIELE DEL FRIULI	telefono: 0432 949454/53	
	TOLMEZZO	telefono: 0433 488828	cons-tol@ass3.sanita.fvg.it
aas 5	AZZANO X	telefono: 0434 423350	consultorio.azzano@aas5.sanita.fvg.it
	MANIAGO		
	PORDENONE	telefono: 0434 237880/ fax 7881	consultorio.pn@aas5.sanita.fvg.it
	SACILE	telefono: 0434 736376; fax 736470	consultorio.sacile@aas5.sanita.fvg.it
	SAN VITO AL T.	telefono: 0434 841730 fax 841612 257136	<u>consultorio.sanvito@aas5.sanita.fvg.it</u>
asuITS	TRIESTE-DISTRETTO 1-via STOCK+DUINO AURISINA	telefono: 040 3997831/ fax 3997878;	consfam.roiano@asuITS.sanita.fvg.it
	TRIESTE-DISTRETTO 2-via SAN MARCO	telefono: 040 3995566; fax 3995570	consfam.dist2@asuITS.sanita.fvg.it
	TRIESTE-DISTRETTO 3 - VALMAURA+ SAN DORLIGO+MUGGIA	telefono: 040 3995800	consfam.valmaura@asuITS.sanita.fvg.it
	TRIESTE- DISTRETTO 4-via SAI	telefono: 040 3997445 (con segreteria telefonica) ; fax 3997443	consfam.d4@ass1.sanita.fvg.it
asuIUD	CIVIDALE DEL FRIULI	0432 1796318	<u>emt.consultorio.cividale@asuIUD.sanita.fvg.it</u>
	TRICESIMO/TARCENTO	0432 851614 - 0432 881503	
	UDINE	0432 553617; fax 0432 553616	<u>consultorio.udine@asuIUD.sanita.fvg.it</u>