



*Integration and Community Care for Asylum and
Refugees in Emergency''*

BOZZA

**REDATTA DAL GRUPPO DI LAVORO REGIONALE COSTITUITO DALLE
EQUIPE DEDICATE DELLE AASSPP REGIONALI**

Protocollo operativi per la presa in carico di donne titolari o
RTPI per la diagnosi e cure delle Malattie sessualmente
trasmissibili o vittime di abusi sessuali o MGF.



Indice.

1. Premessa
 2. L'Assistenza sanitaria
 5. Rete Assistenziale Territoriale
 6. Servizi erogati dai Distretti sanitari di base
 - 6.1 Codice STP
 - 6.2 Iscrizione al SSN
 - 6.3. Esenzione ticket e accesso alle prestazioni socio-sanitarie
- Malattie sessualmente trasmissibili
- Abusi sessuali
- Mutilazioni Genitali Femminili
- La rete Consultoriale
- La rete Ospedaliera
- Modalità specifiche di accesso e valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari
- Percorso di accesso semplificato e presa in carico integrata e ad hoc per l'erogazione di cure appropriate e tempestive ai soggetti in condizione di vulnerabilità secondo percorsi assistenziali predefiniti
- Collegamento fra i servizi sanitari territoriali e ospedalieri per la presa in carico di RTPI e S.C. affetti da MST e MGF

Premessa

L'accesso al servizio sanitario e l'esercizio del diritto alla salute rappresentano una fase fondamentale del percorso di accoglienza integrata delle persone richiedenti protezione internazionale o titolari di protezione internazionale PTI. La tutela della salute di quest'ultimi, è prevista in tutte le fasi a partire dal soccorso al progressivo inserimento e integrazione nel territorio italiano.

L'art. 32 della Costituzione italiana, ribadisce la centralità della tutela della salute per ogni individuo presente nel nostro Paese, come diritto fondamentale della persona e non solo del cittadino, oltreché interesse della collettività.

L'auspicio è che il presente lavoro possa dare un contributo significativo per assicurare appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità stabili di confronto e di raccordo tra i servizi sanitari. Si tratta di promuovere e sostenere un avanzamento culturale su una tematica che ancora oggi sollecita un ripensamento delle prassi di accoglienza e delle modalità di cura.

Dobbiamo constatare che ancora oggi le risposte sanitarie in proposito sono a volte frammentate o insufficienti e che è ancora scarseggiano metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida, formalmente adottate.

Obiettivo del presente protocollo è quello di rendere omogeneo nell'ambito dei servizi sanitari delle AASSPP siciliane, il percorso di diagnosi e cura dei RTPI e implementare gli interventi che favoriscano l'integrazione tra servizi.

La produzione di documenti di indirizzo facilita l'inclusione a pieno titolo delle persone in condizione di regolarità giuridica, nel sistema delle garanzie di tutela sanitaria, a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano.

I percorsi assistenziali appropriati, a tutela delle donne RTPI, consentono da un lato di individuare precocemente eventuali patologie trasmissibili e adottare, oltre alle misure di salvaguardia della salute individuale, anche le opportune attività di sorveglianza richieste dal Regolamento sanitario internazionale, dall'altro di superare la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni, per approdare a modalità assistenziali e pratiche di sanità pubblica, per quanto possibile, standardizzate e basate sulle evidenze scientifiche.

La fragilità sociale di molti Paesi di provenienza suggerisce un'attenzione particolare verso le donne che sono, tra l'altro, maggiormente esposte al rischio di divenire vittime della tratta di esseri umani, proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa.

Inoltre, durante il viaggio soprattutto le donne sono spesso costrette a subire violenze e abusi, ciò sta determinando con frequenza l'arrivo di donne, anche giovanissime, in gravidanza e con infezioni sessualmente trasmissibili.

Molte delle richieste di asilo che vengono presentate da donne e ragazze riguardano persecuzioni basate sul genere, tra cui la tratta, il matrimonio forzato, la violenza domestica, la sterilizzazione forzata, le mutilazioni genitali femminili, la minaccia di delitti "d'onore", la violenza sessuale e lo stupro.



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

Nello specifico per le donne richiedenti o titolari di protezione internazionale e S. C., i percorsi di presa in carico *ad hoc*, contribuiscono a rendere maggiormente accessibili i vari servizi sanitari del territorio, promuovendo la rimozione di ostacoli di natura burocratica, linguistica e sociale, anche attraverso l'utilizzo del servizio di mediazione culturale.

Va evidenziato che molto spesso la tortura può non essere immediatamente leggibile ed è necessario che gli operatori coinvolti a vario titolo nella presa in carico della persona (medici, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali, ecc.) cooperino per favorire l'emersione della vulnerabilità. E' da rilevare che soprattutto donne e minori, a causa del contesto culturale di provenienza, della vergogna e/o dello stigma sociale che spesso l'aver subito violenze comporta, possono trovare particolari ostacoli nel fare emergere, come pure nell'elaborare, il proprio vissuto.

1. Rete assistenziale a livello territoriale

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) garantisce, attraverso i propri servizi, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, la specialistica ambulatoriale interna ed esterna, la rete ospedaliera la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute. Tale assistenza prevede diversi livelli: dal semplice sostegno psico-sociale e di cura della persona, agli interventi di natura più prettamente sanitaria in quanto rivolti a persone che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche o, in caso di situazioni più complesse, di assistenza domiciliare integrata.

Le donne richiedenti protezione internazionale, in base alla normativa, devono essere obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale (SSN) e quindi devono scegliere il proprio medico, anche durante il periodo in cui sono in attesa del permesso di soggiorno. Nonostante ciò, persistono a tutt'oggi delle difficoltà nell'iscrizione al SSN legate, ad esempio, al rilascio del codice fiscale. Per far fronte a questi impedimenti e garantire una copertura sanitaria anche in questa fase, il legislatore ha previsto (all'art. 21 del Decreto Legislativo n. 142 del 18 agosto 2015) che i richiedente possano essere comunque assistiti attraverso l'utilizzo del codice STP.

5. Codice STP ai cittadini extracomunitari temporaneamente presenti non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno

I cittadini extracomunitari temporaneamente presenti (STP) sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR. L'art. 35, comma 3, del D.Lgs. n. 286/98 dispone che "Ai cittadini stranieri presenti sul territorio dello Stato, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”.

In particolare, sono garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 13 aprile 1995;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Prevenzione

MST

Il test HIV viene altresì offerto ai minori di età <16 anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare.

Si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per infezione da HBV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HBsAg >2% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori e alle donne in gravidanza

Lo screening deve prevedere la valutazione sierica di HBsAg, HBcAb e HBsAb. In caso di positività all'HBsAg, il paziente deve essere inviato a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento.

Si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HCV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HCV >3% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, parametri epatici alterati. Lo screening deve prevedere la valutazione sierica degli anticorpi anti-HCVI soggetti positivi al test devono essere sottoposti a ulteriore valutazione di conferma con HCV-RNA e, in caso di positività, inviati a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento.

Nei RTPI e S.C. di recente arrivo, in occasione dei controlli medici presso i centri di accoglienza, si raccomanda di indagare con attenzione la presenza di segni/sintomi suggestivi di IST (secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali). I soggetti sintomatici devono essere sottoposti a una valutazione specialistica. E' necessario che il medico effettui, nel



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

corso della visita, un adeguato *counselling* sulla salute sessuale e sulle misure di prevenzione delle IST.

Ai soggetti asintomatici con fattori di rischio (*partner* multipli, nuovi *partner*, recente storia di IST, violenza sessuale) è raccomandata, nel contesto della presa in carico sanitaria, l'offerta di test diagnostici per infezione da *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, basati sull'esecuzione di PCR su primo mitto o, nelle donne, preferibilmente su tamponi cervico-vaginali.

Si raccomanda l'offerta del test sierologico per la sifilide, nell'ambito della presa in carico sanitaria, a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni provenienti da paesi a elevata endemia per infezione da HIV (stime di prevalenza di HIV $>1\%$) e a quanti, a seguito di adeguato *counselling*, ritengono di essere stati esposti a fattori di rischio.

Nei minori di età di 16 anni, il test per la sifilide deve essere offerto in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, abusi/violenze sessuali) o di altre IST.

L'OMS sottolinea che la strategia di controllo e prevenzione delle MST si deve basare soprattutto sulla promozione di campagne informative (es. quali sono le MST e i fattori di rischio), e di attività di educazione alla salute sessuale (es. uso corretto del condom).

Inoltre, è importante la diagnosi precoce delle MST, sia per identificare le persone infette asintomatiche o paucisintomatiche (ad es. lo screening per MST nelle donne in gravidanza), sia i loro partner sessuali.

Secondo l'OMS, l'approccio complessivo per le MST dovrebbe prevedere:

- facile accesso ai servizi di diagnosi e cura
- accurata informazione sulle manifestazioni cliniche delle Mst e sulle possibili complicanze
- educazione alla salute sessuale (es. corretto uso del condom)
- trattamento appropriato, anche del partner
- aumento e facilitazione dell'offerta dei test diagnostici per identificare anche i casi asintomatici
- promozione del test HIV
- messa a punto dei servizi per migliorare la consapevolezza e la capacità dei giovani di prevenire le MST
- specifiche misure di prevenzione e controllo delle MST per i soggetti con comportamenti sessuali a rischio (es. adolescenti, giovani, Msm, tossicodipendenti, prostitute)
- utilizzo dei vaccini disponibili (HPV, HBV)
- rafforzamento dei sistemi di sorveglianza delle MST
- coinvolgimento di tutte le parti in causa, sia del settore pubblico che del settore privato, per la prevenzione e il trattamento delle MST.



Il **target** del progetto è rappresentato da **donne e minori RTPI e S.C.**, soggetti vulnerabili che sovente sono stati vittime di abusi e soprusi, cui conseguono patologie che necessitano della giusta attenzione e cura da parte dei nostri servizi sanitari territoriali.

L'**ambito di applicazione** è quindi la fase emergenziale della seconda accoglienza di Titolari o Richiedenti la Protezione Internazionale, donne e minori.

L'accesso ai Consultori è libero, tramite contatto telefonico dai Centri di Accoglienza si concorda la Presa in Carico della Paziente.

Il primo incontro si effettua in presenza dell'equipe del Consultorio in presenza del Mediatore Culturale.

Si valuta il percorso a cui indirizzarla e le esigenze di cui necessita.

Le MST (Malattie Sessualmente Trasmesse) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno in tutto il mondo. Esse rappresentano un problema rilevante per la salute pubblica in tutto il mondo probabilmente a causa della scarsa informazione e dell'insufficiente conoscenza delle MST e di come prevenirle.

Le **Malattie Sessualmente Trasmesse** costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno in tutto il mondo. Esse rappresentano un problema rilevante per la salute pubblica in tutto il mondo probabilmente a causa della scarsa informazione e dell'insufficiente conoscenza delle MST e di come prevenirle.

Possono essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. A tal fine è necessario informare ed educare la popolazione sulle principali MST, sui meccanismi di trasmissione sulle manifestazioni cliniche. Diversi fattori rendono i RTPI più vulnerabili: le condizioni estreme che caratterizzano il tragitto migratorio, i cambiamenti climatici e dietetici, la precarietà occupazionale nel Paese ospite, la scarsa tutela sul lavoro, l'indigenza e le carenze abitative, possono causare malattie che si aggravano per le barriere culturali. Inoltre, spesso l'esclusione sociale, di cui sono soggetti, rende questi altamente vulnerabili alle MTS e alle complicanze connesse. Come riporta l'OMS, oggi si conoscono 30 diversi patogeni, tra batteri, virus, protozoi, funghi ed ectoparassiti, responsabili

MGF (Mutilazioni Genitali Femminili)

Con specifico riferimento alle nazionalità delle richiedenti e titolari di protezione internazionale o umanitaria , le diverse tipologie di MGF sono praticate in percentuale più elevata nei Paesi del Corno d’Africa e nei paesi dell’Africa occidentale.

Le MGF hanno molteplici conseguenze mediche e possono causare eventuali complicanze a breve, medio e lungo termine, a seconda della tipologia di MGF, legate soprattutto a eventuali patologie infiammatorie, ostetriche, psico-sessuali, esiti cicatriziali che possono condizionare la salute della donna e del neonato.

Occorre tenere presente anche l’eventuale disagio psicologico della donna o della minorenni sottoposta a questa pratica nel proprio Paese di origine, in quanto, culturalmente ascritte tra atti di genitorialità patriarcale, finalizzati alla crescita e all’accettazione sociale delle proprie figlie e ai meccanismi matrimoniali cui rimandano.

Pertanto, nella presa in carico sanitaria rivolta a donne provenienti da paesi dove fonti accreditate dimostrano l’uso consuetudinario della pratica delle mutilazioni genitali femminili (MGF), diventa indispensabile:

- un ascolto personalizzato in ambiente protetto;
- l’ausilio di una mediatrice linguistico-culturale competente sul tema e presenti agli incontri;
- un primo colloquio in lingua madre (al bisogno) presso un poliambulatorio e/o consultorio, a seguito del quale, qualora rilevato uno specifico bisogno sanitario espressamente manifestato dalla donna, venga attivata la presa in carico sanitaria;
- l’eventuale supporto al personale medico e alla stessa équipe di progetto di esperti sul tema (antropologi, enti specializzati, ecc.);
- un supporto specifico per il trattamento delle conseguenze psicofisiche delle MGF;
- nel caso in cui la donna richiedesse un controllo sanitario specifico (ginecologia-ostetricia, dermatologia, infettivologia, pediatria), prevedere visite mediche specialistiche e il controllo medico singolo o congiunto, a seconda della problematica clinica riscontrata.



DETTAGLIO AZIONI/SISTEMA DI MONITORAGGIO

Obiettivo Generale : 1

Protocolli Presa in Carico RTPI nelle Malattie Sessualmente Trasmesse/MGF

Target : Donne Titolari o RTPI e S.C.

Setting : Consultorio Familiare

Obiettivo Specifico 1	Indicatori	Soggetto Attuatore	Fonte di Verifica	Valori Attesi
1.1) Presa in carico della Paziente nel Consultorio gratuito, Colloquio con Assistente sociale , Ginecologo, Psicologo in presenza di Mediatore Culturale per indirizzarne il percorso	1) MTS	ASP 1	Registro Accesso	Riduzione della % Di soggetti disinformati
	2) Vittime di Violenza e MGF	Consultorio	N. Prestazioni	Accettazione Sistemi di Protezione alle MTS Apertura ai Colloqui con Psicologo
1.2) Incontro con Ostetrica nel percorso gravidanza	3) Richiesta I.V.G.	U.O.C.	Registro Accesso	Riduzione % I.V.G.
1.3) Incontro con Ginecologo per prevenzione diagnosi e cura MTS	4) Percorso Gravidanza E Parto	Ambulatorio	N. Prestazioni	Aumento % Percorso Gravidanza Parto



Fasi del Percorso indispensabili	Operatori	Azioni	Programma	Invio
1.1) Presa in carico al Consultorio	Ginecologo	Visita Prevenzione terapia	Refertazione legale programmazione iter diagnostico/invio a dermatologo , infettivologo	Terapia senza risposta e/o peggioramento delle condizioni
	Psicologo	Colloquio su Percorsi da seguire	Valutazione del percorso decisionale da seguire	Valutazione invio presso Strutture del Territorio Psichiatria SERT
	Assistente Sociale	Colloquio su interventi possibili a sostegno sociale	Presenza contatti con associazioni per sostegno sulle decisioni prese	Valutazione Invio presso altre strutture di accoglienza
	Ostetrica Infermiera	Tamponi Pap test Test Ematici	Programmazione controlli dopo esito esami e/o invio al ginecologo	Invio a corsi formativi gravidanza, parto, allattamento
	Mediatore culturale	Consegna materiale informativo in varie lingue	Accompagnamento ai vari percorsi decisionali	
1.2) Invio al P.O.	Ginecologo del consultorio CAPOFILA	Contatto con la struttura ospedaliera identificata per il percorso	Prenotazione diretta con impegnativa tramite programma DEDALUS per visita/ecografia/colposcopia in ambulatorio ospedaliero dedicato	Scannerizzazione impegnativa mediante lettore codice a barre ed inserimento in ambulatorio ospedaliero
		Contatto con Mediatori Culturali	Assistenza del paziente e traduzione consensi informati e procedure terapeutiche	Accompagnamento paziente presso ambulatorio Ospedaliero



1.3) Presa in carico nel Presidio Ospedali ero idoneo	Ginecologo P.O.	Visita Ecografia Colposcopia HPV DNA test	Visita Refertazione Valutazione programma diagnostico terapeutico	Inserimento in lista preferenziale per accesso in day service / day hospital/ricovero isteroscopia biopsia, conizzazione, resettoscopia, laparotomia , laparoscopia
	Ostetrica P.O.	Assistenza al percorso	Percorso MST Percorso Abuso Sessuale	Valutazione invio ai Centri antiviolenza
	Mediatore culturale	Accompagnamento al percorso		

Il **Ginecologo**, valutate durante la visita le condizioni di salute in atto, potrà effettuare tamponi vaginali, pap test, e prelievi ematici che saranno inviati al laboratorio di Patologia Clinica per la diagnosi differenziale delle MTS.

In presenza di infezione trattabile in prima istanza con terapia medica, prescriverà i farmaci indicati e specifici.

In presenza di infezioni recidivanti ed a carattere sistemico invierà la paziente presso il reparto di malattie infettive dell' ASP di appartenenza.

In presenza di PAP test positivo la pz. Sarà inviata all'ambulatorio dell'ospedale di zona per eseguire Colposcopia e test HPV-DNA; presa in carico dall' U.O. di Ginecologia se necessiterà, potrà effettuare eventuale biopsia cervicale o intervento di Conizzazione o Isterectomia.

La presa in carico presso l'Ambulatorio dell' U.O. di riferimento avverrà tramite contatto telefonico con il Medico Referente per i Consultori e prenotazione diretta tramite programma DEDALUS ARIANNA CUP dedicato al solo ambulatorio degli immigrati.

Ottimizzazione del percorso Consultorio - Ambulatorio Ospedaliero

I consultori afferenti ad ogni singola ASP, faranno riferimento ad un consultorio capofila provinciale che avrà accesso al programma **Dedalus Cup** per prenotare on line presso la struttura ospedaliera di riferimento la prestazione richiesta nell'ambulatorio degli RTPI e S.C. già provvisti di codice **STP**.



Il programma **Dedalus Arianna Cup** sarà fruibile per il consultorio capofila e solo ed esclusivamente per prenotare le visite nell'ambulatorio dedicato agli RTPI e S.C. nel presidio ospedaliero di riferimento, semplicemente scannerizzando con lettore laser di codice a barre la proposta del medico di base.

L'ambulatorio nel p.o. dedicato, sarà aggiunto agli attuali ambulatori, la direzione dell'Asp fornirà le credenziali di accesso (sistema dedalus cup) per programmare le visite concordate con il Direttore dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia .



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

Sarà cura dell'equipe del Consultorio, o della struttura ove sono residenti , provvedere ad affiancare alla paziente, o al gruppo di pazienti prenotate per il giorno della visita, un mediatore culturale, o piu' , in base alla necessita' della lingua parlata.

Pertanto nel giorno ed ora stabilita i pazienti, accompagnati dal mediatore culturale, saranno visitati dal medico ospedaliero e saranno sottoposti a tutte le indagini utili per la diagnosi e cura.

Sarà cura dei medici ospedalieri , ove necessario, gestire le prescrizioni terapeutiche e chirurgiche.

L'ambulatorio dedicato sarà gestito dal ginecologo della stessa struttura con più esperienza maturata senza aggravio di spesa. Al termine dell'iter diagnostico-terapeutico saranno sempre rinviate al consultorio di prima accoglienza per il continuum nelle terapie e prevenzione.

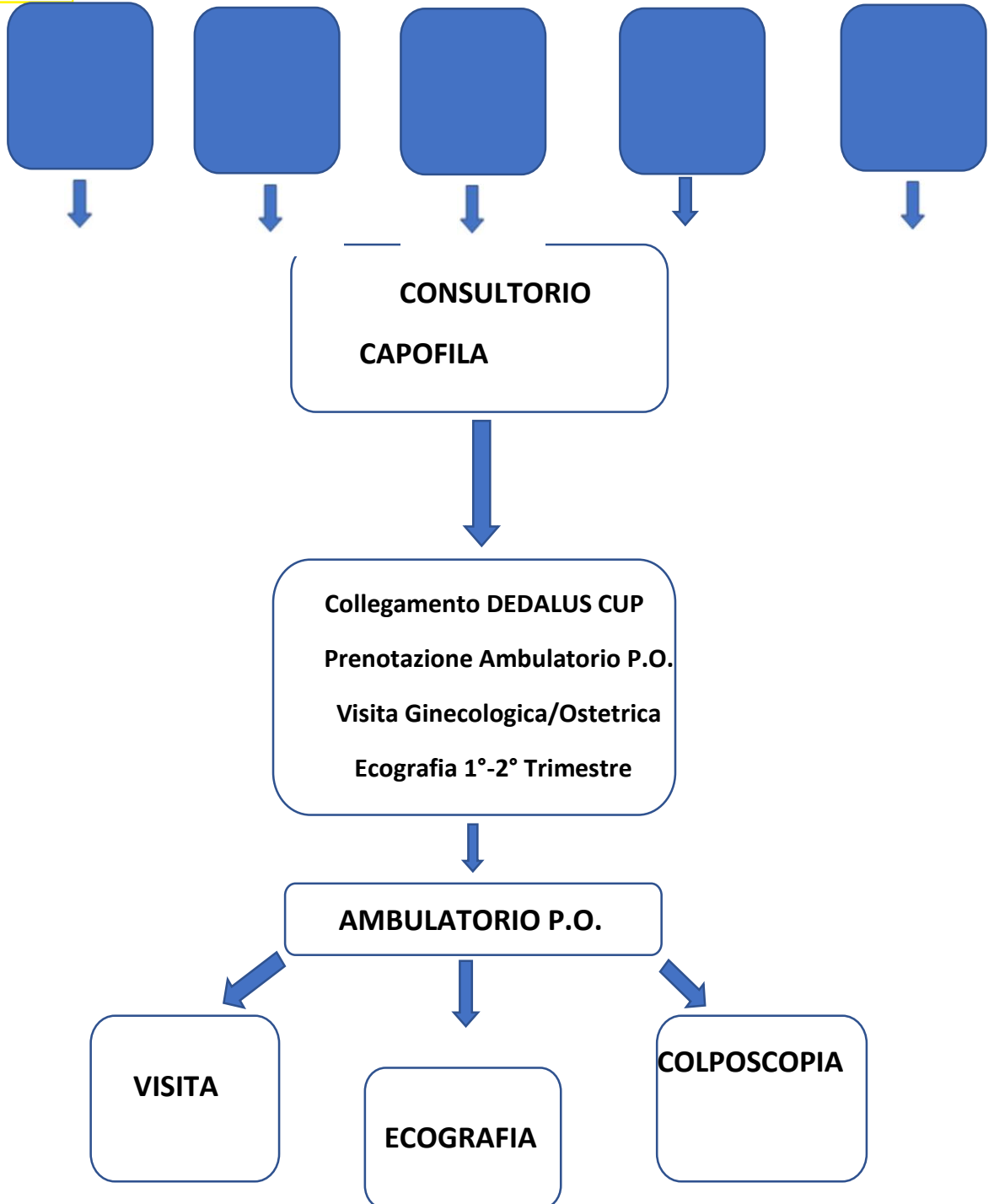


Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA



Percorsi di assistenza nel SSN nei casi di abusi e violenze sessuali nelle donne RTP

Gli RTPI e S.C. che giungono nel nostro paese sono spesso caratterizzati dal cosiddetto “effetto migrante esausto”: infatti a causa di traumi multipli subiti, le persone possono presentare un elevato grado di sofferenza fisica e psichica.

Lo stress reattivo alle violenze subite può determinare nelle vittime anche una serie di reazioni psico-neuro-endocrino-immunologiche, provocando un aumento della suscettibilità alle infezioni e alle malattie croniche. Talvolta i segni e i sintomi dipendenti dalle violenze intenzionali possono evidenziarsi anche a notevole distanza di tempo dal trauma e talvolta perpetuarsi in un effetto transgenerazionale del trauma stesso, cioè che si tramanda almeno in un arco trigenerazionale.

L’individuazione precoce dunque rappresenta un valido presupposto per la prevenzione dello sviluppo di problematiche psicopatologiche e di altre patologie e costituisce una premessa necessaria per l’attivazione di una serie di azioni rivolte alla salute della persona

L’esperienza maturata nella gestione delle operazioni di sbarco e le relative attività di prima assistenza conferma la presenza di persone con diversi profili di vulnerabilità, per le quali si impongono considerazioni di pronta identificazione e segnalazione alle autorità competenti, per la successiva eventuale presa in carico, anche in conformità con le più recenti previsioni normative del D.Lgs 142/2015. Alcune vulnerabilità–minori non accompagnati, genitori soli, persone anziane, sopravvissuti a naufragio–possono risultare immediatamente individuabili durante la fase dello sbarco. In altri casi–come per le vittime di tortura o trauma estremo– le vulnerabilità non sono rilevabili durante le procedure di soccorso e identificazione al porto, spesso caratterizzate da tempo limitato e setting inadeguato. Ciononostante, anche in questa fase, possono essere osservati episodi indicativi di una condizione di disagio e sofferenza, che è opportuno riportare al personale sanitario e agli operatori dei centri d’accoglienza al fine di assicurare un trattamento precoce.

A tal fine risulta necessaria l’adozione di procedure operative, con il coinvolgimento degli operatori sanitari, che includano la registrazione di tutti i segnali o elementi indicativi di una potenziale vulnerabilità e che consentano il regolare flusso delle informazioni a tutti i soggetti competenti. Nel caso di vulnerabilità acclamate, o laddove si richiedano ulteriori valutazioni, si rende necessario l’immediato trasferimento delle persone in centri d’accoglienza dotati di servizi adeguati, anche al fine di predisporre gli ulteriori approfondimenti per una compiuta individuazione della fragilità, in collaborazione con le ASL competenti per territorio.



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

La fragilità sociale di molti Paesi di provenienza suggerisce un'attenzione particolare verso le donne che sono, tra l'altro, maggiormente esposte al rischio di divenire vittime della tratta di esseri umani, proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa. Inoltre, durante il viaggio soprattutto **le donne sono spesso costrette a subire violenze e abusi, ciò sta determinando con frequenza l'arrivo di donne, anche giovanissime, che sbarcano sulle nostre coste in gravidanza e con infezioni sessualmente trasmissibili.** Le problematiche del percorso migratorio hanno una profonda influenza sulle condizioni psicofisiche dei richiedenti asilo e rappresentano un rischio aggiunto per eventuali patologie infettive legate al degrado e all'abbandono.

I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all'individuazione precoce di queste persone. **L'individuazione rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinico - diagnostica, che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.**

Le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici complessi (depersonalizzazione, de-realizzazione, assorbimento immaginativo, disturbi mnesici e cognitivi, etc.) differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono multiformi e insidiose e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, specialmente per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza. In questi casi il rischio di misconoscimento o di una diagnosi errata risulta molto elevato. I disturbi possono rimanere misconosciuti e latenti anche per lunghi periodi di tempo. Non è raro che un disturbo post-traumatico complesso non diagnosticato sia la causa dei ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso d'integrazione/autonomia.

La tempestività di un trattamento adeguato in servizi con competenze specialistiche è quindi cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi. Per quanto detto finora, risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l'individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un'alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme. Tali procedure rappresentano una vera e propria conditio sine qua non per garantire, al maggior numero possibile di richiedenti sopravvissuti a tortura e altre violenze, la restituzione delle condizioni psico-fisiche indispensabili per affrontare, al pari degli altri richiedenti, il difficile percorso verso l'integrazione e l'autonomia.

Individuazione precoce, invio e presa in carico

Le attività finalizzate a favorire l'individuazione precoce dovrebbero iniziare, compatibilmente con i diversi contesti di arrivo, il prima possibile, con un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante, anche con il coinvolgimento degli operatori non sanitari. Ogni persona individuata come probabile vittima di tortura o violenza estrema, sarà segnalata e indirizzata, per un'accurata valutazione clinico-diagnostica e per una eventuale presa in carico, ai servizi del SSN con competenze specialistiche, o ad altre strutture, da esso riconosciute, con esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, al fine di evitare un deterioramento psichico e/o la cronicizzazione dei quadri clinici (psicologici e somatici) e di adattare le condizioni di accoglienza e le procedure di asilo ai loro bisogni specifici.

1° livello: **Riconoscimento di indicatori di violenza e o abuso sessuale,**

In questa fase il riconoscimento si baserà su quanto spontaneamente emerso e su quanto rilevato attraverso un'osservazione e/o un ascolto partecipato e strutturato, anche da personale non sanitario, che però riferisce a personale sanitario dei Servizi Territoriali del SSN, quale il Consultorio Familiare, per una prima valutazione

Lo stesso Consultorio, può rilevare tali segni, attraverso l'anamnesi, anche durante un accesso al Servizio per eventuali IST o gravidanze.

L'equipe del Consultorio Familiare è formato da:

Ginecologo

Psicologo

Assistente Sociale

Ostetrico/ Infermiere

Fondamentale è la presenza del mediatore culturale preferibilmente della stessa etnia e culturalmente vicino alla donna.

1. Si ascolta l'operatore del CAS. che dopo avere esposto la problematica, in presenza dell'utente, viene fatto uscire.
2. Il ginecologo e l'ostetrica raccolgono una prima anamnesi relativa a fattori fisici evidenti: si presta attenzione ad eventuali ferite o patologie fisiche insorte durante il viaggio migratorio. Possono essere presenti cicatrici che vengono mostrate senza particolari resistenze; sono lesioni da taglio alle braccia, alle gambe, alle dita dei piedi o lesioni traumatiche da corpo contundente alla testa, all'addome alla schiena o talora lesioni oculari o auricolari, talora sono affetti da HIV o altre patologie infettive contratte prevalentemente durante il periodo



di reclusione in Libia (tutti coloro che transitano dalla Libia vengono rapiti , reclusi e torturati con richiesta di riscatto ai familiari per liberarli). Si valutano in primis le condizioni fisiche correlate alla sua salute sessuale e eventuali gravidanze.

3. L'assistente sociale e lo psicologo, in maniera congiunta procedono al colloquio anamnestico sul processo: si chiede di parlare del vissuto nel suo paese d'origine e di eventuali esperienze traumatiche accadute nel paese da cui proviene e delle motivazioni della migrazione; altresì di eventuali esperienze traumatiche durante il viaggio migratorio nei paesi attraversati, anche prima del passaggio in Libia.
4. Dopo la raccolta anamnestica, il racconto del viaggio e la visita medica (il tutto possibilmente nella stessa giornata),l'èquipe consultoriale valutati gli elementi confermant la violenza, procederà ad una secondo livello.

II° Livello : Prima valutazione e sostegno e invio ai servizi di 2° livello

1. Il ginecologo (e l'ostetrica per quanto di competenza) , effettuato il Pap Test e/o l'HPV DNA TEST, e avere accertata e datata una eventuale gravidanza, orienta il responsabile del CAS. a seguire eventuali cure o esami strumentali e/o rimandando al medico di medicina generale di riferimento. Contestualmente provvederà a contattare il Servizio Ospedaliero dedicato, per una presa incarico di 2° livello e per eventuali approfondimenti diagnostici in merito alla violenza, anche ai fini di una adeguata certificazione.
2. Lo psicologo, valuterà il quadro psichico generale della donna, verificando , se necessario , con strumenti psicodiagnostici , aspetti sintomatici, più o meno evidenti relativi al trauma, e fornendo al contempo adeguato sostegno al vissuto della donna RTP. Se ci sono i presupposti si tenta, infatti di raccogliere il vissuto emotivo della violenza subita (abuso fisico o sessuale) e si condivide il dolore emotivo correlato alla esperienza traumatica, (ciò può avvenire anche in più colloqui). Contestualmente sarà contattato il Centro di Salute Mentale, per la tempestiva presa in carico e per tutti gli approfondimenti diagnostici, farmacologici e terapeutici relativi al PTSD .

La presa in carico, comunque da parte dei Servizi Sanitari deve necessariamente essere improntata alla multidisciplinarietà e all'integrazione degli interventi, avvalendosi anche della collaborazione di servizi dedicati e associazioni operanti sul territorio, individuati sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, di attenzione agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere .

E' utile, infine, ricordare, sempre e comunque che la responsabilità della prevenzione secondaria riguarda il paese d'approdo e si esplicita nella capacità di

offrire condizioni di vita dignitose e relazioni adeguate in tutti gli ambiti dell'accoglienza e di garantire ambienti e setting non ritraumatizzanti e gli interventi sanitari appropriati per l'individuazione precoce e i conseguenti trattamenti clinico-assistenziali.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE IN AMBITO OSPEDALIERO¹

Per violenza di genere si intende qualsiasi forma di violenza rivolta contro le donne in ragione della loro identità di genere, indipendentemente dall'orientamento politico, religioso, sessuale o dall'etnia delle vittime. Nella violenza di genere sono comprese la violenza sessuale e qualsiasi forma di persecuzione o violenza fisica, psicologica ed economica che un uomo esercita su una donna.

La Regione Sicilia riconosce che ogni forma o grado di violenza contro le donne costituisce una violenza di genere e una violazione dei diritti umani, dell'integrità fisica e psicologica, della sicurezza, della libertà e della dignità della persona e assicura alle vittime della violenza e ai loro figli minori o diversamente abili un sostegno per consentire ad esse di recuperare la propria autonoma individualità e di riconquistare la propria libertà, nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato.

A tal fine si avvia un percorso specifico per la gestione della donna che ha subito maltrattamenti e/o violenza sessuale utilizzata anche per donne RTPI realizzando una procedura operativa adottando 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", contenute nel decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 e pubblicato su G.U. n. 24 del 30 gennaio 2018.

Questa procedura operativa rappresenta la realizzazione di una delle diverse attività previste nelle indicazioni contenute nella GURS del 9 maggio 2014 "Codice Rosa. Linee di indirizzo per il documento attuativo", con l'introduzione nella Regione Sicilia del cosiddetto "Codice Rosa" che consiste in un percorso di accoglienza al Pronto Soccorso dedicato a chi subisce violenza, che si colloca e si armonizza con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà.

E' un percorso di accoglienza al Pronto Soccorso dedicato a chi subisce violenza, che si colloca e si armonizza con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà all'interno del Pronto Soccorso vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza delle vittime, garantendo il rispetto della

¹ Bozza revisione procedura Codice Rosa ASP Agrigento in corso di deliberazione.

privacy e della riservatezza e nella quale accedono tutto il personale sanitario multidisciplinare e multiprofessionale che dovranno prendere a carico la/il paziente.

Il suo punto di forza è una “task force”², un gruppo operativo formato da personale socio-sanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi), magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria e forze dell'ordine, rete dei centri antiviolenza territoriali.

L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza.

Questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e dei “tempi dei silenzi” delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure.

Scopo della procedura operativa è l’attuazione ad un percorso sanitario assistito attraverso un processo tempestivo e pianificato in forma di procedura ad uso di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso, con riferimenti chiari e precisi circa le fasi, le modalità di azione, le responsabilità e gli obblighi normativi, garantendo alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale.

Il percorso della procedura deve garantire la gestione della donna dall’arrivo al Pronto Soccorso (PS), definito e condiviso, dall’accoglienza alla applicazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione con la attivazione di risorse territoriali che garantisca la continuità assistenziale, la tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale.

Tale percorso ha l’obiettivo:

- di fornire le competenze sul tema attraverso specifici percorsi formativi per il personale sanitario medico e non medico e a tutti gli attori del percorso, circa fasi, tempi, modalità, responsabilità, tipologia, prelievi ed esami diagnostici;
- garantire un progetto di continuità assistenziale e di sostegno attraverso interventi di follow-up medico e di intervento psico-sociale e legale in stretta integrazione ospedale-territorio.

Tale processo rappresenta il primo livello di coinvolgimento del sistema salute sulle conseguenze della violenza sulla salute delle donne secondo il rapporto OMS 2013 “Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute della violenza da parte di un partner intimo o da sconosciuti” (“Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partnersexual violence”, OMS, 2013)³.

² CIRCOLARE del 7 marzo 2014, n. 6 “Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del Codice Rosa” pubblicata sulla GURS del 29 maggio 2014

³ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_listaFile_itemName_0_file.pdf



Importante evidenziare che la procedura descrive il percorso ospedaliero e territoriale sanitario che, soprattutto nella fase conclusiva, prevede l'attivazione degli altri soggetti della Rete cittadina e delle relative procedure interconnesse (Centri Antiviolenza, Centri di Accoglienza, Consulteri, Servizi Sociale Comunale, Forze dell'Ordine, etc).

L'ACCOGLIENZA

L'accoglienza è il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la vittima, quasi sempre donna, e gli operatori sanitari. Costituisce il momento più delicato e complesso: la vittima deve percepire che ha trovato il luogo giusto dove raccontare la propria storia, dove è rassicurata sulla sua non responsabilità rispetto all'accaduto (è vittima) e che il suo racconto e la sua esperienza sono ritenuti credibili.

Non è compito dei sanitari accertare la veridicità del racconto o l'attendibilità della vittima. Annotare solo ciò che la vittima riferisce spontaneamente. Evitare di far ripetere troppe volte le testimonianze o di insistere nei particolari (ogni gesto o parola può far alterare un equilibrio precario ed occorre una grande capacità di comunicazione e di osservazione).

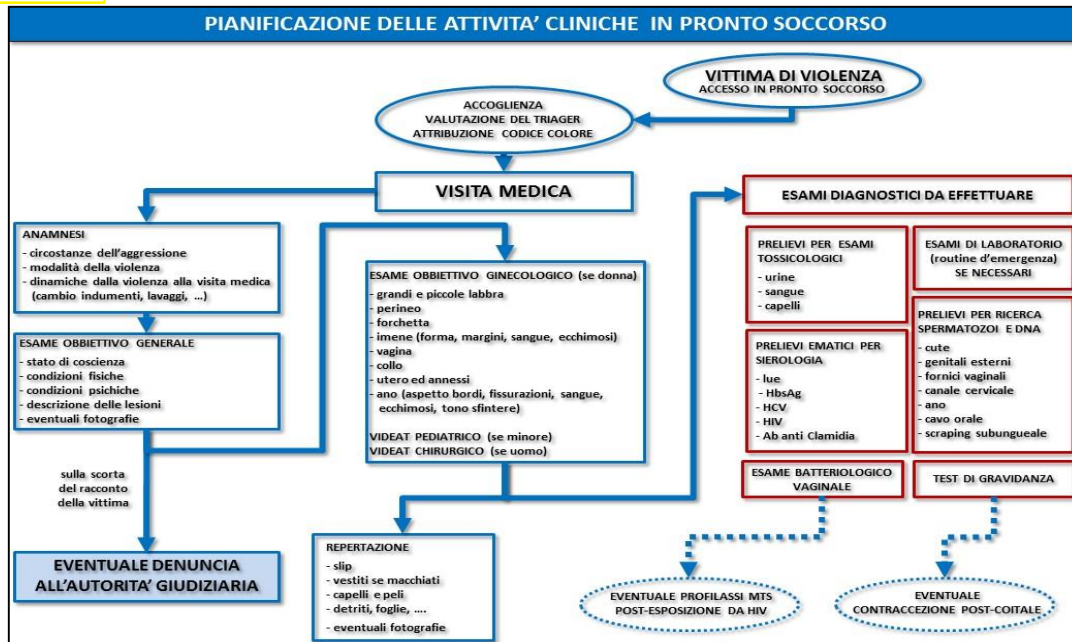
Importante e necessaria è la presenza di una equipe multidisciplinare in quanto l'accoglienza richiede un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione a tutto campo dei problemi, ma anche su una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto.

Tale equipe multidisciplinare richiede la presenza di operatori sanitari qualificati precedentemente attraverso una formazione per l'acquisizione di tutte le conoscenze e competenze specifiche per l'accoglienza e la gestione di una donna, anche donna migrante, e precisamente:

- Ginecologo
- Infermiere / Ostetrica
- Assistente Sociale
- Psicologo
- Mediatore Culturale

4

⁴ Procedura Aziendale ASP Agrigento, delibera di n. 869 del 07/10/2019



Ai Pronto Soccorso Ospedalieri tutte le donne vittime di violenza a scopo sessuale e/o maltrattamento anche psicologico accedono con modalità di:

- **accesso diretto e spontaneo della vittima;**
- **accesso attraverso consultori familiari o 118;**
- **accesso della vittima accompagnata dalle Forze dell'ordine.**

All'arrivo al triage in pronto soccorso, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso), alla vittima deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti)⁵ e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari, dato che esiste una criticità psicologica e probatoria tale da dover essere valutata rapidamente essendo un'attività "tempo-dipendente", evitando attese prolungate in luoghi non consono.

Alla vittima presa in carico dovranno essere assicurate in via prioritaria l'assistenza clinica e la protezione richieste dal caso specifico. Oltre al codice di triage verrà assegnato un identificativo di "percorso segreto", da annotare anche sulla scheda "Triage".

Espletate le operazioni di triage e valutata le priorità clinico-assistenziali viene attivata l'equipe multidisciplinare ove è fondamentale la presenza del mediatore culturale.

⁵ 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. (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018)

Il mediatore culturale è la figura professionale che sarà da tramite a tutta l'equipe multidisciplinare e che accompagnerà la donna RTP in tutto il percorso ospedaliero.

Particolare attenzione è la raccolta del consenso informato quindi è necessario presentarsi e spiegare dettagliatamente ed in caso di donna RTP con il supporto del mediatore culturale e anche con il supporto dello psicologo entrambi sempre presenti nell'equipe multidisciplinari, spiegando tutto il percorso e gli interventi che si verranno effettuati sul momento.

Le vittime vanno accompagnate in un luogo già dedicato, con la massima riservatezza, per la raccolta della anamnesi; tale ambiente rappresenterà il luogo di riferimento per tutti gli operatori intervenuti nel processo assistenziale, fatte salve tutte quelle procedure operative che necessitano di ambienti di cura specifici e dedicati.

La stanza⁶ può essere collocata in una posizione interna al PS, rispetto all'ingresso principale dedicato al pubblico, per tutelare la riservatezza durante la visita per i controlli e le consulenze mediche e per consentire che il colloquio possa essere riservato derivanti dai casi di violenza allontanando, ove possibile, eventuali accompagnatori, al fine di creare un clima di fiducia indispensabile a rassicurare la vittima.

Nella Stanza devono, inoltre, essere presenti i kit stupro (vedi figura n. 1) per gli esami biologici, per il repertamento fotografico, le cartelle cliniche guidate, in grado di fornire dati utili anche per l'Autorità Giudiziaria, e supporti informatici che consentano di classificare il caso e di raccogliere la testimonianza della vittima nel massimo della privacy, evitando lo spostamento della stessa.

KIT STUPRO
<ul style="list-style-type: none"> • Cartella e scheda cartacea • Consenso informato • Consenso al trattamento dei dati personali • Consenso informato per esami HIV • Lenzuolo bianco di carta • Siringhe di varie misure • Copricapi • Camice monouso • Guanti sterili • Mascherine • Vetrini da laboratorio e porta vetrini • Spatole di ayre sterili • Pennarello indelebile • Contenitori per le urine • Pettini a denti stretti • Pinzette e forbici • Speculum e proctoscopio/anoscopio • Provette e strisce per esami tossicologici (fomite da Tossicologia forense) • Provette per prelievo per la profilassi antibiotica, HBV, HIV • Tamponi con e senza terreno di trasporto con relativi contenitori • Tamponi di cotone e relativi contenitori • Lubrificante • Citofix • Stuzzicadenti e contenitore sterile • Regolo centimetrato forense per la misurazione delle lesioni • Soluzione fisiologica o acqua sterile • Buste di carta di varie grandezze per la conservazione delle prove • Buste di plastica di varie grandezze per la conservazione delle prove • Etichette per l'identificazione dei reperti (fornite da Tossicologia forense) • Macchina fotografica

Figura n.1

⁶ www.aopapardo.it

L'importanza della cosiddetta "Catena di custodia" (vedi figura n. 2) del repertamento e conservazione dei materiali raccolti assume rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché un incongruo repertamento o custodia dei reperti stessi, può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore e per tale motivo deve essere correttamente eseguita dettagliatamente con competenza e professionalità.

Tutti i contenitori saranno sigillati secondo quanto stabilito dal DPCM del 24 novembre 2017⁷.

La documentazione della catena di custodia dovrebbe includere i seguenti elementi minimi:

- descrizione del reperto/oggetto
- numero identificativo unico
- dove sono stati raccolti i reperti
- dove è stato conservato il reperto
- chi era in possesso del reperto e per quale scopo
- cosa è stato fatto sul reperto (ad esempio, analisi o riconfezionamento)
- informazioni relative alla data e ora di attività effettuata.

⁸Catena di Custodia

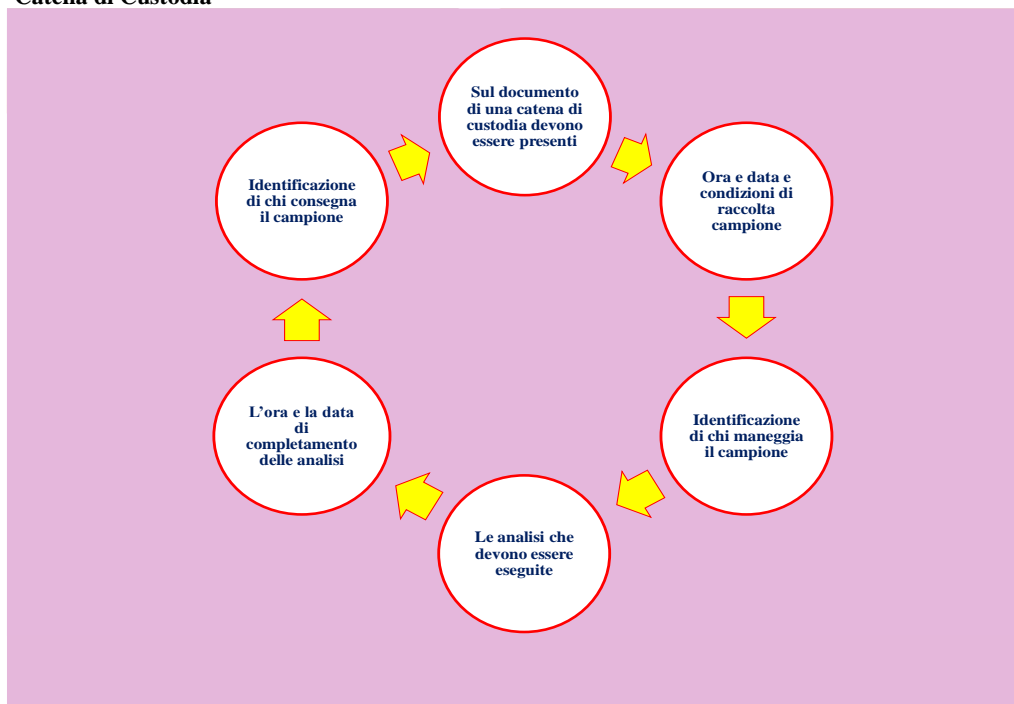


Figura n.

2

⁷ Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018)

⁸ XVIII Congresso Regionale Multidisciplinare di Medicina di Laboratorio _ Chieti, 13-14 ottobre 2015



Compilazione della Cartella Clinica e Consenso Informato⁹.

Nei casi di maltrattamento e/o violenza sessuale sospettata e/o dichiarata è fondamentale spiegare le varie fasi procedurali e le finalità degli accertamenti. La vittima di violenza sessuale deve dare il consenso informato scritto a tutte le procedure diagnostiche, terapeutiche/profilattiche e di raccolta dei dati-prelievi con finalità cliniche e forensi prima dell'esame clinico e medico-legale e in qualsiasi momento può chiedere di interrompere l'esecuzione delle stesse procedure.

L'operatore sanitario che ha preso in carico la vittima deve repertare tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso e redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi.

Il medico (possibilmente un ginecologo), coadiuvato da personale sanitario formato, Infermiere/Ostetrica procede a compilare la cartella clinica guidata facendo presente che nella cartella oltre a contenere informazioni inerenti lo stato di salute della vittima, contiene anche dati utili per finalità giudiziarie/forensi che possono apparire eccedenti per le finalità terapeutiche, ma che costituiscono elementi importanti ai fini della ricostruzione dell'evento, degli eventuali rischi ad esso correlati ed ad un eventuale percorso giudiziario) inserendo:

- dati della vittima ed eventualmente degli accompagnatori (previa acquisizione del consenso al trattamento dei dati anche da parte dell'accompagnatore)
- il racconto delle circostanze e delle modalità dell'aggressione
- cosa è accaduto dal momento del fatto alla visita
- dati anamnestici
- sintomatologia psichiatrica (per eventuale attivazione specialistica).

Procedure operative ed esecuzioni accertamenti¹⁰

Gli operatori Sanitari, medico ginecologo coadiuvato dall'infermiere/ostetrica, che eseguono le procedure degli accertamenti e l'esame obiettivo dovranno indossare i DPI: calzari, mascherina, copricapo, camice sterile, guanti (meglio se in nitrile), avendo cura di cambiare i guanti ad ogni procedura.

Ricordare sempre di cambiare i guanti per ogni operazione.

Compilare a stampatello la scheda esame obiettivo.

- Descrivere la presenza di lesioni (escoriazioni, ecchimosi, ferite lacere, graffi, morsi, bruciate), il colore e la loro localizzazione riportandole anche sulle figure anatomiche presenti nella cartella guidata. Se la vittima ha prestato specifico consenso, eseguire fotografie delle lesioni secondo le modalità sotto riportate.

⁹ Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018)

¹⁰ Linee Guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamenti, Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.), G.U. n.24 del 30 gennaio 2018.



Modalità di esecuzione delle foto

Se è disponibile una macchina fotografica digitale, la scheda di memoria contenente le immagini della vittima deve essere consegnata, insieme alla documentazione clinica, al Referente Aziendale o un suo delegato che provvederà alla loro debita archiviazione e conservazione e successivamente verrà consegnata alle F.F.O.O. congiuntamente agli altri reperti.

- Effettuare le foto prima di intervenire con le cure mediche, se possibile.
- Utilizzare il regolo centimetrato forense per la misurazione delle lesioni che è contenuto nel kit stupro.
- Fare foto di insieme da cui sia possibile evincere la localizzazione della lesione e poi procedere ad una foto ravvicinata della lesione (eventuale macro).
- Riportare nella cartella clinica l'esecuzione delle foto ed il nome dell'esecutore.

- Se la vittima ha sostituito i vestiti sin dal momento della riferita aggressione, acquisire solo quegli elementi che potrebbero contenere possibili tracce/prove relative alla violenza. Documentare che la vittima si è cambiata d'abito dopo l'aggressione in modo che gli indumenti indossati al momento della violenza potranno essere acquisiti.
- Localizzare le impronte, le macchie e le tracce di natura biologica o di altro tipo presenti sugli indumenti e sulla superficie corporea, prima di qualsiasi manipolazione per evitare spostamenti o artefatti.
- Documentare (anche con fotografie) e raccogliere in contenitori sterili eventuali reperti abili (ad es. capelli, peli, fibre tessili, materiali terrosi, foglie, etc.) prima di rimuovere gli indumenti.
- Non tagliare attraverso eventuali strappi, macchie o perforazioni esistenti sugli indumenti.
- Mettere un lenzuolo pulito sul pavimento. Posizionare sopra al lenzuolo un telo di carta sterile. Istruire la vittima di stare in stazione eretta al centro del foglio di carta e spogliarla con attenzione, avendo cura di farle togliere le scarpe prima di salire sul telo di carta. Raccogliere ogni elemento rimosso e metterlo in sacchetti separati. Alla fine di tutte le procedure è importante e fondamentale ripiegare il foglio di carta su cui stazionava la vittima in posizione eretta in modo tale da conservare l'eventuale materiale estraneo, riporre lo stesso in una busta di carta. Sigillare tutte le buste di carta indicando all'esterno il contenuto, data di esecuzione, firma di chi esegue garantendo la catena di custodia non scuotere gli indumenti acquisiti per non disperdere eventuali tracce.
- Conservare singolarmente in apposite buste di carta tutti gli indumenti, comprese le calzature e garantire la catena di custodia.
- Le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo e quindi occorre utilizzare la luce forense con occhiali filtro per la ricerca di tracce biologiche latenti sul corpo della vittima e fotografare con macchina



fotografica digitale tutte le lesioni presenti sul corpo della vittima. Tutti gli indumenti, pertanto, devono essere repertati.

- Fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, senza utilizzare fonti di calore (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta; qualora non sia possibile, congelare gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica. Conservare a temperatura di -20° C nel frigorifero forense in dotazione nella stanza rosa. Segnalare alle Forze dell'Ordine eventuali indumenti bagnati o umidi, comprese le calzature. Le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto.
- Esaminare le unghie di entrambe le mani per eventuali rotture, presenza di fibre, tracce di sangue, ecc.;
- Documentare (anche con fotografie) e descrivere accuratamente le lesioni corporee: colorazione e forma delle ecchimosi, stadio dei processi riparativi, ecc. (utile per documentare la cronologia delle lesioni).

Esame dei genitali.

- Va segnalata e documentata (anche con fotografie) la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (cute, vagina, grandi e piccole labbra, ...). L'esame con speculum deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione clinica.

Raccolta di tracce biologiche.

- Da effettuarsi indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento. Non utilizzare disinfettanti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi.
- Effettuare prelievi con tamponi con provetta ed essiccante lo "*Scraping sub-ungueali delle mani e dei piedi*". Effettuare un tampone sotto le unghie di ogni dito, da considerare ciascuno come singolo reperto. Valutare se tagliare le unghie.
- Effettuare prelievi con tamponi con provetta ed essiccante sia in zone dove l'aggressore ha effettuato dei tocamenti o si è potuto accostare con i genitali o con la bocca, ecc e per tale motivo devono essere effettuati almeno due tamponi sia nelle zone tipiche (orale, periorale, nasale, vulvare, vaginale, perivaginale, anale, perianale, peniena)
- Riporre il tampone nella propria custodia. Chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto.
- Tutti i prelievi di materiale biologico devono essere contrassegnati con: cognome e nome della vittima, nome e firma dell'operatore che ha effettuato il prelievo, luogo, data, orario, tipologia di campionatura. E' opportuno preparare le etichette identificative prima di procedere con la repertazione.

Pettinatura dei peli pubici e capelli.

- Posizionare un telo di carta sterile sotto i glutei della vittima e utilizzare un pettine sterile. Pettinare l'area pubica dall'alto verso il basso in modo tale da far cadere qualunque pelo staccato e/o reperito sul telo di carta. Ripiegare il telo dopo aver posizionato il pettine usato al centro, in maniera tale da trattenere il pettine e qualunque reperto raccolti. Collocare il tutto all'interno di una busta contrassegnata con "*Pettinatura peli pubici*". - Contrassegnare le custodie con il cognome e nome della vittima e dell'operatore che ha effettuato il prelievo.
- Stessa procedura per i capelli. Collocare il tutto all'interno di una busta contrassegnata con "*Pettinatura capelli*".
- Possibilmente tagliare parte dei peli e conservare anch'essi all'interno di una busta contrassegnata con "*Prelievo peli pubici*" o nel caso di capelli "*Prelievo di capelli*".

Tamponi cutanei su fluidi corporei secchi.

- Utilizzare la lampada forense e occhiali filtro per la ricerca di tracce latenti. Se vengono notati segni di morsi, eseguire tamponi forensi sulle lesioni.
- Prelevare sangue secco, saliva, sperma e ogni altra traccia sospetta. Mettere ogni tampone nella custodia e contrassegnare "CUTE " su ogni custodia. Contrassegnare le custodie con il cognome e nome della vittima e dell'operatore che ha effettuato il prelievo.

Al termine dell'esecuzione di tutte le procedure operative eseguite sulla vittima in caso di abuso sessuale e viene compilata la check list della catena di custodia (vedi figura n. 3)



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

CHECK LIST (da utilizzare prima della dimissione del paziente in caso di abuso)	
Sono stati controllati i dati anagrafici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stato raccolto il consenso informato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stata raccolta l'anamnesi in maniera completa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sono state descritte in maniera chiara, leggibile e dettagliata le modalità di aggressione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato eseguito l'esame obiettivo generale e ginecologico con la descrizione dettagliata delle lesioni presenti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stata fatto il test di gravidanza e offerta contraccezione post coitale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sono state eseguite tutte le consulenze utili (ginecologo, infettivologo, psicologo)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sono stati eseguiti prelievi ematici, batteriologici e tossicologici, previo consenso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sono stati fatti i tamponi per la ricerca degli spermatozoi, del materiale genetico e per le malattie sessualmente trasmesse	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stata proposta profilassi per le malattie sessualmente trasmesse	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stato eseguito scraping sub ungueale, sono state repertate fibre, capelli, peli pubici e ricercate tracce del presunto aggressore presenti sulla vittima	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sono stati trattenuti indumenti della vittima, posti in apposite buste di carta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stata eseguita una corretta raccolta del materiale probatorio e fotografico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato valutata la dimissibilità e il possibile rientro a domicilio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stato attivato un follow -up clinico /psicologico	
E' stato inoltrato referto all' Autorità Giudiziaria e copia documentazione al Task -Force	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' stata data indicazione di percorsi di supporto cui rivolgersi.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Numero totale di buste per le prove _____	
LUOGO, DATA E ORA _____	
Chi ha reperito il materiale (nome, cognome del sanitario) _____	
FIRMA _____	
CONSEGNATO (nome, cognome e qualifica) _____	
FIRMA _____	

Figura n. 3

DIMISSIONE E PROGNOSI CLINICA

La chiusura della cartella viene eseguita nei casi sotto riportati:

- se la paziente viene dimessa indicare la tipologia di dimissione (ordinaria o volontaria) e in caso di ricovero indicare la UO/SD di destinazione
- eseguire sempre la scala BRA per valutazione rischio (vedi sottoparagrafo 8.1) per attivazione delle strutture di accoglienza territoriali, e attivare, se necessario, il servizio sociale del territorio
- attivare, in caso di dimissione e se necessario, le strutture di accoglienza territoriali e programmare eventuale follow up.

In caso di dimissione dal PS il medico consegna alla vittima il referto di PS (una copia va inserita nella Cartella Clinica Codice Rosa).

In caso di reati procedibili di ufficio e necessario compilare il referto per autorità giudiziaria ("referto di polizia giudiziaria" dove va sempre espressamente segnalato l'attivazione del CODICE ROSA).

In questi casi il referto va consegnato, il prima possibile, al posto fisso di polizia ubicato presso il Pronto Soccorso o al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera di assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO.

La (BRA)¹¹ Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5) e' uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si e' manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

Si tratta di uno strumento di ausilio alle/agli operatrici/tori dei Pronto Soccorso che consente loro di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio¹².

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 ed è il fattore di rischio soggettivo predittivo con la più elevata sensibilità (vedi figura n. 4).

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)

1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?
|Si |No

2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?
|Si |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?
|Si |No

4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?
|Si |No

5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?
|Si |No

Figura n. 4

¹¹ Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, Serie generale - n. 24 del 30-1-2018

¹² da Snider, Wbster, O'Sullivan and Campbell. Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department, Academic Emergency Medicine 2009; 16: 1208-1216



Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union



REGIONE SICILIANA

BIBLIOGRAFIA

- Legge n.119 del 15.10.2013 “Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della Violenza di Genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle provincie”.
- Legge 38/2009 “Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in materia di atti persecutori”.
- Codice Penale e di Procedura Penale; Codice Civile e di Procedura Civile
- Procedura per il percorso “CODICE ROSA”, Azienda Ospedaliera Papardo-Piemonte di Messina. 2015
- Procedura Aziendale della Azienda Sanitaria Provinciale di Enna “Procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento: percorso "Codice Rosa". 2018
- Legge Regionale n. 3 “Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere” pubblicato sul supplemento ordinario della GURS del 13 gennaio 2012
- 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", (G.U. n.24 del 30 gennaio 2018).
- Linee Guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamenti, Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.), G.U. n.24 del 30 gennaio 2018.
- Procedura Aziendale ASP Agrigento, delibera di n. 869 del 07/10/2019.
- Procedura Aziendale della Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo 6 sulla “Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta”. 2016