



Violenza Sessuale in Capitanata:La situazione in Provincia di Foggia.

Assistenza Medico -Infermieristica “Forense” nei casi di Violenza Sessuale. Analisi e schemi di intervento in Emergenza-Urgenza (SSUEm 118/MSA).

A cura di

**Pavone Michele*



Definizione generale di violenza sessuale e di genere

“Violazione di diritti umani fondamentali che perpetua ruoli stereotipati in base al sesso, che nega la dignità umana e l'autodeterminazione dell'individuo e ostacola lo sviluppo umano. si riferisce a danni fisici, sessuali e psicologici che accentuano la posizione di subordinazione delle donne e perpetuano il potere e il controllo da parte degli uomini”

Coop. Il Filo di Arianna

L'ombra oscura della *violenza fisica e sessuale non risparmia le donne pugliesi*. Ma *sono ancora poche quelle che denunciano* i loro aggressori. Specie se l'aggressione si consuma nel “*tranquillo*” focolare domestico, tra le mura di casa, con il proprio partner. E' quanto emerge da una nuova indagine realizzata dall'**Istat** (*Istituto Nazionale di Statistica*) che per la prima volta *fotografa in maniera dettagliata il fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne*. Ed i dati che sono stati presentati tracciano un profilo inquietante su questo *fenomeno che il più delle volte resta sommerso*, anche se a pagarne le conseguenze non sono solo le donne, ma anche le bambine che rischiano di trascinarsi dietro cicatrici che le segneranno per tutta la vita.

La situazione in Puglia

I dati snocciolati dall'**Istat**, relativi all'indagine sulla violenza ed i maltrattamenti contro le donne condotta nel 2006, su un campione di **25.000** donne - *in Puglia 1.104* - comprese tra i 16 e 70 anni, confermano che la nostra regione non è esente da questi terribili casi. In particolare, i dati in Puglia mostrano una situazione in cui *solo il 10,8% delle donne denuncia la violenza del partner a fronte di un 89,2% che preferisce tacere*. Mentre risulta ancora più difficile per le donne denunciare le violenze subite da uno sconosciuto o da un non partner: in questo caso, infatti, *solo il 5,4% si rivolge alle forze dell'ordine per raccontare la propria storia con il restante 94,6 % che opta per il silenzio*. Inoltre, *il 24,9% delle donne pugliesi intervistate dichiara di aver subito violenza fisica e sessuale nel corso della propria vita ed il 5,3% dichiara di averla subita prima dei 16 anni*. Ed anche se il fenomeno è molto presente il territorio regionale stenta a dare risposte concrete per far emergere i casi di sommerso e per fornire garanzie di protezione nei confronti di chi è vittima di violenze o maltrattamenti.

Foggia, una “rete” a sostegno delle donne vittime di violenza sessuale

Un numero verde, un centro di ascolto, associazioni femminili, consultori e progetti mirati. La provincia di Foggia non è sorda al grido delle donne vittime di violenze fisiche e sessuali, di maltrattamenti e della paura di denunciare i loro aggressori. Ed in questi anni ha messo in campo un ventaglio di iniziative per sostenere chi è vittima di un fenomeno che si fa forza soprattutto sul silenzioso dolore delle donne, sul sommerso. A Foggia, quindi, è attivo un **numero verde** per le donne vittime di violenza: **800.22.93.46**. L'Amministrazione Comunale, infatti, nell'ambito dei servizi previsti nella prima triennalità del Piano Sociale di Zona della città di Foggia ha istituito un "*Servizio di telefonia sociale in favore delle donne vittime di violenza*". L'Associazione alla quale è stato affidato il servizio è "*Impegno Donna*" con il progetto "*Telefono Donna-Oltre la Violenza – Servizio di telefonia in favore delle donne vittime di violenza*". A San Severo, invece, la Cooperativa Sociale "*Il Filo di Arianna*" svolge attività di *Centro d'Ascolto* diffuso sul territorio rivolto a donne. A loro viene offerto sostegno legale e psicologico, ospitalità presso un *Centro Antiviolenza a San Severo* (una Casa rifugio a Cerignola per un totale di 20 posti), reinserimento socio-lavorativo, servizio di mediazione familiare. Di particolare importanza anche il lavoro svolto

dall'Associazione **“Donne Insieme”**, che opera da quattro anni nella città di Foggia e da qualche mese ha anche sede a Manfredonia. L'Associazione si occupa prevalentemente di sfruttamento e violenze sulle donne in difficoltà, anche attraverso il supporto alla ricerca di lavoro. Anche i **consultori familiari dell'Asl di Foggia** e provincia sono un punto di incontro per tante donne, in modo particolare per coloro che hanno subito violenze o maltrattamenti. Dal 2000 è attivo **“Progetto Roxana”**, che ha l'obiettivo di proteggere e sostenere le donne vittime di tratta, soprattutto straniere, a scopo di sfruttamento sessuale. Infine, a **Foggia** potrebbe sorgere a breve una **“Casa di rifugio per le donne vittime di violenza”**: tale struttura residenziale, prevista dal piano triennale di interventi (2005-2007) a carattere comunitario, dovrebbe offrire pronta accoglienza a donne, anche a figli, vittime di violenze, abuso o che vivono situazioni di grave conflitto-familiare.

La situazione in Italia

A livello nazionale, invece, i numeri sono destinati ad aumentare, a rendere ancora più evidente la presenza di questo malessere che si annida nelle case, per le strade, nei luoghi di lavoro. Ed è sempre il sommerso, la paura di denunciare il proprio aggressore ad alimentare la forza di chi commette questo tipo di reato. ***In Italia, dunque, le donne che non denunciano le violenze subite sono circa il 96% nel caso delle violenze inferte da un non partner e il 93% nel caso delle violenze inferte dal partner. Secondo l'indagine Istat, quindi, il 21% delle vittime ha subito la violenza sia in famiglia che fuori, il 22,6% solo dal partner, il 56,4% solo da altri uomini non partner. Ma sono i partner responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica rilevate. I partner sono responsabili in misura maggiore anche di alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro nonché i rapporti sessuali non desiderati, ma subiti per paura delle conseguenze. Il 69,7% degli stupri, infatti, è opera di partner, il 17,4% di un conoscente.***



Partendo da una definizione di **Violenza Sessuale** – i termini “*stupro*”, “*violenza sessuale*”, “*abuso sessuale*”, “*violenza carnale*” sono utilizzati come sinonimi e quindi considerati intercambiabili. In realtà ogni termine ha un suo significato a seconda delle varie situazioni e conseguenze.

La definizione che ne dà la World Health Organization è la seguente:

“ogni atto sessuale, tentativo di ottenere un atto sessuale, commenti o proposte sessuali non richieste, atti legati al traffico di donne ai fini sessuali, attraverso l’uso di coercizione, minacce o forza fisica”

Fino al 1996 in Italia è rimasta in vigore la sezione del Codice Rocco che considerava la violenza sessuale una lesione della moralità pubblica. Finalmente nel 1996 con la legge n° 66 – “*norme contro la violenza sessuale*” si afferma il principio per cui la violenza sessuale è un crimine contro la persona.

Il **Codice Penale** si occupa di violenza sessuale con l’art. 609 e seguenti che prescrivono la reclusione da 6 a 12 anni. La pena aumenta (da 7 a 14 anni), se la violenza è commessa:

- a) *Nei confronti di una persona che non abbia compiuto i 14 anni;*
- b) *Nei confronti di una persona che non abbia compiuto i 16 anni, se il colpevole è il genitore (anche adottivo) o il tutore;*
- c) *Con l’uso di armi o sostanze alcoliche, narcotiche, stupefacenti o altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;*
- d) *Da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;*
- e) *Su persone sottoposte a limitazione della libertà personale.*

Anche l’induzione a compiere o subire atti sessuali abusano delle condizioni di inferiorità fisica o psichica è considerata un’aggravante, così come la violenza sessuale di gruppo (art. 609 octies). Inoltre se la violenza è commessa su una persona che non abbia compiuto i 10 anni la pena è ancora più alta, dagli 8 ai 16 anni.

Alcuni esempi, nel settembre 1998 il Tribunale Internazionale Criminale per il Rwanda ha sancito che la violenza sessuale è un crimine di guerra ed oggi è proibita in tutti gli Stati del mondo, anche in guerra. Nel giugno del 2008 il Consiglio di Sicurezza dell’ONU ha votato la risoluzione n° 1820 che include l’uso della violenza sessuale come arma di guerra.

Quanti tipi di violenza sessuale?

La violenza sessuale può avvenire in forme differenti, in ambienti differenti ed in circostanze differenti: può esserci un violentatore o più di uno, può trattarsi di un progetto ben

pianificato o di un attacco a sorpresa, può avvenire in casa della vittima, del violentatore o al lavoro, a scuola, in carcere, in macchina, per la strada, in luoghi appartati.

Il violentatore può essere un conoscente, un fidanzato, un marito, un parente, un ex oppure uno sconosciuto, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di un qualcuno noto alla vittima. Si può trattare di una persona ricca o povera, con alto o basso livello culturale, in una posizione di potere, rispettata dalla comunità...

Come abbiamo visto la violenza sessuale è comune in situazioni di guerra o conflitti armati e nei carceri. La schiavitù sessuale, le minacce, la richiesta di prestazioni sessuali come merce di scambio, la prostituzione forzata, l'esposizione forzata a pornografia, la gravidanza forzata, la sterilizzazione forzata, l'aborto forzato, le mutilazioni genitali femminili...sono tutte forme di violenza sessuale.

Spesso lo stupratore utilizza mezzi di coercizione come l'alcol o la droga. Le droghe più comunemente usate in questi casi sono il *flunitrazepam (Roipnol)*, il *gammidrossibutirrato (GHB)*, la *Ketamina*, la *cocaina*, la *metamfetamina*.

Violenza Fisica: dagli schiaffi ai calci fino al tentativo di omicidio, comprende anche atti violenti contro oggetti appartenenti alla donna (es. fotografie, vestiti);

Violenza Psicologica: umiliazione, denigrazione, persecuzione, minacce, intimidazione, restituzione della libertà, atteggiamenti accusatori od offensivi, sottrazione del sonno;

Violenza Sociale: controllo delle relazioni sociali, impostazioni di orari d'uscita, reclusione, restrizione tramite divieti (es. acquisire la patente di guida), isolamento, stretta correlazione tra violenza e linguaggio;

Violenza Sessuale: stupro, costrizione ad assumere determinati comportamenti sessuali o ad assistervi contro la propria volontà;

Violenza Economica: sfruttamento della donna come forza lavoro, divieto di svolgere un lavoro retribuito fuori di casa, esclusione della gestione delle entrate familiari, impedimento dell'indipendenza economica, imposizione di impegni finanziari eccessivi.



La gestione dell'evento violento in Centrale Operativa (118): Ruolo dell'Infermiere di C.O. (Dispatcher).



Nella maggioranza dei casi la notizia del fatto delittuoso viene in prima battuta recepita dalla Centrale Operativa 118 di riferimento territoriale, sia essa proveniente da testimoni, da coinvolti, dalla vittima o, più raramente, dall'autore stesso del delitto.

Una corretta conduzione della chiamata può servire al *dispatcher*, ovvero colui che processa la chiamata e decide il codice di intervento, per evidenziare eventuali elementi che potrebbero far supporre un crimine o eventuale violenza sessuale quando esso non sia chiaramente identificabile da parte del chiamante;

In questi casi è assolutamente giustificato supporre un crimine e comportarsi di conseguenza, prevalendo la sicurezza del personale e l'eventuale identificazione del reo piuttosto che lesinare sulle risorse;

Elementi da ricordare o di cui tenere conto nel dispatch, e successivamente anche come valutazione del personale sanitario intervenuto, sono:

- ✓ *Presenza di sangue nella scena senza evidenti segni di traumatismi;*
- ✓ *Segni di colluttazione quali suppellettili rotte o mobilio rovesciato, presenza di armi, proprie o improprie (pistole, fucili, coltelli, mazze, corpi contundenti) sulla scena;*
- ✓ *Anche in assenza di segni evidenti sul corpo, posizione del corpo non compatibile con l'evento, sia esso dichiarato o meno;*
- ✓ *Segni di violenza sessuale;*
- ✓ *Luogo di chiamata conosciuto o identificabile quali zone ad alta densità di crimini, luoghi di spaccio di stupefacenti o frequentati da prostitute.*

In molti casi è innegabile che l'esperienza e la sensibilità del dispatcher siano fondamentali. Nelle centrali operative dell'emergenza territoriale dovrebbero essere predisposti protocolli specifici per affrontare adeguatamente l'intervento in caso, o nella supposizione, di un crimine, in caso di assenza di questi protocolli dovrebbe essere interesse, anche giuridico (es. art. 6, 10, 11, 15, del Codice Deontologico – art. 1176 c.c.), per Infermieri richiederli.

Le linee guida internazionali suggeriscono azioni standardizzate a prescindere dal tipo di evento:

- ✓ *Attivazione di mezzi adeguati, considerando le necessità anche ipotetiche; in Italia ad esempio, ed in base all'organizzazione del servizio, è preferibile inviare la risorsa medicalizzata o comunque, se viene ravvisata l'assoluta mancanza di pericolo di vita da parte della vittima, il mezzo con l'Infermiere (India), questo perché è necessario sul luogo dell'evento una figura che possa eventualmente assumere la carica di pubblico ufficiale, che coordini le attività e sia in grado, giuridicamente, di assumere delle responsabilità, risultato non raggiungibile con la sola presenza di volontari e/o figure non professionali;*
- ✓ *Immediato allertamento delle forze di polizia, fornendo tutte le indicazioni e le informazioni possibili. È preferibile scegliere polizia o carabinieri piuttosto che il corpo di polizia municipale o comunale, non essendo, questi ultimi, solitamente attrezzati per l'analisi di una eventuale analisi della scena del crimine;*

- ✓ *Pre-allertamento o allertamento, in base alla necessità, dei vigili del fuoco (spesso le vittime di crimine vengono trovate in posti difficilmente raggiungibili, oppure, come dimostrato dal caso di erba, il reo cerca di camuffare il crimine, ma si pensi anche ai suicidi, o tentativi tali, chiusi dentro la propria abitazione). Sono infatti i vigili del fuoco le uniche figure che, per dotazione di materiali e addestramento, possono abbattere porte o intervenire con le autoscale;*
- ✓ *Attivazione di altri enti o servizi, se necessario, ad esempio i servizi sociali se sono presenti dei minori o il servizio veterinario in presenza di animali, specialmente se pericolosi o selvaggi, u.o. salute mentale adulti, specialmente in caso di pazienti noti al servizio, servizi appositamente creati per trattamento delle violenze sessuali o domestiche;*
- ✓ *Dove previsto, allertamento del coordinatore infermieristico di centrale operativa, del responsabile medico o dell'operatore addetto alle maxiemergenze, è infatti utile che l'intero evento sia gestito in maniera esclusiva da un solo operatore, distolto dalla normale attività di centrale;*
- ✓ *Contatto telefonico, da preferire a quello radio o telematico, degli equipaggi interessati per fornire loro ogni informazione disponibile sull'evento, sulle condizioni della scena e sull'intervento di altri equipaggi, siano essi sanitari o delle forze dell'ordine.*

L'evento violento (*violenza sessuale*), deve essere gestito in maniera diversa dalle altre emergenze, richiedendo risorse ed attenzione maggiore, anche per implicazioni medico-legali ad esso collegate.

La documentazione di tutto l'intervento deve essere compilata il più approfonditamente possibile da parte del dispatcher e dall'operatore addetto alla gestione dei mezzi (*quando siano figure indipendenti*), è consigliabile compilare una nota completa riguardo alla chiamata di soccorso e alla gestione dell'evento per tutte quelle informazioni che possano essere inserite nella scheda di ricezione. Tutto il materiale, comprese le registrazioni telefoniche, radio ed informatiche, relative all'evento dovrebbero essere predisposte in copia nel più breve tempo possibile per essere consegnate, previa richiesta, agli inquirenti.

Gli addetti all'emergenza extraospedaliera (*Operatori Sanitari – Medici ed Infermieri e Soccorritori*), hanno obbligatoriamente frequentato corsi di BLS, ACLS, BTLS o similari, dove al personale non medico viene insegnato e ripetuto più volte che i casi in cui è permesso non intervenire sulla vittima sono esclusivamente quelli in cui lo stato di morte sia evidente, decapitazione, rigor mortis, macchie ipostatiche o avanzato stato di decomposizione.

Queste indicazioni rispecchiano ovviamente sia le linee guida internazionali che la legislazione Italiana, è altresì noto a tutti che esistono situazioni o lesioni che presentano scarse o nulle probabilità di sopravvivenza della vittima. La precauzione da parte della Centrale Operativa di inviare un medico su questo tipo di eventi è giustificata proprio dal fatto di essere l'unica figura sanitaria che può decidere quando non intervenire. Quando però, realisticamente, l'intervento di soccorso non ha alcuna chance di successo, in base a valutazioni inappuntabili e circostanziate, ed in questo è fondamentale la preparazione e l'aggiornamento, è consigliabile ridurre le attività di rianimazione al minimo indispensabile e prestare particolare attenzione a reperti presenti sul corpo della vittima.

Il ruolo degli Operatori Sanitari dell’Emergenza Territoriale Extraospedaliera (1.1.8.) - Pronto Soccorso nella gestione di casi di violenza sessuale.



Partendo dall’analisi di *episodi di violenza sessuale* avvenuta da poco tempo è molto importante il “*nostro*” intervento sanitario in condizioni di emergenza, che sia in grado di tenere conto degli aspetti clinici e delle implicazioni medico legali, e che ne consideri le conseguenze soprattutto psicologiche.

Il personale di polizia che interviene, soprattutto in condizioni di primo intervento in emergenza, deve ricordare che la violenza sessuale è da considerare in primo luogo evento traumatico e che, conseguentemente, la cura della vittima costituisce la prima priorità. In relazione alle esigenze investigative e probatorie, un intervento *medico – infermieristico specialistico* e coordinato permette di soddisfare le esigenze di cura e di acquisizione di fonti di prova in tempi e con modalità utili nella fase giudiziaria (nei casi laddove questa abbia poi in concreto modo di svilupparsi).

Da queste premesse, discende che la vittima di violenza deve poter incontrare medici e infermieri preparati, attenti e capaci di accogliere ed anche poter affrontare gli aspetti più propriamente “*Forensi*” della vicenda. I presupposti alla base dell’accoglienza sono:

- ✓ *Un luogo che garantisca riservatezza;*
- ✓ *Tempo a disposizione;*
- ✓ *Una reale disponibilità all’ascolto;*
- ✓ *Un ascolto partecipe, evitando domande intrusive;*
- ✓ *La non drammatizzazione, ma anche la non banalizzazione,*
- ✓ *La sospensione di qualche giudizio;*
- ✓ *La restituzione alla vittima del suo valore di “persona” e di protagonista in ogni fase dell’accoglienza e degli accertamenti.*

È di estrema importanza ricordare sempre che non è “*nostro*” compito (*dei sanitari*) accertare la veridicità del racconto o l’attendibilità della paziente, aspetti che competono ad altri (*come ad esempio Forze dell’Ordine, Magistratura*). È fondamentale che sia lasciata alla vittima, sia che sia arrivata spontaneamente in un Pronto Soccorso, sia che sia stata accompagnata dalle Forze dell’Ordine, la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura sanitaria o psicosociale.

L’esperienza dei servizi che accolgono le vittime della violenza (*donne o uomini, adulti o bambini sia essi che siano*), suggerisce che la presenza di una figura femminile è molto importante, anche se una buona esperienza di ascolto e accoglienza favorisce in ogni caso l’avvio di una presa in carico per il superamento del trauma. La complessità dell’evento traumatico “*violenza sessuale*” e le sue conseguenze prevedono che l’operatore sanitario (*sia esso Medico o Infermiere*), non intervenga da solo, ma possa avvalersi della collaborazione di diversi specialisti. Comunque l’intervento sanitario deve sempre prevedere un invio successivo ad una struttura dove la persona

possa trovare accoglienza ed ascolto da un punto di vista psicologico per la rielaborazione del trauma e se necessario un aiuto sulle altre problematiche sociali.

L'invio non dovrà essere imposto come un obbligo prevede la comunicazione di un luogo connotato, dove poter "scegliere" di andare. Talvolta è possibile concordare con la vittima un percorso facilitante tale invio e l'operatore potrebbe proporre un accesso preferenziale. Nelle primissime ore l'assistenza sanitaria a una vittima di violenza è fondamentale, spiegare le fasi successive e le finalità della visita ginecologica e degli altri accertamenti e richiedere il consenso della paziente per ogni singolo intervento. È raro vi sia un rifiuto, per alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire no consente di ripristinare quei limiti e confini che la violenza ha annullato. Gli accertamenti sanitari, le eventuali terapie, la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse possono avere il significato di restituire l'immagine di un'integrità fisica ancora presente o comunque recuperabile e aiutare a superare il senso di frantumazione che la violenza può causare. È necessario garantire una corretta raccolta degli elementi di prova, ricordando che l'eventuale successivo iter giudiziario avrà tempi lunghi ed esiti incerti, ma gli accertamenti sanitari e la descrizione dei sintomi fisici e psichici rilevati saranno determinanti.

In ogni caso, ma soprattutto nei casi in cui vi siano state lesioni corporee extragenitali, è importante che siano descritte accuratamente, per facilitare una successiva valutazione dei tempi e delle modalità della produzione di tali lesioni. Attraverso la diversa colorazione delle ecchimosi o il differente stadio dei processi riparativi si può documentare anche un maltrattamento continuato nel tempo. Il protocollo prevede:

- ✓ *Compilazione della scheda anamnestica;*
- ✓ *Descrizione dell'esame obiettivo fisico e psichico;*
- ✓ *Raccolta di documentazione fotografica;*
- ✓ *Esecuzione di prelievi per esami batteriologici, ematochimici, tossicologici, infettivo logici e per la ricerca degli spermatozoi (in base alla descrizione degli eventi);*
- ✓ *Conservazione di indumenti con eventuali tracce di materiale biologico dell'aggressore (indumenti intimi, pantaloni, lenzuola, ecc.);*
- ✓ *Messa in atto di procedere per una corretta "catena di custodia".*

Possibile anamnesi della violenza sessuale

Devono essere riportati succintamente i seguenti aspetti, essenziali per guidare l'esame clinico e forense:

- ✓ *Data, ora e luogo dell'aggressione;*
- ✓ *Eventuali lesioni fisiche;*
- ✓ *Ingestione di alcolici o altre sostanze;*
- ✓ *Perdita di coscienza;*
- ✓ *Se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente;*
- ✓ *Se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta;*
- ✓ *Se c'è stata penetrazione con oggetti;*
- ✓ *Se c'è stato usato un preservativo;*
- ✓ *Avvenuta eiaculazione;*
- ✓ *Manipolazioni digitali.*

Altri elementi che possono essere raccolti (senza una diretta correlazione all'esame clinico), sono costituiti da:

- ✓ *Presenza di testimoni;*
- ✓ *Minacce;*
- ✓ *Furto, presenza di armi;*
- ✓ *Sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo.*

È importante riportare:

- ✓ *Tempo trascorso tra violenza e la visita;*
- ✓ *Precedenti visite presso altri operatori sanitari;*
- ✓ *Pulizia delle zone lesionate o penetrate;*
- ✓ *Cambio degli slip o di altri indumenti;*
- ✓ *Minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (secondo le diverse modalità della violenza);*
- ✓ *Assunzione di farmaci;*
- ✓ *Previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore).*

Quale sintomatologia?

Sintomi fisici: Cefalea, dolore al volto, al collo, al torace, all'addome o agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro.

Sintomi psichici: Paura, sentimenti di impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash – back, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro.

Analisi Esame Obiettivo Medico-Infermieristico Forense

Esame ispettivo extra-genitale

Vanno cercate su tutta la superficie corporea, descritte e possibilmente documentate fotograficamente, tutte le lesioni presenti specificando l'aspetto, la forma e il colore, la dimensione e la sede.

Le lesioni più comuni possono essere di tipo contusivo (*ecchimosi, escorazioni, ferite lacero-contuse e fratture*), dovute all'urto del corpo contro superfici resistenti piane o ottuse oppure possono essere provocate da un'arma.

Le ecchimosi sono lesioni "**chiuse**" che si manifestano come una discolorazione (*il colore varia a seconda dell'epoca di produzione e va da rosso-blu per le più recenti a verdastro e*

infine giallo per le più vecchie) dovute alla rottura di vasi sottocutanei che provocano una infiltrazione dei tessuti.



Variano di dimensioni, a seconda della superficie contundente e possono riflettere la forma dell'oggetto, per esempio, se piccole e ovalari/tondeggianti possono essere attribuibili a dita, a seguito di afferramento. Peraltro la ricostruzione della modalità di produzione delle singole lesioni ha un rilievo prettamente forense e non rientra tra le priorità di valutazione clinica.

Le escoriazioni implicano l'ablazione dello superficie della cute dovuta all'effetto di frizione di una superficie ottusa contro il corpo. L'irregolarità della superficie e la forza applicata si riflettono nella profondità delle lesione. Escorazioni lineari, parallele e superficiali possono rappresentare graffi. L'evoluzione delle escorazioni avviene attraverso la formazione di croste sierose, siero-ematiche ed edematice. Le ferite lacero contuse sono delle soluzioni di continuo della cute a margini irregolari, spesso associate a ecchimosi e escorazioni. Si distinguono dalle lesioni da taglio (inferte con un'arma bianca), per i margini irregolari e poco netti e per il fondo della lesione, che spesso presenta ponti e briglie.

Quando la discontinuazione interessa il tessuto osseo prende il nome di frattura. Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (*tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori*).

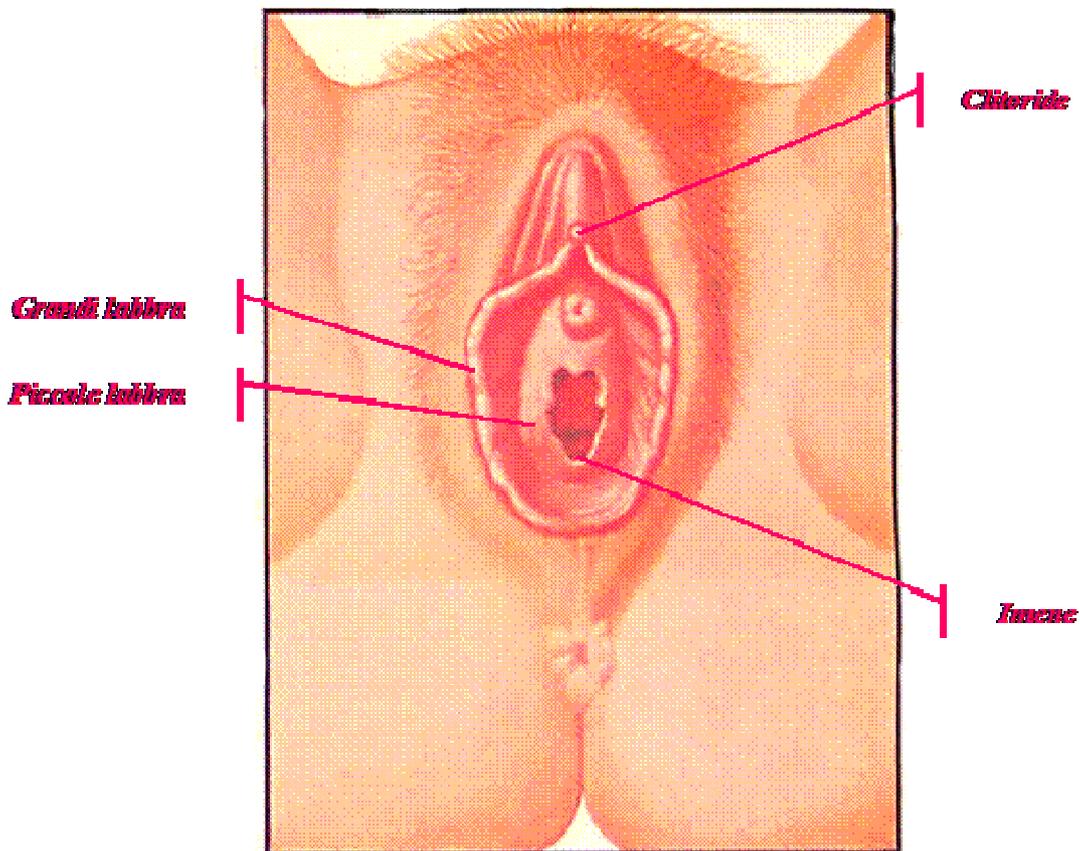
Possono riscontrarsi segni di morsicature, sotto forma di ecchimosi o di escorazioni in base agli elementi dentari e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni. Nei casi di morsi è possibile, attraverso tamponi, prelevare materiale genico dell'aggressore o rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore. Nei casi di sospette fratture, anche pregresse, è necessario ricorrere a radiografie.

Analisi dell'esame ginecologico

Può essere effettuato ad occhio nudo, ma sarebbe meglio utilizzare una lente di ingrandimento. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica.

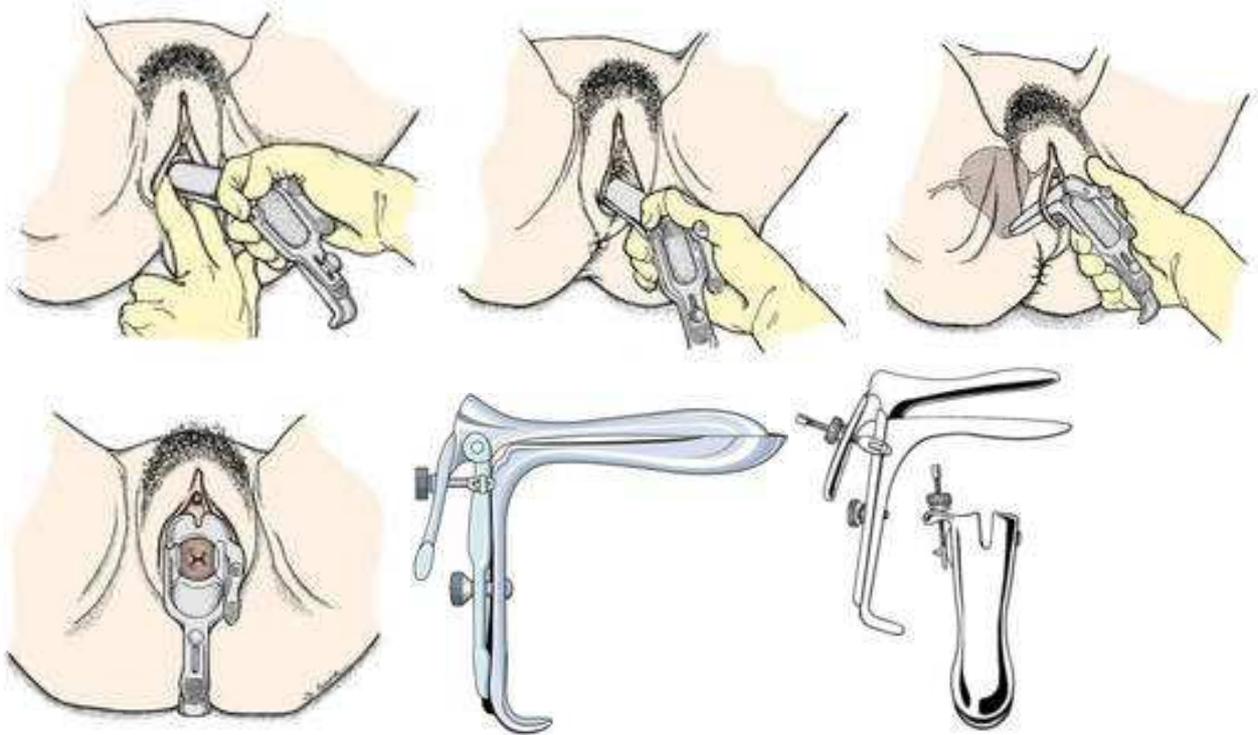
Va segnalata la presenza di lesioni recenti (*arrossamenti, escorazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro*), specificandone la sede (*grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano*). L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto, e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti.

CARATTERI SESSUALI PRIMARI



L'esame con speculum deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più allungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza.

Se indicato e non traumatico per la paziente, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale.



Speculum Vaginale.

L'IMENE



***Imene
imperforato***

***Imene
cribroso***

***Imene
rotto***

***Imene
anulare***

**Avvenuta la deflorazione,
l'imene si presenta come un
tessuto sfrangiato e retratto
(carnecole imeneali)**

Esecuzione dei prelievi

Tamponi per tipizzazione genetica

In base al tempo trascorso dalla violenza (*massimo entro 7-10 giorni*), e tenendo conto del racconto della donna possono essere effettuati tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, fornice vaginale posteriore, canale cervicale, retto, cavo orale. Per ogni sede vanno effettuati due tamponi, il primo dei quali va strisciato su un vetrino da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca di spermatozoi.

La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (*cavo orale*) a 1-3 giorni (*retto e genitali esterni*) fino a 7 – 10 (*cervice*).

In base al racconto, tracce biologiche dell'aggressore possono essere ricercate sulla cute (tampone sterile asciutto e bagnato con fisiologica sterile) o sotto le unghie della vittima (*che vanno in questo caso tagliate e conservate*), e possono essere ricercati e raccolti eventuali peli pubici dell'aggressore con pettine nuove a denti mediamente spaziati.

Esecuzione di Esami Tossicologici

In base al racconto, possono essere effettuati esami tossicologici ematici o sulle urine. È importante che i campioni di sangue di urine, raccolti in doppio per ulteriori e più sofisticate ricerche, da effettuare eventualmente in un secondo momento su richiesta della Magistratura, siano conservati in modo adeguato per impedire il deterioramento; comunque vanno tenuti in freezer che garantiscono una corretta conservazione delle prove e che consentono di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla “catena delle prove”).

Laddove indicato, è possibile effettuare lo screening delle malattie sessualmente trasmesse mediante:

Tamponi vaginali e /o cervicali per la ricerca di:

- ✓ *Neisseria gonhorrea*;
- ✓ *Trichomonas vaginale*;
- ✓ *Clamidia trachomatis*;
- ✓ *Batteri osi vaginale*.

Prelievi ematici da ripetere a 1-3-6 mesi per:

- ✓ *VDRL – TPHA*;
- ✓ *HIV*;
- ✓ *MARKERS PER EPATITE B e C*.

PROFILASSI

Profilassi antibiotica

Nei casi in cui ci sia un rischio legato alle modalità dell’aggressione o all’identità dell’aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall’aggressione, va prescritta una profilassi antibiotica che copra le diverse possibilità di trasmissione di MST.

La somministrazione di tutti gli antibiotici inizia durante la consulenza ginecologica. In presenza di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall’ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi. Può essere consigliata la vaccinazione anti-epatite B.

Profilassi HIV

Il rischio di acquisire l’infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso, ma non facilmente quantificabile.

Nei casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (*aggressione siero-positivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza di questa patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, di penetrazioni anali o in caso di aggressioni multipli*), o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi anti-HIV. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali

importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia. Va iniziata il prima possibile, preferibilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane. È consigliabile inviare al più presto a un centro specializzato per le malattie infettive che seguirà paziente per il periodo della terapia e per il follow-up.

Intercezione postcoitale

Può essere indicata la somministrazione della cosiddetta pillola del giorno da somministrare nell'emergenza, dato che l'efficacia dell'intercezione diminuisce con il passare del tempo (*massima entro le prime 12 ore, buona comunque entro 72 ore*).

Conclusioni Finali

La **visita ginecologica** è solo uno dei tanti elementi che concorrono a definire il quadro di una violenza sessuale. La maggioranza delle vittime non oppone resistenza, per timore di più gravi conseguenze o addirittura di essere uccise.

Solo raramente, quindi, l'esame ispettivo permette di rilevare segni di certezza di avvenuta violenza. Soprattutto nei casi di donne adulte è presumibile che la maggioranza abbia già avuto rapporti sessuali in passato, per cui segni recenti di soluzioni di continuo dell'imene non sono ovviamente più riscontrabili e molte possono avere addirittura già partorito e avere solo residui imenali.

Inoltre, la stessa letteratura internazionale e la stessa esperienza dei *Consultori Familiari dell'ASL/FG*, dimostrano che persino nelle donne senza precedenti rapporti sessuali l'imene può non presentare segni evidenti nonostante una penetrazione recente. Sanguinamenti ano-genitali o aree ecchimatose sono poco frequenti, mentre sono più facilmente evidenziabili segni di più modesta entità, anche se di dubbia interpretazione.

Le lesioni a livello genitale sono per la maggior parte lievi, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escorazioni per lo più in sede anale o a livello di piccole labbra, forchetta e fossa navicolare e meno frequente a livello imenale.

Anche a livello extragenitale le lesioni possono mancare del tutto. Quando presenti, sono nella maggioranza dei casi, di lieve entità (piccole ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse superficiali), mentre in piccoli casi si tratta di lesioni gravi.

Non tutte le donne violentate sono in grado di reagire e di conseguenza di dimostrare i segni incontrovertibili che le aiutino a provare l'avvenuta violenza. Sulla base della sola visita ginecologica o dell'esame ispettivo non è possibile confermare o smentire il racconto della violenza sessuale.

È importante però una descrizione precisa delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione, anche dello stato psicologico, nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per la vittima da un punto di vista giudiziario se decide di presentare querela per la violenza subita.

A tal proposito copia della documentazione raccolta, dell'esame ispettivo e successivamente dell'esito degli esami effettuati viene consegnata alla donna. Trattandosi di dati

personali sensibili, non è possibile rilasciare tali documenti alle Forze dell'Ordine, che potranno acquisirli solo per il tramite dell'interessata o attraverso una richiesta in tal senso del Pubblico Ministero.

In tal senso, si inserisce a pieno titolo la figura *dell'Infermiere Forense*, o legale che opera in un Servizio d'emergenza-urgenza territoriale (*SSUEm 118/MSA*) o presso il P.S. è *“il professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguarda l'esercizio dell'assistenza infermieristica”* e si pone come obiettivo prioritario lo studio degli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica. Si occupa inoltre degli aspetti giuridici dell'attività sanitaria, uniti alla preparazione *bio-psico-sociale* dell'infermiere diplomato e li affida all'indagine scientifica ed al trattamento dei traumi (o della morte) di vittime di abusi, violenze, attività criminali ed incidenti.

Da questa definizione si può capire come il campo principale di attività ed esercizio dell'Infermiere Legale/Forense sia quello di *“C.T.U.” (Consulente Tecnico d'Ufficio)*, ossia un consulente tecnico del giudice, esperto nella materia professionale, scelto in base alla sua affidabilità e capacità, tra un elenco di iscritti all'albo dei CTU. disponibile presso il Tribunale. Specializzazione che può essere esplicitata in servizi di assistenza e consulenza diretti a singole persone, ad esempio per i casi di abusi e violenze subite, o di consulenza per la difesa dei professionisti da accuse in tali ambiti, oppure consulenza ad associazioni come, ad esempio, gli ordini professionali o gli studi associati.

SITOGRAFIA

(Maggiori Siti consultati)

- ✓ **AILF** – (www.aifl.eu) **Associazione Italiana Infermieri Legali Forensi;**
- ✓ **ASAC** – (www.asacitalia.it) **Associazione Scientifica Anticrimine;**
- ✓ **IAFN** – (www.iafn.org) **International Association of Forensic Nurses;**
- ✓ **NSVRC** – (www.nsvrc.org) **National Sexual Violence Center.**

BIBLIOGRAFIA

(Maggiori testi e documenti consultati)

- ✓ Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M, *Abuso e violenza sessuale*, Ediermer, 2006;

- ✓ Gonzo L, *Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori, un'indagine nella Azienda USL di Bologna*, 1995;
- ✓ Reale E, *Introduzione ai Seminari di formazione degli operatori sanitari*, del 19-20 febbraio, Napoli, 2000;
- ✓ Romito P, Crisma M, *L'esperienza della violenza tra le utenti dei servizi*, in Romito, P. (a cura di) *Violenza alle donne e risposte alle istituzioni. Prospettive internazionali*, Franco Angeli, Milano 2006;
- ✓ Sabbadini LL. *La sicurezza dei cittadini. Molestie e violenze sessuali, ricerca ISTAT*, Roma, 2006;
- ✓ Cortigiano E. (*Dispensa – Lezione: “SCENA del CRIMINE*) – Università Telematica “PEGASO” Master di I° livello in Infermieristica Legale - Forense;
- ✓ Savojni M. (*Dispensa – Lezione: “Gestione Infermieristica Forense delle Vittime di Violenza Sessuale*) – Università Telematica “PEGASO” Master di I° livello in Infermieristica Legale – Forense;
- ✓ DAPHINE – (*Un manuale per le vittime e gli operatori*). Progetto Daphine 04 – 1/091/W. *Percorsi di aiuto per le donne vittime di Stalking*;
- ✓ *Protocollo integrato A.S.L. di Alessandria (ASL AL) – ed Azienda Ospedaliera (ASO) di Alessandria per la gestione della violenza sulle donne*;
- ✓ Dipietro G, Giuliani R, *Il soccorso nell’Emergenza – Urgenza Sanitaria 1.1.8. Linee Guida e Procedure Operative. Vademecum per gli Operatori dell’emergenza territoriale*. Edizioni Digilabs – 2007;
- ✓ Santelices G, *Emergenza Sanitaria – Responsabilità Penale e Prevenzione del Rischio Giuridico*. Studio Editoriale Gordini – 2007;
- ✓ Pellicani M, Ziccardi P, Luppi F, *La Gestione della Scena del Crimine – Linee guida d’intervento per i primi soccorritori sul luogo del reato*. Edizione Athena 2008;
- ✓ Benci L, *Aspetti Giuridici della Professione Infermieristica 6/e* – Settembre 2011 – Ed. Mc Graw Hill;
- ✓ Papi L, *Elementi di Medicina Legale per Infermieristica* – Ed. Plus – 2009;
- ✓ Della Corte F, Enrichens F, Olliveri F, Petrino R, *Manuale di Medicina d’Emergenza 2/e* – Ed. Mc Graw Hill – 2008;
- ✓ Paceri R, *La polizia Scientifica* – Terza Edizione – Edizioni Laurus Robuffo Roma – 1992;
- ✓ Canuto G, Tovo S, *Medicina Legale e delle Assicurazioni – Sesta Edizione* – Piccin Editore – Padova 1972;
- ✓ Maresca S, Nacciarone L, *Compendio di DIRITTO PENALE (Parte Generale e Speciale)*, IV Edizione – Ed. Maggioli 2012;
- ✓ Fultz J, Sturt P.A, *Nursing nell’Emergenza – Urgenza – Terza Edizione* – Ed. Elsevier Masson 2007.

*Dott. Pavone Michele, Infermiere di Aria Critica (SSUEm 118/MSA) SANITASERVICE srl – ASL/FG. Laurea in Infermieristica – Specialista in Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie (Master Universitario di I° livello). Esperto in Infermieristica Legale Forense e Risk Management (*Gestione del Rischio Clinico nelle Strutture Sanitarie*).

****Torremaggiore, lì 10 Marzo 2012 ****