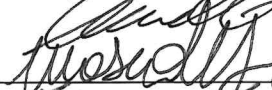
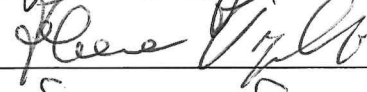
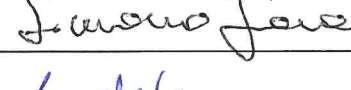
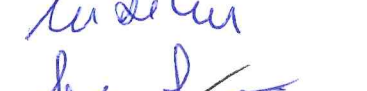


 ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 1 a 60 e allegati

ASL VITERBO
PERCORSO CLINICO E SOCIOASSISTENZIALE
PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI			
		Edizione 1	Data 22/06/2017
Revisione 1	Data 30/01/2019	Edizione 2	Data 30/01/2019
Revisione 2	Data 30/07/2026	Edizione 3	Data 30/07/2026
☒ Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)			
Razionale e descrizione revisioni successive			
Revisione 2	Necessaria in esito alla ultima data di revisione e in considerazione del nuovo Atto Aziendale		

ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE	
Redatto Dott.ssa Lorena Cipollone Dott. Giovanni Biancalana Dott. Ivano Mattozzi Dott. Giorgio Bracaglia Dott. Angelo Bruschi	Dott.ssa Barbara Longo Dott. Roberto Riccardi Dott.ssa Nicoletta Salvatori Dott.ssa Antonella Ambrosini Dott. Andrea Agostini
Valutato da Direttore Dipartimento della salute della donna e materno infantile - Dr. Giorgio Nicolanti Direttore DEA - Dr. Daniele Angelini Direttore DSM - DP - Dr.ssa Cristiana Morera Direttore Dipartimento Funzione Territoriale Dr. Giuseppe Cimarello Direzione Sanitaria Polo – Dr. Massimo Volpe	    
Verificato da Risk manager Dott.ssa Flavia Verginelli	
Collaborazione alla stesura e verifica RQA Dott.ssa Simona Giacomini	
Approvata Direttrice Sanitaria Aziendale Dott.ssa Assunta De Luca Direttrice Amministrativa Aziendale Dott.ssa Simona Di Giovanni Direttore Generale Dott. Egisto Bianconi	  

DISTRIBUZIONE		
Distribuito in forma	☒ cartacea	☒ informatica
Distribuzione interna	A cura dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Distretto e DMPO per la diffusione e la verifica della puntuale applicazione da parte di tutte le Articolazioni Organizzative coinvolte.	
Distribuzione esterna	A cura del Dipartimento della Funzione Territoriale per distribuzione ai Medici del Ruolo Unico e dei Pediatri di Libera Scelta A cura della Direzione Sanitaria Aziendale per la distribuzione agli Organi Istituzionali interessati e alla Direzione Regionale Salute e integrazione sociale A cura dell'area della Comunicazione per la pubblicazione sul sito internet/intranet aziendale	
Lista di distribuzione a cura di	Direttore e Coordinatore delle singole Articolazioni Organizzative	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 2 a 60 e allegati

SOMMARIO

1.	OGGETTO	3
2.	RAZIONALE	3
3.	CONTESTO NORMATIVO	4
4.	GLOSSARIO E TERMINOLOGIA	5
5.	FINALITÀ E OBIETTIVI	8
6.	CAMPO DI APPLICAZIONE E SERVIZI COINVOLTI	9
7.	TARGET	10
8.	DIFFUSIONE E REVISIONE DEL DOCUMENTO	10
9.	IL CICLO DELLA VIOLENZA	11
10.	RICONOSCERE LA VIOLENZA DI GENERE	12
11.	PERCORSO ASSISTENZIALE IN EMERGENZA: IL CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO	15
12.	PASSAGGIO DAL PERCORSO IN EMERGENZA AL PERCORSO NON IN EMERGENZA	22
13.	PERCORSO CONSULTORIALE	24
14.	FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO	27
15.	INDICATORI	28
APPENDICE 1		30
PROCEDURA PERCORSO “CODICE ROSA” IN EMERGENZA		30
APPENDICE 2		49
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO (FONDAMENTO GIURIDICO DELLA PROCEDURA)		49
APPENDICE 3		54
INFORMAZIONI PER MATERIALE DIVULGATIVO		54
APPENDICE 4		56
INDICATORI DI SOSPETTO PER ALTRE FORME DI VIOLENZA DI GENERE		56

ALLEGATO A MODULISTICA IN USO PER PROCEDURA PERCORSO CODICE ROSA

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 3 a 60 e allegati

1. OGGETTO

La violenza di genere si riferisce a quella serie di atti dannosi diretti a un individuo o a un gruppo di individui sulla base del loro genere e si riferisce a qualsiasi forma di violenza diretta contro una persona, manifestandosi in varie forme, tra cui danni fisici (come il femminicidio), sessuali (come lo stupro o le molestie sessuali), psicologici, economici e cyberviolenza.

Il presente documento, in maniera più esaustiva, in ottemperanza al D.P.C.M. del 24/11/2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza", alla L.R. n. 4 /2014 Lazio e ai successivi atti Deliberativi collegati, definisce le strategie di intervento e le procedure ritenute adeguate a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento e orientamento, se consenzienti, ai servizi di tutela presenti sul territorio.

I principi di quanto di seguito descritto sono altresì applicabili ad altri target di violenza: maltrattamenti e abusi rivolti a minori, anziani, disabili (che si riconducano al sesso femminile o meno) e a persone LGBTIQ+. A questo proposito va ricordato che la **"discriminazione multipla"** è quella vissuta da un individuo non in base ad un unico fattore (sesso, orientamento sessuale, razza o origine etnica, disabilità, età, religione o convinzioni personali), bensì sulla base di due o più fattori concomitanti, che caratterizzano la vittima nella sua "complessità identitaria".

Il fine è quello di elaborare, con le vittime stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita e superare le conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza produce sulla salute della donna o in generale sulla vittima.

È violenza di genere ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata.
La violenza sulle donne è una violazione dei diritti umani ed è pertanto un reato contro la persona.

2. RAZIONALE

La **violenza di genere** è un fenomeno mondiale ampiamente diffuso, sottostimato e non ancora sufficientemente riconosciuto e denunciato, come confermato da numerose ricerche internazionali ed europee. L'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, nel suo "World report on Violence and Health", pubblicato nel 2002, definisce la violenza come un **problema di salute pubblica**, e indica la stessa come la **prima causa di morte** nelle donne nella fascia di età compresa tra i 16 e i 50 anni. L'approccio a tale fenomeno deve essere **interdisciplinare e scientifico**, integrando medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educazione ed economia.

Riquadro numerico: una donna su tre nell'UE ha subito violenza di genere. Circa il 30% delle donne nell'UE ha subito violenza fisica o minacce e/o violenza sessuale nel corso della propria vita. Circa il 13% delle donne ha subito violenza fisica o minacce senza violenza sessuale, mentre il 17% ha subito violenza sessuale.

In particolare, l'OMS definisce la violenza contro le donne come: "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro le stesse, o contro un'altra persona...che produca, o sia molto probabile che possa produrre, lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni".

In Italia, la violenza si annida spesso nello squilibrio relazionale e nel desiderio di controllo all'interno dell'ambito familiare (**violenza domestica o intra-familiare**), coinvolgendo donne di ogni estrazione sociale e culturale. I dati Istat indicano che circa una donna su tre, dai 16 ai 70 anni, è stata vittima di violenza fisica o sessuale nel corso della vita, e la stima delle morti violente attribuibili a violenza di genere è pari a 1 su 3. A riprova della gravità del fenomeno, i dati forniti dal Ministero della Giustizia e dalla Direzione Anticrimine

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 4 a 60 e allegati

della Polizia di Stato evidenziano un **incremento esponenziale** degli atti di violenza nei confronti delle donne e dei bambini.

Questi dati pongono in luce l'inderogabile necessità di:

1. **Individuare e intercettare** il maggior numero di violenze, maltrattamenti e abusi.
2. **Migliorare il percorso assistenziale** e di presa in carico rivolto alle persone vittime.
3. **Aggiornare conoscenze e competenze** degli operatori.
4. **Definire standard di assistenza** uniformi.

È dunque di fondamentale importanza delineare e consolidare una **rete di contenimento e sostegno** continuativa ed efficace, tramite un'assistenza **multidisciplinare e inter-istituzionale** (sanitaria, sociale, psicologica, legale, delle forze dell'ordine), essenziale per l'effettiva emersione dal fenomeno della violenza subita. In tale ottica, l'OMS ha pubblicato, nel 2013 (con riferimento alla pubblicazione ufficiale OMS del 2003), specifiche Linee Guida sull'Assistenza Medico Legale per le vittime di violenza sessuale, aggiornando le conoscenze e definendo standard internazionali per l'assistenza sanitaria e legale.

Nel contesto nazionale, regionale e locale, sono stati attuati numerosi interventi legislativi ed esperienze finalizzate a migliorare le risposte dei servizi.

La **ASL di Viterbo** ha formalizzato la presa in carico delle vittime di violenza di genere in modo proattivo, come testimoniato dalle precedenti delibere del Direttore Generale (n. 333/2016, n. 806/2016, n. 1235/2016 di approvazione del Protocollo d'Intesa Interistituzionale firmato in Prefettura, e n. 1019/2017 sul PDTA Territoriale) riviste anche alla luce delle **“Linee Guida Nazionali per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza Socio-Sanitaria alle donne che subiscono Violenza”** (emanate con DPCM del 24/11/2017). È inoltre attivo un Protocollo d'intesa interistituzionale per la realizzazione di azioni condivise ed integrate a tutela delle vittime di violenza di genere e violenza assistita sottoscritto dal Comando Provinciale dell'Arma dei Carabinieri, dalla Questura di Viterbo e dall'ASL di Viterbo (Delibera n. 769 del 2/05/2022).

Il presente documento aggiorna e sostituisce tali documenti e definisce il percorso unico **per le vittime di violenza di genere attraverso la presa in carico** di un'equipe multiprofessionale e un sistema integrato interistituzionale.

Centrale nell'attuazione del Percorso è la consapevolezza da parte di tutti gli attori della necessità, ai fini del raggiungimento del risultato, di un approccio comune a livello inter-istituzionale, rappresentato dal farsi carico della vittima, raccoglierne la storia, il vissuto, il dolore, sia pure nell'ambito del proprio mandato istituzionale, interagendo con tutte le figure professionali coinvolte al fine di condividere la costruzione di un progetto assistenziale personalizzato che preveda la messa in protezione, la riabilitazione e la prevenzione della vittimizzazione secondaria, ossia di quelle conseguenze negative emotivo-relazionali derivanti dal contatto tra la vittima ed il sistema delle Istituzioni in generale, in particolare quello della giustizia penale.

3. CONTESTO NORMATIVO

Il modello d'intervento fa necessariamente riferimento ai principi, alle linee guida e alle raccomandazioni in materia e alla normativa nazionale e regionale in materia (raccomandazioni Convenzione di Istanbul, OMS, linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne che subiscono violenza adottate con DPCM 24/11/2017, Linee guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza a cura di D.i.Re, Anci). Si riportano ***nell'Appendice 2. Quadro Normativo di Riferimento (Fondamento Giuridico della Procedura)*** tutte le fonti legali vincolanti,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 5 a 60 e allegati

dalle convenzioni internazionali alla normativa italiana e aziendale, con la definizione completa degli articoli di legge attinenti agli obblighi professionali e ai reati. Come anche ribadito dalla nota emanata dal Procuratore della Repubblica (protocollo in entrata n. 107392 del 17/12/2025).

La Legge di Stabilità 2016 istituisce “nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza» (comma 790) e specifica che “l’attuazione delle linee guida avviene attraverso l’istituzione di gruppi multidisciplinari finalizzati a fornire assistenza giudiziaria, sanitaria e sociale, riguardo ad ogni possibile aspetto legato all’emersione e al tempestivo riconoscimento della violenza e a ogni tipo di abuso commesso ai danni dei soggetti di cui al comma 790, garantendo contestualmente la rapida attivazione di un Percorso di tutela delle vittime di violenza, nel caso in cui la vittima intenda procedere a denuncia, e la presa in carico, da parte dei Servizi di assistenza, in collaborazione con i centri antiviolenza” (comma 791). Le Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie in tema di soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza maschile (DPCM 24/11/2017–Gazzetta Ufficiale n.24 del 30.01.2018) prevedono la definizione/istituzione di un percorso di tutela per le donne che subiscono violenza volto a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi dedicati presenti sul territorio di riferimento. Il Pronto Soccorso in quest’ottica diviene uno dei punti determinanti della rete in quanto spesso primo accesso ai servizi.

In appendice (Appendice 2) il Quadro Normativo di Riferimento (Fondamento Giuridico della Procedura).

4. GLOSSARIO E TERMINOLOGIA

PS	Pronto Soccorso
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PUA	Punto Unico Accesso
UVM DI	Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale Integrata
PAI	Piano Assistenza Individuale
A.G.	Autorità Giudiziaria
P.M.	Pubblico Ministero
C.T.U.	Consulente Tecnico D’ Ufficio
UPG	Ufficiale di Polizia Giudiziaria

TERMINOLOGIA

Violenza fisica

In generale la violenza fisica è costituita da ogni energia fisica adoperata dall’agente verso la persona offesa al fine di annullarne o limitarne la capacità di autodeterminazione, potendo consistere in una “vis corporis corpori data”, ossia in una condotta posta in essere esclusivamente con la forza fisica dell’agente e senza l’aiuto di strumenti materiali, o in una energia esercitata con qualsiasi utensile adatto allo scopo (quindi: essere spinta, afferrata o strattonata, l’essere colpita con un oggetto, schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o a morsi).

Violenza sessuale

Vanno considerati atti sessuali quelli che siano idonei a compromettere la libera determinazione della sessualità della persona o ad invadere la sfera sessuale con modalità connotate dalla costrizione, quindi, come previsto dal codice penale: con violenza, minaccia o abuso di autorità, sostituzione ingannevole di persona, abuso di inferiorità fisica o psichica. L’elemento della “violenza” può estrinsecarsi, nel reato di violenza sessuale, oltre che in una sopraffazione fisica, anche nel compimento insidiosamente rapido

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 6 a 60 e allegati

dell'azione criminosa tale da sorprendere la vittima e da superare la sua contraria volontà, così ponendola nell'impossibilità di difendersi (come ad es. palpamenti, sfregamenti, baci)

Violenza psicologica

Con questa espressione si intendono tutti quegli atteggiamenti e comportamenti che mirano a denigrare, umiliare, mettere in soggezione la vittima. Si tratta spesso di comportamenti che hanno lo scopo di instillare tensione ed insicurezza in chi la subisce e spesso sono finalizzati a sottomettere, controllare e mantenere il potere su un'altra persona. La violenza psicologica può assumere la forma della denigrazione, del controllo del comportamento, la messa in campo di strategie di segregazione, intimidazioni, fino anche a gravi restrizioni finanziarie imposte dal partner. Le modalità più comuni, soprattutto nella violenza domestica, sono quelle dell'isolamento: limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici; ostacoli allo svolgimento di attività di lavoro. In diversi casi assume anche la forma di un controllo costante ed ossessivo sull'altra persona: seguirla, spiare nelle sue attività; imporre una determinata modalità di vestirsi o pettinarsi, fino alla vera e propria segregazione. Una forma particolare di "violenza psicologica" ovvero "**assistita**" è quella che sempre più di frequente ha come vittime i bambini ed indica lo stato di sofferenza psicofisica sofferto dal minore che assiste ai maltrattamenti in danno della madre o di altro familiare convivente.

Violenza domestica

La Convenzione di Istanbul con l'espressione "violenza domestica" designa "tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima. Nella legge n.119 del 2013, che ha dato esecuzione alla Convenzione di Istanbul, il legislatore (sia pure ai fini del rilascio del permesso di soggiorno per le vittime) definisce la violenza domestica come: "Uno o più atti, gravi, non episodici, di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra persone legate, attualmente o in passato, da un vincolo di matrimonio o da una relazione affettiva, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima".

Violenza economica

Consiste nel mantenere la donna in posizione di totale dipendenza economica da parte dell'uomo al fine di privarla della sua autonomia e di condizionarne le scelte di vita. Tra le forme di violenza economica, sono evidenziati l'impedimento di conoscere il reddito familiare, di avere una carta di credito o un bancomat, di usare il proprio denaro nonché il costante controllo su quanto e come si spenda.

Atti persecutori (c.d. stalking)

Il delitto di "atti persecutori" è stato introdotto nel nostro ordinamento con la legge n.38/2009, e sanziona con pena da 6 mesi a 5 anni di reclusione tutte le condotte reiterate di minacce o molestie, messe in atto da un individuo che cagionano nella vittima un perdurante e grave stato di ansia o di paura, ovvero che generano un fondato timore per l'incolumità della persona stessa o di un suo prossimo congiunto, ovvero che costringe la vittima ad alterare le proprie abitudini di vita.

Femminicidio

Il termine "femminicidio", in generale indica ogni forma di violenza esercitata sistematicamente sulla donna in quanto tale, in nome di una sovrastruttura ideologica di matrice patriarcale, allo scopo di perpetuarne la subordinazione e di annientarne l'identità attraverso l'assoggettamento fisico o psicologico; in senso "proprio" indica la uccisione, dolosa o preterintenzionale, di una donna per motivi basati sul genere.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 7 a 60 e allegati

Maltrattamento/abuso sui minori

La classificazione in uso suddivide per grossi capitoli maltrattamenti ed abusi che ovviamente non si presentano mai in completa dissociazione l'uno dall'altro. Gli abusi nell'infanzia comprendono maltrattamento che, può essere fisico o psicologico; patologia delle cure la quale comprende l'incuria, la discoria e l'ipercura; l'abuso sessuale intra ed extra-familiare; la violenza assistita (testimoni di violenza fisica, psicologica e sessuale). Nella definizione del Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'abuso dell'Infanzia) per "Violenza Assistita" da minori in ambito familiare "si intende il fare esperienza da parte del bambino di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Il riconoscimento della "violenza assistita" come grave forma di maltrattamento nei confronti dei minori è acquisizione recente. Dagli anni 2000 il Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'abuso dell'Infanzia) ed i Centri Anti Violenza sono impegnati nella definizione degli interventi più idonei a protezione di minori vittime di violenza assistita. Le linee Guida del Cismai "Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso dell'infanzia" approvate in data 15 ottobre 2005, esprimono come prima e fondamentale raccomandazione, per quanto agli interventi a favore dei bambini vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri, la necessità di porre fine alla violenza come prima azione di tutela dei figli. Mettere in sicurezza le madri vittime di violenza e i loro figli è indicato come prerequisito fondamentale per approfondimenti valutativi e la progettazione e attuazione di interventi riparativi. Dal 2013, a seguito del dettato della "Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e lotta contro la Violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul 11 maggio 2011, è stato introdotto nel nostro Codice Penale quale circostanza aggravante del reato di maltrattamento in famiglia, l'aver commesso il fatto in presenza o in danno di un minore di anni 18.

Maltrattamento rivolto a persone anziane

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per si deve intendere "ogni azione, singola o ripetuta, oppure l'assenza di un'azione adeguata, che causa sofferenza o danni, nell'ambito di una relazione connotata da un'aspettativa di fiducia nei confronti del caregiver" (OMS, 2022). Non è dunque l'intenzionalità a contraddistinguere il maltrattamento, ma il danno. Il maltrattamento fisico si riferisce a violenza fisica come stratonamenti, spinte e contenimenti non giustificati, causate dal comportamento dei caregivers nei confronti degli anziani. Il maltrattamento sessuale consiste in tutti quei comportamenti che implicano un abuso, sia fisico che verbale, inerente la sessualità dell'anziano: quindi violenze esplicite, ma anche irrisioni o ammiccamenti a sfondo sessuale. Il maltrattamento economico è relativo ai furti o alle sottrazioni di oggetti e beni. Questo può riguardare un portafoglio, vestiti, prodotti di igiene personali, sottratti e sostituiti con beni di minore valore per non "dare nell'occhio". Il maltrattamento psicologico e emotivo è la forma di abuso meno visibile e si compone di atteggiamenti svalutanti, mancato rispetto delle persone, infantilizzazione e ogni altra forma di comportamento che causa, nelle persone che lo subiscono, disistima, frustrazione e umiliazione. Infine è catalogabile come maltrattamento anche l'incuria. L'incuria si riferisce a comportamenti di mancata stimolazione fisica e sociale degli anziani, a mancanza o carenza di nutrizione, pulizia e cure, all'assenza di precauzioni per la sicurezza e a un trattamento medico e sanitario inappropriato. Il maltrattamento fisico interesserebbe il 14,1% degli anziani istituzionalizzati, il maltrattamento economico il 13,8%, l'incuria l'11,6% mentre il maltrattamento sessuale il 1,9%. Ovviamente è più frequente in anziani con problemi cognitivi e comportamentali, l'incapacità a comunicare e difendersi, incide anche la gravità della patologia e l'impegno assistenziale che questa comporta che indice in chi assiste stress e burn out.

Tutte queste forme di violenza si associano in una **doppia discriminazione quando rivolte a persone disabili** condizione che espone a forme ulteriori e peculiari di sopraffazione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 8 a 60 e allegati

5. FINALITÀ E OBIETTIVI

La finalità del documento è quello di definire le opportune procedure per garantire alle donne vittime di violenza l'adeguata assistenza socio-sanitaria che tenga conto di tutti i bisogni espressi e latenti sostenendole e accompagnandole in un percorso di autonomia verso l'interruzione del ciclo della violenza, in particolare:

- regolamentando i percorsi all'interno delle articolazioni ospedaliere e territoriali, rafforzando la rete integrata per quanto attiene gli interventi di accoglienza, trattamento e presa in carico, in continuità assistenziale, dei soggetti vittime di violenza, prevalentemente donne e di minori ad esse accompagnati;
- consolidando le interrelazioni e le modalità di comunicazione e raccordo nell'ambito della Rete Territoriale Inter-istituzionale Antiviolenza tra ASL, Enti Locali, Procura, Tribunali, Forze dell'Ordine, Centri Anti Violenza, Case Rifugio, Case Semi autonomia, Sportelli Antiviolenza;
- contribuendo alla emersione del fenomeno della violenza attraverso l'adesione ad un sistema integrato di raccolta dati informatizzata delle informazioni sulle donne vittime di violenza e minori che abbiano avuto accesso ai servizi ASL nel rispetto e nei limiti delle condizioni di Legge previste dal D.Lg. 196/2003 e successive modifiche per la tutela della privacy.

OBIETTIVI

- favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza garantendo un'accoglienza qualificata e assicurando l'accompagnamento in percorsi protetti in tutti i contesti di cura e per tutte le vittime di violenza (donne, minori, anziani, disabili e altre minoranze),
- fornire un immediato soccorso alle donne vittime di violenza che accedono alle strutture ospedaliere, in un setting idoneo (spazi fisici riservati, adeguato assetto mentale, tempo dedicato) dove operatori competenti e formati sappiano accogliere, ascoltare e comprendere i bisogni espressi e i bisogni latenti,
- effettuare una valutazione completa e raccogliere correttamente i reperti e le prove necessarie ad una eventuale azione in ambito giudiziario, assicurando la corretta gestione sul piano medico-legale e giudiziario delle vittime di violenza e dei figli presenti,
- accompagnare la vittima lungo tutto il percorso, dalla segnalazione, attraverso la fase di emergenza, di non emergenza, curando l'affidamento alla Rete Antiviolenza territoriale, proponendo strategie di intervento e soluzioni adeguate al fine di garantire percorsi di tutela sia chi ha subito violenza che ai figli,
- garantire informazioni chiare, restituendo alla vittima, la dignità che le è stata negata dalla violenza, e, soprattutto, l'autonomia nelle proprie scelte, affinché esse possano essere consapevoli in tutte le fasi del percorso socio-assistenziale.

AZIONI PROPEDEUTICHE

- Delineare l'iter procedurale che dai DEA Ospedalieri conduce alla attivazione della Rete Antiviolenza territoriale sia essa interna all'azienda stessa che esterna assicurando appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità definite e condivise interne, evitando azioni ridondanti e confronti ripetuti con più situazioni/servizi e/o più professionisti;
- individuare e garantire per tutte le procedure e le fasi di intervento che saranno necessarie, a partire dall'accoglienza alla presa in carico nell'ambito delle quali siano dettagliate ed esplicitate le modalità di gestione delle molteplici e variegate situazioni dal punto di vista clinico, diagnostico, sociale e psicologico
- informare adeguatamente tutti gli attori coinvolti nel percorso, sulle fasi, i tempi, le modalità, le responsabilità, l'organizzazione, i ruoli e le funzioni di tutti i riferimenti della rete antiviolenza, per non inficiare su eventuali procedimenti giudiziari;
- fornire riferimenti chiari, univoci ed esaustivi rispetto agli obblighi normativi e legislativi ed ai percorsi di tutela esistenti;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 9 a 60 e allegati

- individuare team multidisciplinari specialistici che operino in aderenza a procedure e garantire a tutti i professionisti che intervengono nel percorso di prevenzione, assistenza e presa in carico, percorsi di formazione residenziale e formazione permanente;
- implementare la disponibilità di strumenti di monitoraggio del fenomeno e dei singoli percorsi socioassistenziali.

6. CAMPO DI APPLICAZIONE E SERVIZI COINVOLTI

Il presente Percorso, trova applicazione nell'ambito dei Servizi di seguito indicati e loro articolazioni.

- Dipartimento Emergenza Accettazione
- Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
- Dipartimento Integrato di Salute Mentale, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP)
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali
- Dipartimento della Funzione Territoriale

Livello interistituzionale

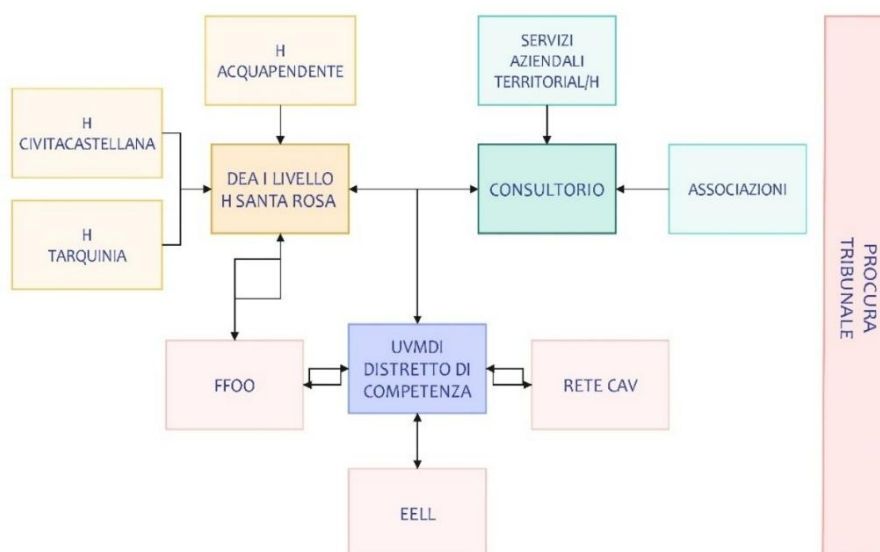
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri antiviolenza e Case rifugio;
- Associazioni a tutela delle vittime;
- Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali;
- Procura e Tribunale Ordinario/Minori

Raccordo inter - istituzionale

- **EELL (Enti Locali):** presa in carico sociale ed economica, attivazione di misure di sostegno al reddito e abitativo.
- **Forze dell'Ordine:** segnalazioni, tutela immediata, controllo delle misure cautelari.
- **Procura e Tribunale Ordinario/Minori:** segnalazioni obbligatorie, partecipazione ai procedimenti civili e penali.
- **Centri Antiviolenza e associazioni:** attivazione percorsi specialistici di protezione, sostegno psicologico, accompagnamento all'autonomia.

Ogni attore della rete antiviolenza territoriale agisce secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere.

Figura 1. La Rete antiviolenza integrata ospedale-territorio



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 10 a 60 e allegati

Per il percorso in emergenza l'organizzazione sanitaria è basata sul modello "Hub & Spoke", ovvero un modello organizzativo a reti integrate nel quale l'assistenza ad elevata complessità viene concentrata nel centro ospedaliero di alta specializzazione (Presidio Ospedaliero Santa Rosa), in cui è possibile attivare tutte le consulenze in tempi brevi e garantire la **catena di custodia**.

Si definisce **catena di custodia** la procedura medico legale atta a garantire autenticità, integrità e tracciabilità di un campione dal momento del prelievo/raccolta sino allo smaltimento. Sarà quindi necessario ricostruire l'iter del campione all'interno del laboratorio, conservarlo correttamente e preservarlo da manomissioni e adulterazioni, individuandone le eventuali manipolazioni e i soggetti che le abbiano eseguite. L'operatore provvisto di tutti i DPI che inizia la repertazione della catena di custodia stessa ha l'obbligo di concludere l'iter.

Il percorso di seguito descritto **definisce**:

- **Percorso assistenziale in emergenza a cui si allega in appendice la specifica procedura (Appendice 1)**
- **Percorso assistenziale non in emergenza**

7. TARGET

Tutte le donne (con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni come previsto dall'art. 3 lettera f) della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza.

Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni.

Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, consultoriale, ambulatoriale o qualora emerga anche nel corso di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale.

I principi generali sono da ritenersi espressi nel documento sono da ritenersi validi anche per altre forme di violenza di genere come definite nell'oggetto e nella premessa del documento.

8. DIFFUSIONE E REVISIONE DEL DOCUMENTO

Il documento aggiorna e sostituisce le precedenti deliberazioni sul tema in oggetto.

Le modalità di diffusione sono indicate in prima pagina.

La revisione è prevista a tre anni fatto salvo necessità aziendali, proposta di modifica da parte dei componenti del gruppo di lavoro o emanazione di nuove linee d'indirizzo e/o disposizioni normative.

Il documento potrà essere integrato con ulteriori istruzioni operative inerenti specifici target (ad esempio per la violenza sui minori o la violenza sugli anziani).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

9. IL CICLO DELLA VIOLENZA

Il ciclo della violenza è da intendersi come: *“il progressivo e rovinoso vortice in cui la donna viene inghiottita dalla violenza continuativa, sistematica, e quindi ciclica, da parte del partner”* (L. Walker, 1979). Il fenomeno della violenza è ciclico e si sviluppa in tre distinte fasi.

Tabella 1.e Immagine 2. Il ciclo della violenza

Fase di crescita della tensione	In questa fase, la vittima di violenza percepisce la crescente tensione e tenta di prevenire l'escalation concentrando tutte le sue energie e attenzioni sul partner. Spera così di "calmare le acque", diminuire la tensione e controllare l'agire violento dell'uomo. Molte donne descrivono questa sensazione come "camminare sulle uova". L'uomo non agisce ancora direttamente la violenza fisica, ma essa trapela attraverso la mimica, il silenzio ostile e atteggiamenti scontroso.
Fase di maltrattamento	L'uomo perde il controllo di sé e si verifica l'episodio violento. L'aggressione fisica può essere preceduta da insulti, minacce e rottura di oggetti. Generalmente la violenza fisica è graduale: i primi episodi sono caratterizzati da spintoni o braccia torte, per poi arrivare a schiaffi, pugni, calci o all'uso di armi e oggetti contundenti. In questo stadio, per sottolineare il proprio potere, l'uomo può agire violenza sessuale. La donna non reagisce; spaventata e preparata dai "piccoli attacchi" precedenti, prova un senso di tristezza e impotenza e, pur potendo protestare, non si difende.
Fase di luna di miele	Questa fase si suddivide in due momenti distinti: 1. Le scuse e le attenzioni amorevoli: L'uomo chiede scusa e si dimostra "dolce, attento e premuroso" per farsi perdonare. Sono frequenti regali, promesse di "fare tutto il possibile per cambiare" (inclusa la terapia) e persino minacce di suicidio affinché la donna non lo lasci. La donna rivede l'uomo affascinante dei primi tempi, accoglie le sue false richieste d'aiuto e si convince di essere l'unica in grado di salvarlo. 2. Scarico della responsabilità: L'uomo attribuisce la colpa del suo comportamento a cause esterne (lavoro stressante, problemi economici) e, soprattutto, alla donna stessa, accusandola di averlo provocato o di aver giustificato la sua aggressione. Nella donna prevale il senso di colpa per non aver soddisfatto le aspettative del partner. Tutto ciò consolida lo squilibrio relazionale e la dipendenza.

L'evoluzione della spirale

Quando la violenza è radicata, i cicli si ripetono come una spirale, accelerando nel tempo in intensità. La fase di "luna di miele" si riduce, mentre le prime due fasi diventano più frequenti e con conseguenze più gravi. Se il processo non viene interrotto, la vita della donna può essere in pericolo.

È fondamentale ricordare che, all'inizio della relazione violenta, la donna è convinta di poter controllare la situazione e chiede aiuto solo per problemi specifici (sanitari, sostegno alla coppia).

Solo dopo il ripetersi dei maltrattamenti matura la consapevolezza di non poter cambiare il partner e sviluppa la motivazione per uscire dalla relazione.



Immagine tratta da
<https://www.reteantiviolenzamilano.it/il-ciclo-della-violenza/>

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 12 a 60 e allegati

10. RICONOSCERE LA VIOLENZA DI GENERE

Il contesto sanitario, e nello specifico medici ed infermieri, sono spesso le prime persone esterne al nucleo familiare con cui la vittima di violenza entra in contatto, e che si trovano a raccogliere il racconto della violenza subita e a constatare le sue conseguenze fisiche e psichiche. La loro sensibilità, competenza e il corretto intervento sono le chiavi per riconoscere e svelare la violenza subita, rilevare lesioni e disturbi, accogliere e dare spazio ai vissuti connessi alla violenza, offrendo, oltre che soccorso immediato, la possibilità di avvio di un percorso, di più lungo periodo, mirato a fare fronte alle conseguenze della violenza stessa.

In particolare in pronto soccorso ma anche in altri contesti di cura territoriali quali le Case di Comunità, i consultori, i servizi dell'area della salute mentale, i poliambulatori e gli studi dei medici di medicina generale (o dei PLS nel caso di minori), bisogna fare attenzione a segnali fisici e comportamentali che possono indicare una storia di violenza: lesioni non giustificate in zone atipiche, racconti incoerenti o vaghi, ansia, isolamento e presenza oppressiva del partner.

È possibile che proprio il colloquio di accoglienza faccia emergere con chiarezza per la prima volta la necessità, ed anche la possibilità, di affrontare la propria condizione di vittima, permettendo alla donna di riconoscerlo, soprattutto a sé stessa, se accolta in un contesto di solido supporto professionale.

Accoglienza

Nella fase di accoglienza bisogna tenere conto che la persona potrà giungere con un quadro generale complesso in atteggiamenti, emozioni e comportamenti. In qualunque contesto istituzionale se si ha la certezza o il sospetto di trovarsi di fronte ad una violenza di genere, una violenza su un disabile o su un minore, è fondamentale cercare di rimanere da soli con la donna in uno spazio in cui poter parlare liberamente senza timore, garantendo la riservatezza ed il tempo necessario per l'ascolto. L'atteggiamento, durante il colloquio, deve essere empatico e non giudicante, volto, senza forzature, a trovare insieme le possibili vie di uscita dalla situazione di violenza.

L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà
Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale; Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante; Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa; Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche; Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto.

La necessità dell'operatore di rispondere nell'immediato può interferire con la capacità di ascolto e di rispetto per l'autonomia della persona a cui non si può imporre una scelta dall'esterno. È importante cercare di capire in che momento del ciclo della violenza si situa l'intervento e quale è il grado di elaborazione interiore della persona (negazione, colpevolizzazione, ricerca di soluzioni per la coppia, o di una soluzione di autonomia).

Nel caso in cui la donna decida di tornare a casa senza aderire alle nostre proposte è necessario sostenere la sua decisione e aiutarla a trovare mezzi per garantire la sicurezza sua e dei bambini (costruire con la donna uno scenario di protezione) offrendo indicazioni sui canali da attivare in caso di necessità.

Barriere all'identificazione della violenza
Paura che la rivelazione metta a rischio la sua sicurezza Paura di perdere i figli Senso di vergogna e umiliazione Credenza di meritarlo e l'abuso e di non meritare di essere aiutata

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Sentimenti di protezione verso il compagno che inoltre può rappresentare la sua unica fonte di affetto e può essere il solo supporto economico per lei e per i suoi figli

Assenza di consapevolezza rispetto al fatto che i suoi sintomi psico-fisici sono causati dallo stress del vivere una situazione violenta

Credenza che le lesioni non siano gravi abbastanza da poter essere rilevate e diagnosticata

Indicatori chiave di sospetto

- Segnali fisici: lesioni ripetute, ritardo nel cercare cure, ferite in zone coperte (tronco, braccia, interno cosce), lividi in diverse fasi di guarigione, lesioni genitali.
- Segnali comportamentali: atteggiamento timoroso, evasivo o sottomesso, tendenza a minimizzare l'accaduto.
- Dinamica degli accessi: ricorrenti accessi al pronto soccorso per incidenti "casalinghi" o di natura poco chiara.
- Partner controllante: il partner insiste per essere presente durante la visita, risponde al posto della paziente o monitora ogni sua parola.
- Presenza di disturbi generici, psicosomatici e/o autolesivi.

Tabella 2. Indicatori di sospetto codice rosa adulto

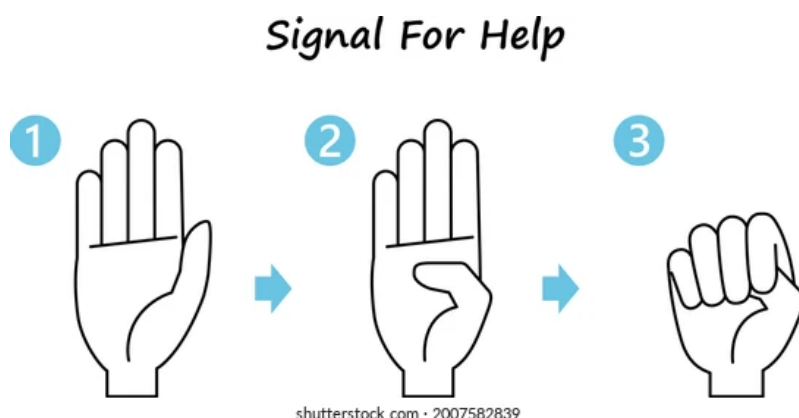
INDICATORI DI SOSPETTO CODICE ROSA ADULTO		
ANAMNESTICI	COMPORTAMENTI PSICOLOGICI	FISICI
Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli	Atteggiamento contraddittorio o evasivo, ipervigilanza e mutismo	Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica)
Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone	Paziente riluttante a parlare in presenza del partner	Lesioni traumatiche nelle seguenti zone:
Ritardo nel chiedere soccorso	Accompagnatore/Partner dispotico o iperprotettivo o con atteggiamento di controllo	testa ed al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strappati)
Dinamica non correlabile alle lesioni	Atteggiamenti difensivi incongrui	seno e zone genitali
Istituzionalizzazione	Agitazione, stato d'ansia e paura	lato ulnare e avambraccio
Depressione	Atteggiamento depresso	altre zone nascoste dagli abiti
Disturbi del sonno	Sguardo fisso, apatia, mutismo	Fratture ossee (ossa nasali mandibola, denti, coste, clavicola)
Disturbi del comportamento alimentare	Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo	Ustioni e bruciature, ferite da arma da taglio
Tentati suicidi	Comportamento autolesivo- abuso di alcool, droga, cutting Intenzioni suicide	Problematiche ginecologiche es. aborto
	Disforia, umore negativo o altalenante	Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali)
	Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia	Dolore cronico e/o sintomatologia vaga e diffusa
	Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo, che evita il contatto o si sottrae al contatto	Malnutrizione, avvelenamento, intossicazione

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 14 a 60 e allegati

Il "Signal for Help" (Segnale di Aiuto)

È bene che tutti gli operatori sanitari riconoscano il segnale universale non verbale con cui la donna può richiedere aiuto, ossia il Signal for Help: la persona piega il pollice dentro il palmo e chiude le altre dita a pugno, un gesto discreto per chiedere aiuto senza lasciare tracce digitali e in situazioni in cui non si può esprimere verbalmente il disagio.

Immagine 3. *Signal for help*



Sensibilizzazione e orientamento

In particolare nella sala d'attesa della zona del triage dei Pronto Soccorso, ma in generale anche nelle sale di attesa degli altri servizi sanitari, deve essere presente materiale informativo (Brochures, Posters) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

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

Qualora l'operatore, sia esso del pronto soccorso o di una struttura territoriale, abbia un sospetto di violenza (minore) non confermato è bene comunque che fornisca alla persona informazioni utili e provi ad inserirla in un programma di supporto tramite un colloquio con l'assistente sociale e/o lo psicologo se presenti o fornendo e/o fornendo orientamento su come accedere ad alcuni servizi e su cosa fare in caso di necessità.

L'accoglienza di una vittima di violenza richiede che le procedure di contatto e accesso alla Rete Antiviolenza siano definite e condivise a monte. Devono essere **note non solo agli specialisti della Rete, ma a tutti gli operatori che, per la loro posizione, possono trovarsi ad accogliere la vittima.**

In qualsiasi contesto venga intercettato il caso si procede a:	
- Rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati; - verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza; - informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO qualora previsto per legge. - informare la donna della presenza sul territorio dei centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati; - avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale.	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 15 a 60 e allegati

L'operatività deve essere consentita H24, attraverso il ricorso a specifiche procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità organizzativa, atte a garantire la continuità della protezione del Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali.

In appendice (**Appendice 3**) i contenuti utili alla divulgazione e (**Appendice 4**) altri segnali da attenzionare per la violenza sui minori, sugli anziani e sui disabili.

11. PERCORSO ASSISTENZIALE IN EMERGENZA: IL CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO

Si attiva quando il primo contatto della vittima avviene al Pronto Soccorso e comprende servizi di diagnosi e trattamento sul piano sanitario ma anche tutela per i risvolti giuridici e legali e supporto psicologico e sociale.

La vittima può arrivare al PS:

- spontaneamente da sola o con i figli minori
- accompagnata dall'autore della violenza
- accompagnata da amici, familiari, conoscenti
- accompagnata da operatori parte della rete antiviolenza
- accompagnata dalle FF.OO.
- tramite il servizio di emergenza con o senza l'intervento delle FF.OO.

L'accesso della vittima ai vari Servizi Sanitari o Centri di riferimento avviene generalmente a seguito di:

- violenza dichiarata: violenza riferita dalla vittima
- violenza presunta: violenza presumibile sulla base delle lesioni riportate dalla vittima e rilevate dall'operatore
- violenza assistita: comprende il complesso di ricadute di tipo comportamentale, psicologico, fisico, sociale e cognitivo, nel breve e lungo termine, sui minori costretti ad assistere ad episodi di violenza.

Può presentare presenza traumi minori o maggiori, esiti di violenza sessuale, accompagnati da assunzione di farmaci, sostanze stupefacenti o alcool.

L'obiettivo principale del Pronto Soccorso è quello di offrire una risposta rapida, appropriata e coordinata alle conseguenze fisiche e psicologiche causate dalla violenza maschile sulla salute femminile.

Si mira a garantire un'accoglienza e un supporto immediato ed efficace alle donne, dal triage all'accompagnamento e all'orientamento verso i servizi territoriali dedicati a garanzia della continuità del trattamento. Con il consenso delle donne, si lavora alla creazione di un piano di supporto e ascolto personalizzato, volto a superare l'esperienza di violenza vissuta che inizia in ospedale e continua sul territorio.

Il personale infermieristico addetto al triage deve possedere un'adeguata formazione professionale, per procedere al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata.

A tal fine il professionista può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi da parte della donna alle strutture ospedaliere.

Il riconoscimento di eventuali segnali di violenza determina l'attivazione del *Percorso per le donne che subiscono violenza* e, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice arancione - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

Isolamento: Cercare di parlare con la paziente da sola, senza l'accompagnatore.

Attivazione Codice Rosa: Nei casi sospetti, si avvia il "Codice Rosa", un percorso che prevede l'accoglienza in una stanza dedicata, l'assistenza di personale formato e la collaborazione con centri antiviolenza e forze dell'ordine.

Approccio Empatico: Non forzare la paziente a parlare, ma creare un ambiente sicuro e non giudicante.

L'attivazione del Codice Rosa è fondamentale per garantire un percorso protetto e riservato alla vittima

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 16 a 60 e allegati

CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO

L'attivazione del percorso implica il consenso (*allegato 1, 2 e 3*) della donna che deve essere in grado di prendere una decisione volontaria, ovvero decidere se sottoporsi o non sottoporsi alla procedura, quindi non solo al trattamento sanitario contingente, ma anche ai successivi accertamenti. È necessario informare nel dettaglio la donna delle fasi del Percorso e acquisire il consenso libero e informato per ognuna delle stesse.

Se la vittima nega il consenso, il percorso si interrompe e alla vittima vengono date le seguenti informazioni relative all'allontanamento volontario, tale per cui comunque compete al medico del Pronto Soccorso:

- di doversi accertare che la stessa non sia in evidente condizione di pericolo
- di riportare in cartella che la/il paziente si allontana prima/durante gli accertamenti.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI ED AL TRATTAMENTO SANITARIO

Più nello specifico, la vittima deve essere messa nella condizione di acconsentire liberamente ad eventuali prelievi di liquidi biologici e dalle mucose dei genitali o da altre regioni anatomiche, al conferimento in custodia degli elementi biologici prelevati, degli abiti e degli effetti personali indossati al momento della visita ed infine a trattamenti diagnostici specifici, quali ad esempio il test HIV. La vittima, inoltre, deve esprimere il consenso anche all'eventuale acquisizione di documentazione fotografica. Si deve inoltre informare la vittima della necessità di eseguire gli accertamenti (tossicologici o a fini genetici, per esempio), nel più breve tempo possibile, pena l'impossibilità, a distanza di tempo, di poter effettivamente reperire materiale che possa essere utilmente utilizzato a fini probatori.

- a) Laddove la vittima giunga priva di conoscenza, invocando lo stato di necessità (art. 54 c.p.) i sanitari potranno procedere agli accertamenti necessari e previsti in casi di vittime di violenza.
- b) Laddove la vittima è affetta da grave disturbo psichico-cognitivo (dietro valutazione dello psicologo/psichiatra), non interdetta, né amministrata, quindi come tale non in grado di sottoscrivere valido consenso agli atti medici previsti, i sanitari intervenuti dovranno segnalare al Giudice Tutelare il caso specifico.
- f) In caso di persona minorenni (<18 anni), quali esercenti la potestà genitoriale, saranno i genitori ad esprimere la propria volontà (assenso/dissenso) agli accertamenti sanitari.
- g) Nel caso di minore non accompagnato, ovvero accompagnato da persona comunque, anche presuntivamente, in conflitto d'interessi (maltrattamento nell'ambito familiare ad es.) o comunque persona non giuridicamente autorizzata a prestare il consenso, si informeranno gli organi competenti (Procura presso il Tribunale dei Minori) che valuteranno la possibilità di disporre gli accertamenti, anche in urgenza.
- h) Nel caso di vittima incapace di intendere e di volere, il consenso dovrà essere espresso dal Tutore/Amministratore di Sostegno se autorizzato allo scopo ovvero, in assenza di persona giuridicamente autorizzata a farlo o quando la persona non è accompagnata o in caso di conflitto d'interesse con l'accompagnatore, si informeranno gli organi competenti.

Il consenso informato deve essere articolato e comprensivo di tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'operatore/trice sanitario/a abbia il consenso a procedere da parte della vittima. Gli esami (vedi anche Allegato n. 8) a cui dovrà essere sottoposta la vittima di violenza sono elencati nell'apposito modulo di consenso/dissenso che conterrà le singole voci con accanto le singole caselle al fine di consentire la massima libertà di scelta sugli accertamenti consentiti e quelli non consentiti (elencare separatamente i tamponi da praticare, esami, trattamenti proposti ecc).

È fondamentale prestare particolare attenzione ad alcuni segni che può presentare la vittima:

- alterazione dello stato di coscienza,
- lacune anamnestiche in concomitanza all'aggressione soprattutto sessuale.

I casi di violenza sessuale che sono accompagnati da assunzione di farmaci o di sostanze stupefacenti o alcool, rendono il reato procedibile d'Ufficio in quanto l'assunzione di tali sostanze possono determinare un deficit della memoria della vittima relativamente al periodo della violenza.

Sempre previo consenso è possibile richiedere la ricerca nei fluidi biologici di alcol e eventuali sostanze di abuso e farmaci. La richiesta va effettuata su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

L'informativa privacy è obbligo ogni volta che c'è un trattamento dati e si deve precedere alla loro raccolta.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 17 a 60 e allegati

DISSENSO TOTALE O PARZIALE AL TRATTAMENTO

Qualora la vittima dovesse negare il consenso in parte all'intera procedura prevista nel percorso, il medico deve agire in maniera differente in rapporto alle seguenti ipotesi:

- **dissenso ai prelievi ma accettazione della visita**, in questo caso
 - a) se trattasi di reato procedibile di ufficio, il medico attua la procedura prevista come disposto dalla normativa
 - b) se trattasi di reato procedibile a querela di parte, dopo aver adeguatamente informato la vittima del fatto che nel caso di un suo ripensamento verrebbero a mancare le prove oggettive, non procede ad alcun accertamento.
- **dissenso a tutte le procedure**, il medico si deve limitare ad informare la vittima circa il fatto che non ci sarebbe alcun dato oggettivo clinico laboratoristico delle violenze subite.

Nel caso di reato perseguibile d'ufficio in cui la vittima rifiuti il consenso, gli operatori dovranno astenersi dal procedere e dovranno di ciò informare ed allertare l'Autorità Giudiziaria. Analogamente, in caso di reato perseguibile d'ufficio in cui il minore maturo o l'esercente la potestà genitoriale esprima un dissenso, gli operatori dovranno informare l'Autorità Giudiziaria competente.

Qualora la vittima decidesse di allontanarsi dalla struttura ospedaliera sarà compito del medico doversi accertare che la stessa non sia in evidente condizione di pericolo nel quale così dovrà informare le FF.OO.

Va sempre riportato in cartella che la paziente si allontana contro il parere dei sanitari prima o durante gli accertamenti in corso.

Una volta ottenuto il consenso l'infermiere triagista annoterà tra parentesi all'interno della valutazione **"Percorso Codice Rosa"** (che rappresenta una metodologia di comportamenti da adottare con tempestività, riservatezza, rispetto della privacy per persone vittime di violenza e abuso) per identificare il Percorso che gli operatori dovranno seguire nelle fasi successive.

Qualora l'accesso avvenga in uno **Pronto Soccorso dei Presidi Periferici** o in uno dei **punti medici h12 presenti nelle Case della Comunità** il team che intercetta il caso deve prendere contatto con il personale del Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Rosa e organizzare il trasferimento della vittima a mezzo ambulanza ARES 118, in questo caso il consenso per l'attivazione del percorso comprenderà anche il consenso al trasferimento, fornendo le opportune spiegazioni in merito alla necessità di recarsi presso altra struttura ai fini di attivare la catena di custodia e cercando di evitare che la proposta possa comportare l'allontanamento della stessa dal servizio.

Per il **percorso assistenziale in emergenza in codice rosa** viene adottato il **modello a tre fasi**, già in sperimentazione presso il presidio ospedaliero di Santa Rosa dal mese di novembre:

1. **Fase immediata** di triage ed accoglienza
2. **Fase differita** di intervento Sociale e Psicologico entro 72 ore (garantito dai rispettivi servizi ospedalieri nei giorni feriali 8-20)
3. **Fase di "transizione e dimissione"** con l'intervento di una equipe integrata ospedale-territorio in tempi congrui.

Attivato il percorso alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico, e, nel caso in cui essa abbia fatto accesso con figlie/i minori, è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

Area Protetta

La donna presa in carico viene accompagnata nella specifica area dedicata (Stanza per i Codici Protetti, CP), separata dalla sala d'attesa generale al fine di assicurare protezione e riservatezza. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 18 a 60 e allegati

momento allontanati. Successivamente, e solo su espressa richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.

La donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nello stesso luogo dove è avvenuta la prima accoglienza (ove anche repertare il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.

Unità Rosa e Case Manager di riferimento

Una volta accompagnata la donna nell'area protetta la stessa verrà presa in carico dall'Unità Rosa, il primo ad intervenire sarà il personale infermieristico, formato e dedicato che si occuperà del caso fino a completamento del percorso insieme al medico individuato.

L'**Unità Rosa** si compone di:

- medico e l'infermiere di pronto soccorso che intervengono tempestivamente e garantiscono la continuità nella gestione del caso,
- ginecologo e ostetrica qualora sia riscontrata anche una violenza sessuale,
- il pediatra che interviene nel caso di presenza di minori,
- assistente sociale e psicologo che intervengono sul caso entro 72 ore per garantire la presa in carico e la continuità di intervento tra ospedale e territorio nei percorsi di supporto e protezione per la donna e per i figli se presenti
- se necessario si integra dei consulenti necessari in particolare lo psichiatra, se necessaria una valutazione di secondo livello, e in caso di violenza sessuale il medico infettivologo per attuare indagini specifiche ed eventuali profilassi.

Si individua il case manager tra l'infermiera o l'ostetrica intervenute sul caso sulla base delle necessità prevalenti della donna.

Se necessario e se la donna presta il consenso potrà essere coinvolto il mediatore culturale.

Tutte le figure che intervengono se possibile dovranno essere donne.

Nel caso di maltrattamenti e abusi su minori la figura di riferimento è il pediatra ed eventualmente il neuropsichiatra.

Fasi della Procedura Codice Rosa (Appendice 1)

- **Accesso e Triage:** Rilevazione del caso da parte dell'infermiere (anche se la violenza non è esplicitamente dichiarata) e assegnazione del "Codice Rosa" insieme al codice colore di gravità.
- **Accoglienza Protetta:** Spostamento della vittima in un'area riservata e sicura per garantire la privacy.
- **Intervento Multidisciplinare:** intervento di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e, se necessario, ginecologi, ostetriche e pediatri.
- **Catena di custodia:** Accertamenti sanitari e legali: esecuzione di visite, refertazione dettagliata delle lesioni, raccolta prove (kit stupro) e attivazione delle forze dell'ordine, ove necessario.
- **Valutazione del rischio, dimissioni e attivazione Rete Territoriale:** Definizione di un piano di uscita, con eventuale messa in sicurezza (casa rifugio) e attivazione dei servizi sociali o del consultorio.

Valutazione del rischio di re-vittimizzazione e messa in protezione

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna utilizza la **"Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DAS"** (Snider et al., 2009), uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità, misurando il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza e fornendo una rilevazione del rischio di re-vittimizzazione. È indicata dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata rilevazione in Pronto Soccorso **del rischio di recidiva e letalità** e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite (*Allegato 7*).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 19 a 60 e allegati

a) Rilevazione del rischio basso:

Il case manager dell'Unità Rosa informa la donna sulla rete di accoglienza territoriale e quindi sulla possibilità di "presa in carico" della rete di assistenza e sulla possibilità di sporgere denuncia.

L'Unità Rosa a fine procedura, se la donna è d'accordo, le fissa un appuntamento con gli operatori del Consultorio di riferimento tramite il numero dedicato: 3440522417 (attivo tutti i giorni dalle 8 alle 20 compresi i festivi e prefestivi) e/o le consegna i numeri utili contenuti nella brochure che le verrà consegnata (allegato 3).

b) Rilevazione del rischio medio/alto:

Il medico di pronto soccorso referente, in sinergia con gli altri operatori della Unità Rosa, prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore (come previsto dalle Linee Guida Nazionali DPCM 24/11/2017) al fine di permettere, da parte dei servizi sociali ospedalieri, l'attivazione di un piano di protezione per l'eventuale invio in un centro di accoglienza.

Si prospetta quindi alla donna la possibilità di rimanere ricoverata in ambiente ospedaliero, anche come ricovero sociale, preferibilmente nell'Unità di degenza di ostetricia e ginecologia, o di pediatria se presenza di minori, altrimenti in una unità di degenza di area medica a bassa intensità di cura come ricovero per fragilità (violenza sugli anziani o disabili), al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza in attesa della presa in carico territoriale. Il ricovero deve avvenire entro le 24 ore dall'accesso in PS.

L'assistente sociale del Servizio Ospedaliero, massimo entro 72 ore e previa valutazione dei bisogni, delle risorse e dei fattori di rischio contestuali procederà:

- se rischio basso supporta la donna nella scelta abitativa successiva alla dimissione e fornisce eventuali contatti utili in caso di necessità;
- se rischio medio/alto si attiva per la ricerca di una soluzione immediata al fine di dimettere la donna in sicurezza trasferendola in una casa rifugio, possibilmente entro le 72 ore o comunque quanto prima, in questo caso avvia un contatto in presenza o in teleconsulto con l'associazione individuata affinché la donna comprenda le fasi successive del percorso
- nella valutazione rientra anche la gestione dei minori se presenti

In entrambi i casi attiva UVMD-I per l'avvio della presa in carico territoriale, garantendo la continuità ospedale territorio con accessi programmati e azioni di supporto, tra cui quello di guidare la donna nella richiesta/ottenimento dei diritti esigibili.

Il trasferimento avverrà tramite il servizio trasporti secondari attivati dalla Direzione Sanitaria Ospedaliera o tramite altro mezzo messo a disposizione dall'EELL o dall'associazione stessa.

In entrambi i casi, a) e b), si pianificano i controlli clinici successivi e la presa in carico da parte dello psicologo (massimo entro le 72 ore) o i follow up successivi concordati con l'assistita sulla base della sua volontà e della eventuale prossimità al luogo di cura individuato.

Mediazione linguistica e culturale

In tutte le fasi del percorso, in caso di difficoltà di comprensione causate da barriere linguistiche e culturali, dovrà essere fatta richiesta, anche a carattere di urgenza, di mediazione linguistica e culturale face to face o di interpretariato telefonico (vedi procedura vigente reperibile sul portale aziendale). È importante fare in modo che il "traduttore" non sia un familiare che possa limitare l'apertura della donna stessa. E quindi

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

necessario, appena possibile, cercare di sostituire l'accompagnatrice/accompagnatore o la traduttrice/traduttore con la figura professionale necessaria, mediatore culturale o interprete.

Punti Chiave:

- **Volontarietà:** se non c'è consenso, gli operatori si astengono dal procedere, salvo casi di obbligo di denuncia per reati perseguibili d'ufficio.
- Per evitare la contaminazione, la degradazione e la perdita di tracce biologiche, ed ottenere risultati fruibili per successivi ed eventuali procedimenti giudiziari, sono indispensabili una **corretta repertazione**, una successiva **corretta conservazione**, e la predisposizione della **catena di custodia dei reperti**.
- L'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna deve **refertare** tutti gli esiti della violenza subita **in modo dettagliato e preciso** e redigere il **verbale di dimissione completo** di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD9-CM.

A seguire il diagramma di flusso del percorso e in allegato in allegato la procedura specifica che descrive nel dettaglio l'iter del percorso diagnostico terapeutico

Diagramma di flusso 1. Attivazione del percorso in emergenza

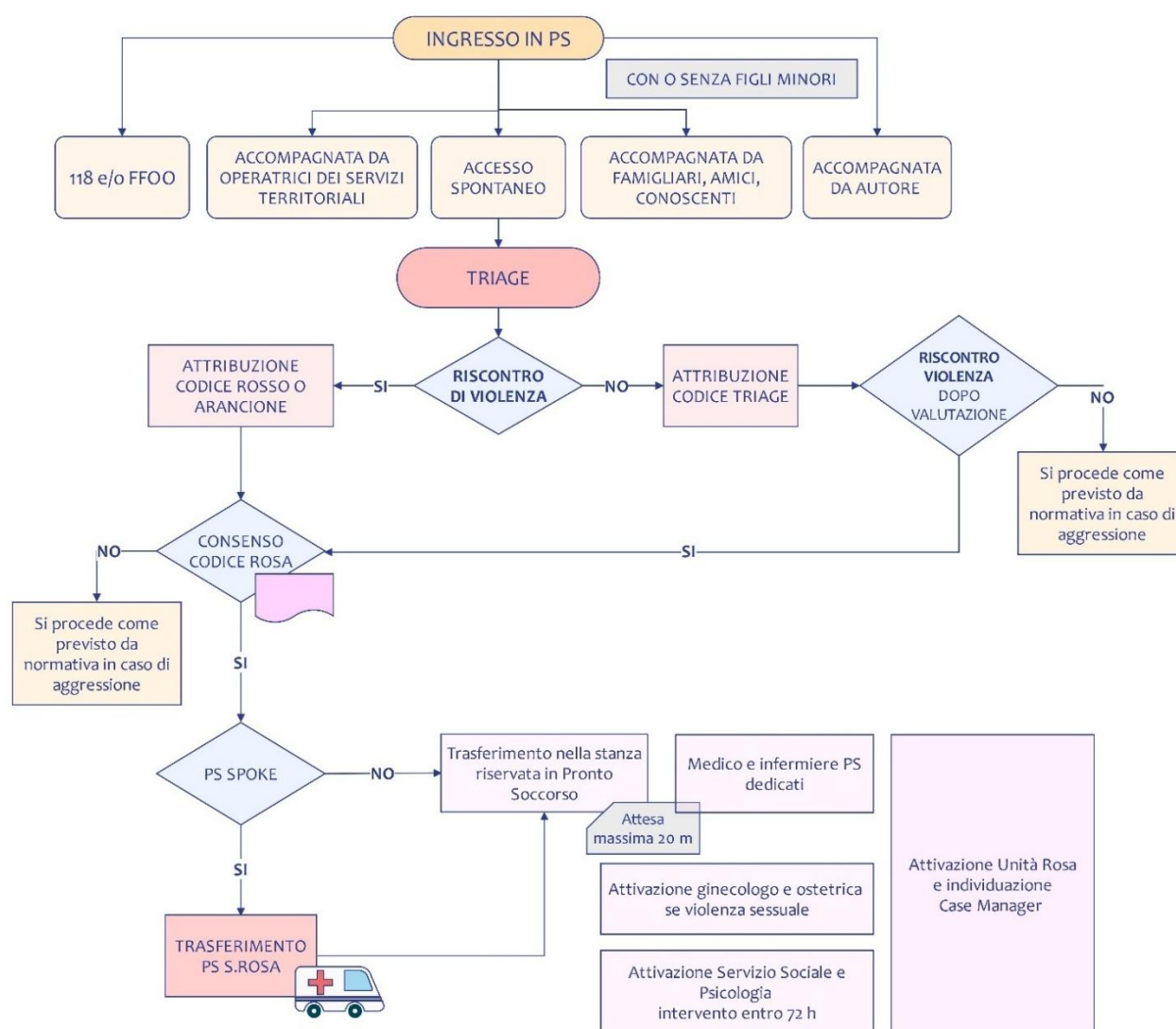
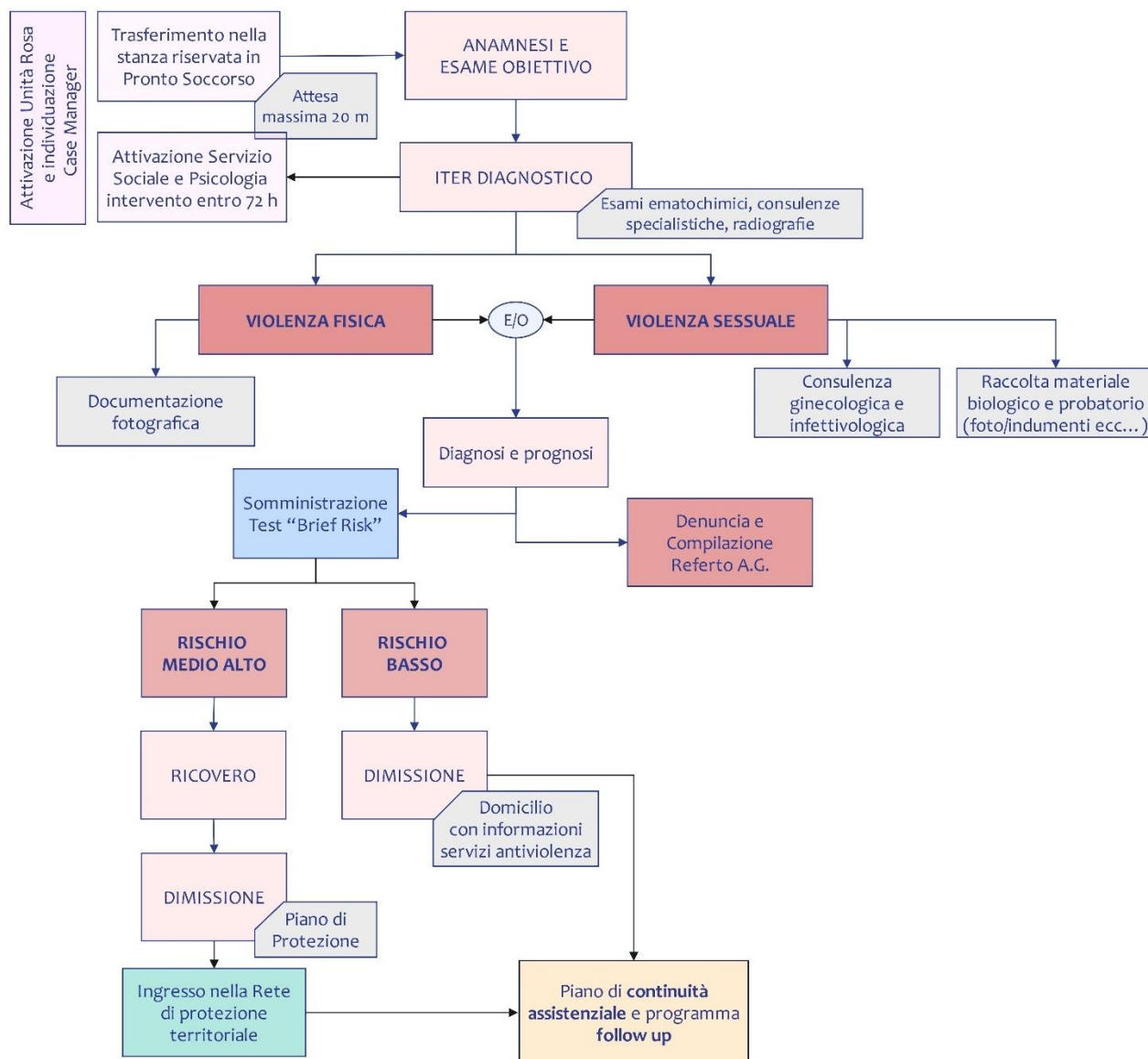


Diagramma di flusso 2. Percorso in Pronto Soccorso



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 22 a 60 e allegati

12. PASSAGGIO DAL PERCORSO IN EMERGENZA AL PERCORSO NON IN EMERGENZA

Il percorso di attivazione della Rete Antiviolenza Territoriale può avvenire:

- in continuità assistenziale post- intervento in emergenza direttamente dal Pronto Soccorso o dalla Unità operativa dimittente;
- per segnalazione e invio da altri servizi territoriali o ospedalieri aziendali;
- per accesso diretto della donna ad uno dei nodi della Rete (in autonomia o accompagnata da familiari, amici, conoscenti);

L'attivazione della rete extra ospedaliera avviene **sempre con il consenso della donna**, salvo casi in cui la legge imponga obbligo di segnalazione (minori, persone fragili, reati perseguibili d'ufficio). L'obiettivo è garantire **continuità, sicurezza e presa in carico multi professionale**.

La rete extraospedaliera si attiva quindi anticipatamente già **durante la permanenza della donna in ospedale/PS**, appena stabilizzate le condizioni cliniche, al termine del trattamento diagnostico - terapeutico la dimissione ospedaliera della donna avviene secondo la rilevazione del rischio come riportato nel paragrafo precedente.

Momento cruciale del percorso è l'intervento dell'Assistente Sociale, allertato dal case manager, per una valutazione tempestiva (non oltre le 72 ore) del contesto familiare, amicale e della rete di sostegno potenziale della vittima: elementi determinanti sia per l'orientamento successivo e la dimissibilità o meno della paziente dopo valutazione del rischio di re-vittimizzazione sia per una pronta risposta sul territorio (vedi tabella a pagina seguente).

Attivazione dell'Unità Valutativa Territoriale (UVDMI) del Percorso Rosa

L'**Unità Valutativa Territoriale (UVDMI) del Percorso Rosa** è un organismo multidisciplinare interno alla rete territoriale dell'ASL Viterbo che effettua la **valutazione integrata** al fine di definire un Progetto Individuale di Salute (PRIS) per le vittime di violenza che escono dal percorso ospedaliero o che accedono direttamente ai servizi territoriali. È parte integrante della **rete interdipartimentale**.

La UVDMI del percorso rosa, è composta da professionisti dei servizi territoriali della ASL e viene richiesta, rivolgendosi al servizio sociale aziendale competente per distretto direttamente dalla assistente sociale del servizio ospedaliero o del consultorio qualora la vittima venga intercettata in uno di questi ambiti. All'UVDMI partecipano se necessario i servizi sociali dell'Ente Locale e il medico di medicina generale e il case manager dell'Unità Rosa oltre ad altri professionisti coinvolti nel percorso e l'assistente sociale che ha gestito il caso.

Qualora la vittima venga intercettata da altro servizio territoriale l'operatore presente potrà interfacciarsi direttamente con l'assistente sociale del consultorio o l'assistente sociale di riferimento per l'ambito distrettuale che potrà procedere con la presa in carico del caso.

Il consenso della donna è sempre necessario.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 23 a 60 e allegati

Tabella 3. Intervento sociale

INTERVENTO SOCIALE	
Pre-assessment e assessment	- Raccolta anamnestica socio familiare - Disponibilità/Resistenza all'adesione al percorso di sostegno - Analisi della motivazione al cambiamento e del livello di consapevolezza della situazione di rischio/vulnerabilità. - Rilevazione di eventuali resistenze difensive (minimizzazione, negazione, sfiducia verso i servizi). - Definizione del grado di collaborazione attiva previsto. - Individuazione/Attivazione risorse: a) Personali: competenze individuali, capacità di problem solving, reti relazionali significative. b) Familiari: presenza di figure di supporto affidabili/non collusive, disponibilità all'accoglienza. c) Istituzionali: servizi territoriali (sociali, sanitari, educativi), supporto giudiziario e scolastico. d) Sociali e di comunità: associazioni, gruppi di auto-aiuto, reti di prossimità.
Piano di Protezione	Obiettivi: - Breve termine: messa in sicurezza e stabilizzazione della persona - Medio-lungo termine: rafforzamento delle capacità personali, promozione dell'autonomia e reinserimento sociale. Processo: a) Identificazione di fattori di rischio (violenza, isolamento, dipendenze, fragilità economica). b) Definizione di misure di protezione immediata (allontanamento, collocamento in struttura protetta, interventi delle Forze dell'Ordine). c) Monitoraggio di processo.
Attivazione UVMD-I	Entro 36–72 ore, l'Assistente Sociale, se lo ritiene opportuno, confrontandosi con l'Unità Rosa o con il servizio territoriale che ha intercettato il caso, richiede al distretto territorialmente competente una Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata (Allegato n.9) per l'immediata attivazione della rete territoriale e la definizione del progetto individualizzato.
L'assistente sociale cura inoltre il raccordo interistituzionale per gli ambiti di competenza in raccordo con l'Unità Rosa.	

Percorso di sostegno psicologico

Lo psicologo prende in carico la vittima per effettuare un percorso di sostegno psicologico dedicato al fine di costruire un progetto personalizzato di uscita dalla violenza. La presa in carico da parte dello psicologo può avvenire come continuità alla dimissione ospedaliera o come primo accesso ai servizi territoriali.

Alla donna verrà proposto di:

- effettuare un follow up con lo psicologo che ha gestito inizialmente il caso in ambito ospedaliero
- recarsi nel consultorio da lei scelto per le successive sedute di follow up

In ogni caso al momento della dimissione o all'uscita dal servizio territoriale che ha attivato il percorso la donna dovrà avere il calendario con gli appuntamenti successivi per la continuità delle cure.

Quindi nei consultori dovranno essere disponibili degli slot:

- sui cui i colleghi ospedalieri possano prenotare eventuali accessi in follow up post dimissione
- su cui inserire prime visite per la presa in carico da segnalazioni provenienti dal territorio.

Tale percorso fa anche parte di uno degli ambiti dei percorsi socioassistenziali specifici del consultorio - punto 5: "Interventi di contrasto alla Violenza di Genere" (DCA 12 maggio 2014 n. U00152 - "Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 24 a 60 e allegati

13. PERCORSO CONSULTORIALE

Il percorso all'interno del Consultorio prevede le seguenti fasi:

A. Accoglienza

La donna vittima di violenza che si rivolge al PUA o utilizza il n° di telefono dedicato, deve essere inviata c/o il Consultorio di competenza o di scelta della donna, con un appuntamento fissato dagli stessi operatori.

La donna vittima di violenza che accede direttamente al consultorio viene accolta da un operatore (Assistente Sociale, Psicologo, Ostetrica, Ginecologo) che, dopo la scheda di accoglienza, attiva il "Percorso per le donne che subiscono violenza" prendendo un appuntamento con l'Assistente Sociale.

Nel caso in cui la situazione presenti indicatori di emergenza sanitaria e/o la donna necessita di acquisire referti, va inviata al Pronto Soccorso dell'ospedale di Santa Rosa attraverso l'attivazione del 118.

B. Presa in carico presso il Consultorio

- Un primo colloquio di pre-assessment / assessment, effettuato dall'assistente sociale mirato a:
 - raccolta anamnestica socio familiare
 - somministrazione "Brief Risk Assessment for the Emergency Department – DA5" per definire la rilevazione del rischio di revittimizzazione (basso e medio/alto) (All.to n.7);
 - rilevazione violenza subita e rischi immediati, nonché un'eventuale situazione di limitazione della libertà personale, cui la donna può essere sottoposta;
 - verifica della presenza di minori;
 - effettuare una prima ricognizione e valutazione delle risorse proprie, delle reti amicali e parentali della donna;
 - dare informazioni chiare e corrette sulle Case emergenza/rifugio e i Centri antiviolenza, quali punti della rete specifici dedicati alla cura, alla presa in carico e alla messa in sicurezza e all'assistenza legale;
 - informare in merito alla possibilità e ai tempi per sporgere denuncia o querela;
 - mettere in contatto tramite l'operatore con lo Sportello di ascolto presso la Procura di Viterbo, con la Questura, i Carabinieri.
- Un secondo colloquio effettuato dallo psicologo finalizzato alla:
 - raccolta dell'anamnesi psicologica:
 - pregressa psicopatologia
 - psicoterapia attuale/pregressa
 - trattamento con psicofarmaci attuale/pregresso
 - valutazione:
 - Stato d'animo
 - Stato Cognitivo
 - Stato Comportamentale
 - Risorse personali (coping)
 - Risorse di contesto.

Dagli esiti del Brief Risk Assessment for the Emergency Department – DA5:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Rilevazione del rischio basso: L'assistente sociale e/o lo psicologo informano la donna sulla rete di accoglienza territoriale (Consultori - associazioni/centri antiviolenza presenti sul territorio) e quindi sulla possibilità di "presa in carico" della rete di assistenza e sulla possibilità di sporgere denuncia.

Rilevazione del rischio medio/alto:

- l'assistente sociale, rilevata l'impossibilità di rientro a domicilio della donna, prende contatti con il Comune di residenza e prospetta alla donna la possibilità di una protezione presso un Centro di accoglienza che provvederà a contattare;
- l'assistente sociale attiva la UVMi (All.to n. 11) convocando lo psicologo del Consultorio, l'assistente sociale del comune di residenza della donna e altri specialisti intervenuti:
 - Identificazione del case manager
 - Stesura di un progetto personalizzato condiviso con la donna, nel quale sono individuati gli interventi più appropriati ai suoi bisogni
 - Realizzazione degli interventi in collaborazione con gli altri soggetti/servizi della rete, firmatari del Protocollo d'intesa inter - istituzionale "Non aver paura" (Prefettura di Viterbo 10/06/2016)
 - Monitoraggio e verifica periodica del progetto.

Diagramma di flusso 3. Percorso Ambulatorio assistenza di prossimità CdC

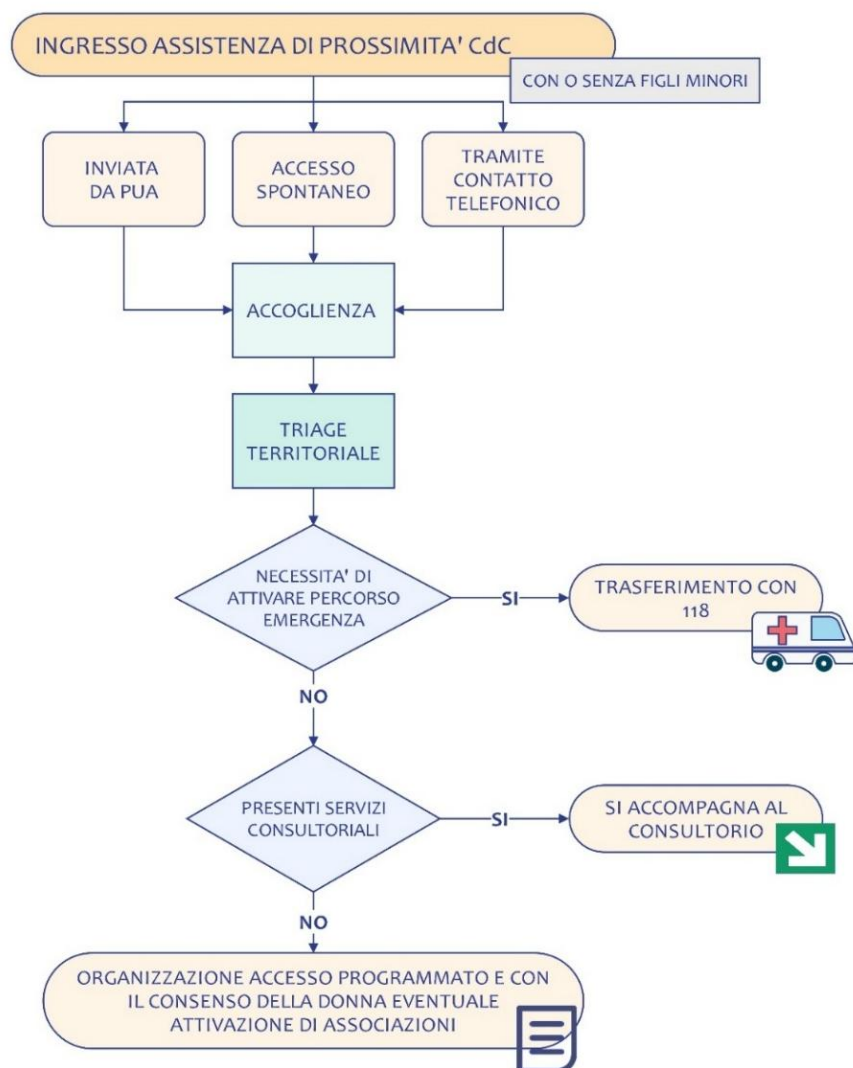
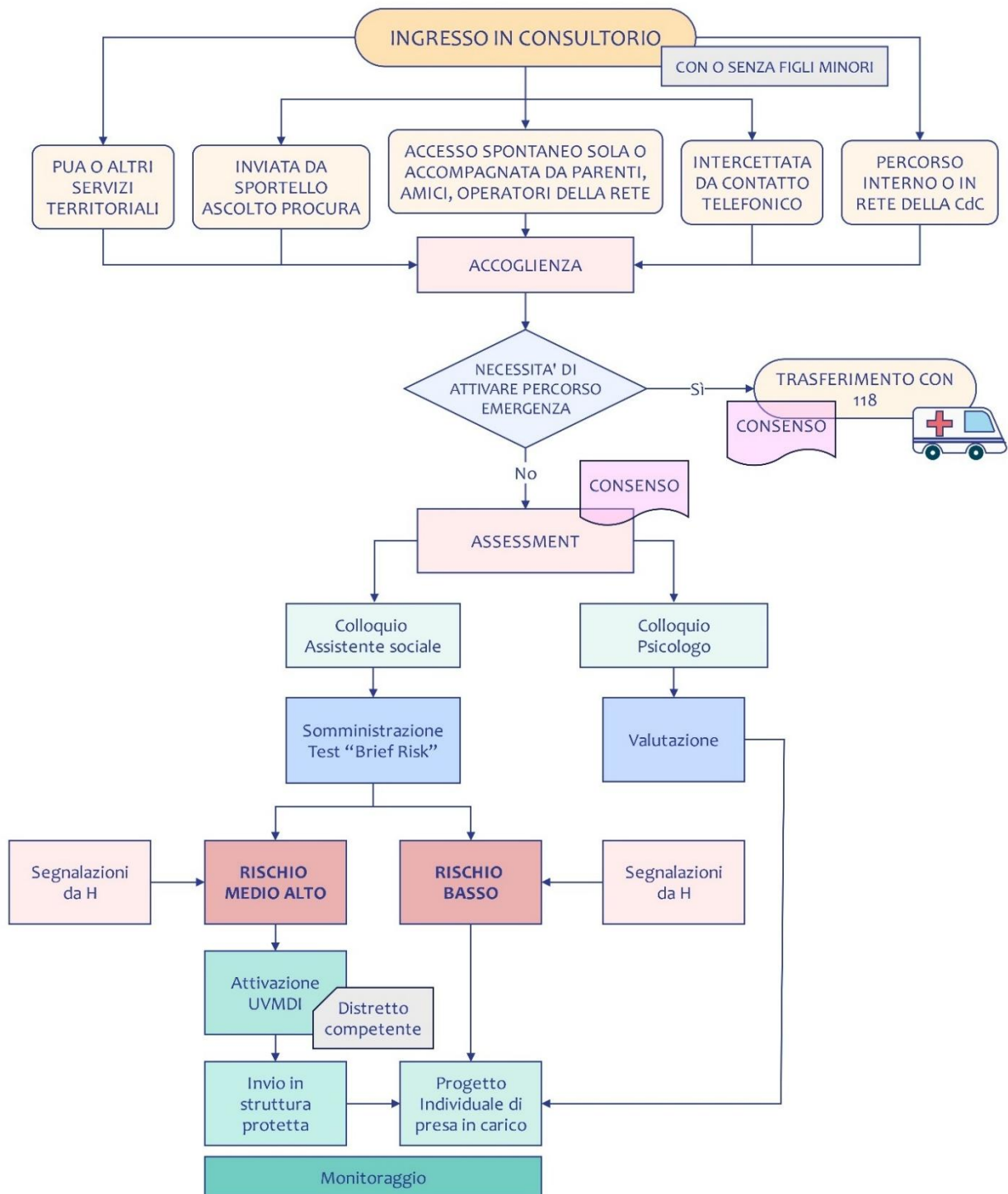


Diagramma di flusso 4. Percorso non in emergenza e continuità ospedale - territorio



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 27 a 60 e allegati

14. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

La **formazione professionale** e l'**aggiornamento continuo** di operatrici e operatori coinvolti nella *partnership* inter - istituzionale sono **indispensabili** e costituiscono un **obbligo normativo** per garantire una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione.

Tale necessità è esplicitamente ribadita sia a livello regionale che nazionale:

- **Linee Guida Nazionali (DPCM 24/11/2017):** Queste linee guida, che definiscono il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, pongono la formazione come uno dei pilastri fondamentali per l'implementazione efficace dei percorsi.
- **Convenzione di Istanbul (Legge 27 giugno 2013, n. 77):** La ratifica di questa Convenzione impone agli Stati firmatari di assicurare una formazione adeguata ai professionisti che si occupano delle vittime (Art. 15), al fine di prevenire e combattere tutte le forme di violenza.
- **Piano Strategico Nazionale contro la violenza maschile contro le donne (DPCM 7 luglio 2015 e successivi aggiornamenti):** Il Piano include l'investimento nella formazione come misura strategica essenziale per il miglioramento delle competenze e l'uniformità degli interventi.

Tutte le professionalità che entrano in contatto con i destinatari del “Percorso per le vittime di violenza di genere” – dal personale di **Triage** e **Pronto Soccorso** fino ai Servizi Sociali e alle Forze dell'Ordine – devono sviluppare competenze specifiche per:

- **Individuare e Intercettare:** Riconoscere i casi di violenza dichiarati, le situazioni di rischio e gli eventi sentinella (ad esempio, indicatori specifici di maltrattamento in ambito sanitario), in linea con il DCA 152/2014 (Regione Lazio) e il dettato delle Linee Guida Nazionali.
- **Fornire Assistenza Integrata:** Offrire assistenza specifica secondo un modello condiviso, garantendo il rispetto della *privacy* e la massima riservatezza (in conformità agli **Art. 622 c.p. - Segreto d'ufficio** e alla normativa sulla protezione dei dati personali), e attivando immediatamente una rete di servizi dedicati che operano secondo modalità integrate e inter - istituzionali.

I **moduli formativi** devono essere **obbligatori e multidisciplinari**, mirando a fornire:

- **Conoscenza di Base del Fenomeno:** Approfondita comprensione delle dinamiche della violenza maschile contro le donne, inclusa la violenza assistita (ex **Legge 119/2013, Codice Rosso**).
- **Modelli Operativi e Presa in Carico:** Competenze per l'applicazione rigorosa dei protocolli locali e dei modelli di *case management*, assicurando che tutti gli operatori conoscano gli **obblighi di referto** (Art. 365 c.p.) e i casi di procedibilità **d'ufficio**.
- **Strumenti di Valutazione e Quantificazione del Rischio:** Capacità di utilizzare e interpretare strumenti validati di *risk assessment* (DA5) per le vittime di stalking e maltrattamenti, fondamentale per determinare la necessità di misure protettive urgenti (come l'applicazione del Codice Rosso).
- **Supervisione e Supporto Clinico:** Percorsi strutturati di **supervisione dei casi clinici** per supportare gli operatori nella gestione emotiva e professionale di situazioni ad alto impatto.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

15. INDICATORI

Tabella 2. Indicatori di processo ed esito del Percorso in emergenza e del passaggio alla Rete territoriale

Area di Misurazione	Indicatore di Processo	Definizione/Obiettivo
Triage e Accoglienza	Tasso di screening e identificazione	Percentuale di donne che, pur non dichiarando violenza, sono state sottoposte a screening attivo e documentato.
	Corretta applicazione del Triage	Percentuale di accessi per violenza a cui è stato assegnato il codice di priorità corretto (es. Codice Rosa o equivalente dedicato).
	Utilizzo Stanza Dedicata	Percentuale di accessi per violenza gestiti integralmente nell'area/stanza riservata
	Tempestività della presa in carico	Tempo medio (in minuti) intercorso tra il triage e l'inizio della presa in carico nella stanza riservata.
Valutazione e Consulenza	Valutazione del rischio (Risk Assessment)	Percentuale di donne per le quali è stato compilato il protocollo strutturato di valutazione del rischio (DA-5)
	Consultazione Specialistica interna	Percentuale di donne che hanno ricevuto una consulenza specialistica in urgenza o differita (es. Ginecologica, Medico Legale).
	Rispetto dei tempi	Immediata Entro 24 h ricovero Entro massimo 72 ore intervento assistente sociale e psicologo e attivazione risposta territoriale.
Documentazione e Legale	Consenso informato e privacy	Percentuale di casi in cui è stato acquisito il consenso informato specifico (es. per raccolta reperti, contatto FFOO).
	Tasso di Corretta Custodia dei Reperti	Percentuale di casi in cui i reperti biologici o materiali sono stati raccolti e conservati in "catena di custodia" .
	Corretta Segnalazione Legale	Percentuale di casi in cui è stato correttamente adempiuto l'obbligo di referto o denuncia (Art. 361/365 C.P.), distinguendo i casi procedibili d'ufficio.
	Qualità della Registrazione Informatica	Percentuale di Cartelle Cliniche Informatizzata che riportano l'utilizzo del codice di accesso/percorso dedicato e la corretta classificazione diagnostica (es. codici ICD-10 per violenza).
Area di Misurazione	Indicatore di Esito	Definizione/Obiettivo
Salute e Sicurezza	Percentuale di vittime re-iterate	Misura l'efficacia a lungo termine nella prevenzione di ulteriori episodi di violenza (tramite follow-up).
	Dimissione in Sicurezza	Percentuale di donne per le quali è stata esclusa la dimissione con l'abusante o è stata attivata una soluzione di emergenza (es. accompagnamento FFOO, rifugio).
	Completezza della Prescrizione Terapeutica	Percentuale di donne che hanno ricevuto una profilassi appropriata e completa (es. TBC, HIV, contraccezione d'emergenza), ove clinicamente indicato.
Rete e Continuità di Cura	Tasso di Accettazione del Contatto con la Rete	Percentuale di donne che, dopo l'offerta del PS, hanno acconsentito alla trasmissione dei dati o all'incontro con i Servizi Antiviolenza o Sociali.
	Qualità della documentazione medico-legale	Percentuale di referti giudicati completi e utilizzabili da specialisti legali/autorità giudiziaria (per completezza dei dati e accuratezza della descrizione).
	Consegna del Materiale Informativo	Percentuale di donne a cui è stato fornito il kit informativo (riferimenti Centri Antiviolenza, 1522, diritti) al momento dell'uscita dal PS.
Qualità Percepita	Soddisfazione della paziente	Livello di soddisfazione espresso dalle pazienti riguardo all'accoglienza, al rispetto della riservatezza e all'assistenza ricevuta (tramite sondaggio o follow-up).

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 29 a 60 e allegati

Tabella 2. *Indicatori di esito e di processo rete territoriale*

INDICATORI DI ESITO
n. casi presi in carico/n. segnalazioni giunte al servizio consultoriale nell'unità di tempo
n. donne inviate alle diverse strutture/n. segnalazioni giunte al servizio consultoriale nell'unità di tempo
n. casi intercettati da strutture territoriali/unità di tempo
INDICATORI DI PROCESSO
n. UVM attivate dal Consultorio/n. segnalazioni giunte al servizio consultoriale nell'unità di tempo
n. operatori formati/n. operatori impegnati nella operatività di rete
n. casi intercettati da strutture territoriali/unità di tempo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 30 a 60 e allegati

APPENDICE 1 - PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

PROCEDURA PERCORSO "CODICE ROSA" IN EMERGENZA

MODELLO A TRE FASI

- Fase immediata di triage ed accoglienza
- Fase differita di intervento sociale e psicologico entro 72 ore
- Fase di "transizione e dimissione" con l'intervento di una equipe integrata ospedale-territorio

FASE IMMEDIATA: ACCOGLIENZA E TRIAGE

ACCOGLIENZA IN TRIAGE

- Valutazione della situazione in base ai criteri diagnostici per assegnazione Codice di pertinenza, raccolta dati anamnestici essenziali, assegnazione al team di intervento;
- Attivazione dell'unità rosa;
- Se donna vittima di violenza sessuale intervento della UOC di Ostetricia e Ginecologia per la presa in carico per quanto di pertinenza
- Accompagnamento della vittima in ambiente riservato, protetto, isolato dalla Sala Attesa utenti e accompagnatori (stanza riservata C.P.)

Il ruolo dell'Infermiere di Triage e la prima accoglienza

L'infermiere che raccoglie la dichiarazione o sospetta un vissuto violento deve limitarsi alle informazioni anamnestiche indispensabili. È cruciale evitare domande superflue a cui la donna sarà sottoposta successivamente, per evitarle di rivivere ripetutamente il trauma (vittimizzazione secondaria).

È importante che l'Infermiere di Triage sappia che la vittima può presentare un quadro emotivo e comportamentale complesso e talvolta incoerente. La donna potrà:

- Presentarsi in stato di confusione o disorientamento.
- Avere un'amnesia relativa all'evento.
- Apparire estremamente fragile e vulnerabile.
- Riferire vissuti di autosvalutazione, impotenza, inferiorità o vergogna per non essersi difesa.
- Piangere disperatamente oppure restare apatica, apparentemente priva di emozioni.
- Agire comportamenti difensivi apparentemente incongrui (riso, minimizzazione dell'accaduto, auto-attribuzione di corresponsabilità).
- Manifestare ansia, depressione, angoscia o essere perseguitata da flashback.

Standard di comportamento e setting

È fondamentale garantire, attraverso una formazione specifica, che la prima accoglienza sia effettuata con empatia, ascolto partecipato e sospensione del giudizio, restituendo alla vittima il suo valore di persona protagonista delle proprie scelte.

Il colloquio deve svolgersi in un setting adeguato che rispetti specifici standard:

- **Spazio protetto:** Garantire la dovuta riservatezza (es. stanza dedicata C.P. nel Pronto Soccorso dell'ospedale Santa Rosa).
- **Assenza di accompagnatori:** Chi accompagna la donna deve rimanere all'esterno per non interferire con la sua libertà di espressione.
- **Comunicazione chiara:** Utilizzare un linguaggio semplice. L'operatore deve qualificarsi, esplicitare il proprio ruolo e anticipare l'iter degli interventi proposti e le relative motivazioni.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 31 a 60 e allegati

- **Privacy:** Garantire la massima protezione dei dati della donna.
- **Mediazione culturale:** Per le donne straniere, attivare immediatamente le Mediatrici linguistico-culturali per una comunicazione efficace.

Obiettivi pratici della prima accoglienza (Triage)

1. **Rilevazione:** Identificare, anche tramite indicatori specifici, la violenza subita, i rischi immediati e l'eventuale limitazione della libertà personale. Parlare della violenza come "reato", sgombrando il campo da idee di corresponsabilità nella donna.
2. **Valutazione clinica:** Effettuare la valutazione ABCD, il rilevamento dei parametri vitali e l'esame fisico. Porre particolare attenzione a lesioni che facciano sospettare un'eziologia non accidentale (bruciature, morsi, lesioni su guance, orecchie, tronco, natiche e genitali).
3. **Preservazione delle prove (Aspetti Forensi):** Nella fase preliminare, evitare di far bere la paziente, di farla lavare o di detergerne le ferite. È essenziale non inquinare reperti biologici (saliva, urine, vomito) che potrebbero essere prove utili ai fini medico-legali.

Nota sulla tempistica: Nel rispetto dell'attribuzione del codice di triage e della sala visita, l'infermiere deve considerare gli aspetti forensi: in particolare nella violenza sessuale, le prove raccolte oltre le 72 ore dall'evento difficilmente saranno utilizzabili in ambito di laboratorio forense.

TRIAGE ED IDENTIFICAZIONE DEL TEAM MEDICO - INFERMIERISTICO DEDICATO

Il personale Infermieristico addetto al TRIAGE, dovrà avere una adeguata formazione professionale, tale da porlo in grado di procedere al riconoscimento di segnali di violenza anche quando essa non venga esplicitamente dichiarata: sarà essenziale inserire all'interno dei diversi setting clinici domande di routine capaci di fare emergere il fenomeno quando non direttamente raccontato dalla donna stessa.

È auspicabile che il personale del Pronto Soccorso, possa avvalersi di informazioni immediate relative ad eventuali precedenti accessi della vittima di violenza presso i PP.SS. di altri Ospedali o altri punti della Rete, tramite una allerta direttamente fornita dal sistema informatico di accesso relativo a situazioni che possano suggerire il ripetersi di condizioni di abuso, violenza o maltrattamento.

L'inquadramento delle condizioni psico-fisiche richiede che la donna venga accompagnata prima possibile nella stanza dedicata, lontana da possibili intrusioni; la presenza di accompagnatori è permessa solo in un secondo momento o su specifica richiesta della donna.

L'infermiere di Triage dovrà esplicitare il proprio ruolo, raccogliere il racconto fatto dalla vittima della violenza, le informazioni necessarie alla registrazione dei dati o consentire il proseguimento in anonimato, in attesa di individuare l'unità rosa tra il personale presente in servizio.

All'interno della valutazione di triage l'infermiere annoterà tra parentesi "PERCORSO CODICE ROSA".

La paziente verrà condotta nella stanza dedicata C.P. del Pronto Soccorso e sarà assistita da personale infermieristico, possibilmente femminile, formato e dedicato (parte dell'Unità Rosa) che si occuperà del caso fino a completamento del percorso.

L'infermiere di Triage o il medico di P.S. in caso, anche sospetto, di abuso sessuale attiva i consulenti della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia parte integrante, in questo caso, dell'Unità Rosa.

Valutazione Iniziale della paziente per individuazione codice triage

La valutazione si esplica, inizialmente, secondo lo schema ABCD, con rilevamento dei parametri vitali (A- Airways => Vie aeree e protezione del rachide cervicale — B- Breathing => Valutazione respiro e respirazione

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 32 a 60 e allegati

— C—Circulation => valutazione circolo e controllo emorragie — D —Disability => Disfunzioni Sistema Nervoso Centrale);

Successivamente si passa all'osservazione per la rilevazione di lesioni che possano far sospettare una natura del trauma non accidentale, se così riferito.

È necessario il rispetto di alcune norme di base al fine di non inquinare i reperti:

- Evitare di far bere la paziente
- Non farla lavare
- Non detergerne le ferite

Al termine della valutazione sarà possibile procedere alla assegnazione del CODICE TRIAGE secondo il seguente schema:

Violenza SESSUALE riferita o conclamata	CODICE 1 (Rosso)
Violenza SESSUALE sospetta	CODICE 2 (Arancione)
Violenza NON SESSUALE (o situazionale)	CODICE 2 (Arancione)

In tutti i casi di violenza sessuale conclamata o presunta, con lesioni traumatiche prioritarie, il consulente ginecologo e ostetrica verranno contattati per la presa in carico e l'esecuzione delle indagini ginecologiche in assenza di altre priorità cliniche.

Nella permanenza presso il Pronto Soccorso, durante l'attesa della donna, è compito del personale infermieristico di Triage e degli addetti alla Vigilanza, che verranno avvisati della circostanza in atto, evitare che la donna venga in contatto con eventuali accompagnatori o sopraggiunti, che possano farla desistere dall'intenzione di effettuare la visita.

ASSEGNAZIONE TEAM MEDICO-INFERMIERISTICO DEDICATO E INDIVIDUAZIONE DEL CASE MANAGER

Durante il percorso clinico - assistenziale la donna sarà assistita da un team medico-infermieristico dedicato che sarà costituito dal medico di sala di assegnazione (medico d'urgenza di sala visita Codice 1 o Codice 2) che farà parte dell'Unità Rosa. Il Case Manager sarà individuato nella figura di infermiere/ostetrica dell'Unità Rosa presenti e individuate per intervenire sul caso, secondo il bisogno prevalente espresso dalla donna.

Il medico di P.S. individuato come componente dell'Unità Rosa, esegue il colloquio con la donna, raccoglie il consenso informato (allegato 1, 2, 3), i dati anamnestici e fisici secondo le metodiche descritte di seguito, provvede immediatamente alla richiesta di consulenza Ginecologica in caso di sospetto o dichiarato abuso sessuale, provvede immediatamente alla richiesta di consulenza pediatrica in caso di presenza di minore in possibile violenza co-occorrente e/o in caso di necessità di ricovero della donna insieme al minore, provvede all'esecuzione degli accertamenti necessari e alla programmazione di altre consulenze per la valutazione multidisciplinare.

Sarà, poi, cura del Case Manager, garantire la continuità e seguire la vittima durante tutto il percorso clinico-assistenziale fino alla dimissione, trasferimento o affidamento ad altro Servizio, curando, per tutto il tempo, la correttezza e non ridondanza delle operatività.

Quando la donna verrà chiamata dal medico di sala, fatti salvi i casi in cui l'ingresso sia immediato in Sala Rossa, la donna verrà accompagnata dal personale per l'incontro con il medico in una stanza dedicata del pronto soccorso.

L'unità rosa, immediatamente al suo arrivo:

- Incontrerà la donna;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 33 a 60 e allegati

- Raccoglierà la storia della donna così come riferita, inserendo nel testo trascritto le stesse parole usate dalla vittima che appariranno come "virgolettate";
- Avrà cura di controllare la presenza e completezza del materiale contenuto nel KIT Ginecologico;
- Fornirà, dal Kit Ginecologico le buste per la raccolta e la conservazione del vestiario, degli elementi probatori;
- Una volta effettuata la chiusura dei Kit, consegnerà agli Agenti dell'AG intervenuta il Kit.
- Qualora gli Agenti riterranno di non acquisire il Kit, provvederà a garantirne la custodia presso un armadio di sicurezza.

Il relativo verbale entrerà a fare parte della cartella clinica della paziente e seguirà la vittima durante tutto il percorso assistenziale;

L'unità rosa attiverà, quando necessario, il servizio di mediazione linguistico-culturale, reperibile telefonicamente H24;

Qualora la vittima non sia già accompagnata dalle Forze dell'ordine, sarà necessario segnalare il caso al 112, che attiverà a sua volta i competenti organi di polizia giudiziaria: Carabinieri o Polizia di Stato.

La cartella clinica deve essere compilata in ogni sua parte, in modo che contenga tutti i referti degli esami ematochimici, biologici, delle consulenze, moduli e allegati previsti dalla procedura interna.

È fondamentale che tutto il personale sanitario che accoglie la vittima assuma un atteggiamento empatico, con sospensione di qualsiasi tipo di giudizio, caratterizzato da un ascolto attivo, non interpretativo, non enfaticizzante né minimizzante, di apertura e rispetto, avendo sempre chiaro che non è compito dei sanitari accertare la veridicità del racconto e l'attendibilità della vittima.

Da quanto detto, si evince quale sia la complessità clinica e la delicatezza dell'intervento professionale cui sono affidati:

- Il rilievo e l'identificazione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili;
- La diagnosi differenziale tra manifestazioni cliniche ad etiologia traumatica e/o patologica;
- La diagnosi differenziale tra lesione traumatica accidentale e non accidentale;
- La diagnosi differenziale tra lesioni patologiche naturali o indotte;
- La valutazione dell'ipotesi di reato e la perseguibilità d'ufficio o meno nel caso specifico.

VISITA MEDICA

All'atto della visita medica, sarà presente l'unità rosa ristretta (il medico d'urgenza e/o il ginecologo l'infermiera e/o l'ostetrica). Qualora siano presenti minori al seguito della donna, questi potranno restare nella stessa stanza, avendo cura di proteggerli e distrarli da situazioni potenzialmente, ulteriormente traumatizzanti.

Solo se espressamente richiesto dalla donna, può essere ammesso un unico accompagnatore come persona di supporto o di fiducia.

Dovrà essere limitata al minimo indispensabile la presenza di ulteriori figure professionali in sala, sia durante l'anamnesi, che durante la visita.

Sarà effettuata una visita medica in ottica forense ogni volta che:

- Una donna racconti una storia di violenza fisica o sessuale;
- Nell'ambito di una diagnostica differenziale, si riscontrino lesioni che possano essere correlate ad un sospetto di violenza fisica o sessuale;
- In caso si evidenzino esiti di traumi ripetuti;
- L'atteggiamento della donna si mostri particolarmente incoerente, reticente o falsamente compiacente.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 34 a 60 e allegati

Il Medico dovrà procedere secondo un'ottica traumatologico forense allo scopo di identificare e documentare quadri clinici riconducibili alla violenza e raccogliere i reperti di interesse medico legale a fini forensi. (*Codice di Deontologia Medica, 2014 - all'art.32 pone in capo a ciascun medico il dovere etico e deontologico di adoperarsi per la tutela dei soggetti fragili... quando siano vittime di maltrattamento)

Sarà di fondamentale importanza, mantenere un equilibrio operativo tra esigenze di indagine, obbligatorietà della denuncia, protezione della donna ed esigenze clinico terapeutiche perché l'accertamento della verità non esponga la donna ad una vittimizzazione secondaria.

ACQUISIZIONE CONSENSI INFORMATI

Prima di iniziare la raccolta anamnestica e il successivo esame obiettivo è fondamentale:

1. la descrizione dell'iter procedurale al quale la vittima di violenza di genere sarà sottoposta e della loro importanza sanitaria e medico-legale (indagini cliniche-strumentali e di prevenzione urgente delle malattie infettive)
2. l'acquisizione dei rispettivi consensi informati alla effettuazione delle procedure stesse, secondo modulistica allegata (Consenso informato All.to n.1 Italiano, All.to n. 2 Inglese, All.to n. 3 Francese).

Come prima cosa il medico dovrà qualificarsi ed esplicitare in modo chiaro il proprio ruolo, avere particolare cura nella spiegazione delle fasi del percorso che la donna andrà ad affrontare, rendendola edotta sull'importanza medico-legale delle procedure proposte e rassicurandola sulla riservatezza delle stesse e sulla libera possibilità di scelta.

Sarà necessario creare un contesto opposto a quello della violenza restituendo quindi alla vittima la possibilità di acconsentire o meno ad ogni fase dell'iter clinico.

È importante che l'informazione non sia unidirezionale e che la vittima abbia piena comprensione di quanto proposto. Ciò implica la necessità di modulare l'informazione in funzione del livello socioculturale della donna, procedendo ad una ripetuta verifica dell'effettiva comprensione di quanto detto. Si dovrà sollecitare la donna ad esplicitare dubbi o domande che possono sorgere in relazione alle varie procedure. Il Consenso Informato dovrà essere raccolto per:

- Il trattamento dei dati personali;
- L'effettuazione della visita;
- L'esecuzione di esami di laboratorio e strumentali;
- L'eventuale acquisizione di materiale fotografico;
- La somministrazione di terapie mediche;

Accanto all'informazione verbale, alcune procedure prevedono un consenso scritto, in particolare:

- Scheda anamnestica e visita medica;
- Raccolta materiale biologico sia a scopo clinico che per successive indagini di interesse giudiziario;
- Documentazione fotografica delle lesioni presenti;
- Trattamenti terapeutici effettuati.

COLLOQUIO PER RACCOLTA ANAMNESTICA

Durante il colloquio per la raccolta dell'anamnesi, occorrerà anticipare alla donna quali saranno i momenti e gli interventi che verranno posti in essere.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 35 a 60 e allegati

ANAMNESI

L'anamnesi deve essere raccolta dal medico che avrà fornito alla vittima informazioni circa il proprio ruolo riguardo l'obbligo al segreto ma anche riguardo gli obblighi di legge, in presenza dell'infermiere/Ostetrica dell'Unità Rosa. Deve essere redatta in modo chiaro e dettagliato utilizzando gli allegati che vanno compilati correttamente e in maniera completa, in particolare *Allegato 4* per il raccordo anamnestico, *Allegato 5* per la violenza fisica *Allegato 6* per la violenza sessuale.

Il Medico, raccoglierà complessivamente l'anamnesi specifica relativa all'evento occorso, l'anamnesi remota, la prossima, l'anamnesi ginecologica/ostetrica.

Nella raccolta anamnestica delle circostanze della violenza, anche quella sessuale, è fondamentale che la donna racconti degli eventi come accaduti, e che l'operatore non trascuri di trascrivere tra virgolette le sue parole.

L'anamnesi, raccolta con domande dirette, dovrà verificare:

- Data, ora e luogo dell'evento;
- Numero del/gli aggressore/i, conosciuti o no, tipo di legame/parentela con la vittima - presenza di testimoni;
- Minacce con o senza lesioni fisiche;
- Furto, presenza di armi, ingestione volontaria o coercitiva di alcolici o altre sostanze;
- Perdita di coscienza;
- Eventuale sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo;
- Eventuale penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta;
- Se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente;
- Penetrazione con oggetti;
- Uso di preservativo;
- Manipolazioni digitali;
- Tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- Precedenti visite da parte di altri operatori sanitari;
- Pulizia delle zone lesionate o penetrate;
- Cambio (e conservazione) degli slip o di altri indumenti;
- Minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (in base alle diverse modalità della violenza)

Andrà verificata, inoltre, la presenza di sintomatologia del tipo: 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.

Anamnesi Remota:

- Patologie note;
- Interventi chirurgici pregressi;
- Terapie domiciliari;
- Allergie.

Anamnesi Ginecologica/Ostetrica:

Epoca del menarca e carattere dei cicli mestruali;

Data e carattere dell'U.M. (eventuale stato di gravidanza — eventuale stato menopausale);

- Data ultima visita ginecologica;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 36 a 60 e allegati

- Parità e modalità dei parti;
- Precedenti rapporti sessuali ed ultimo rapporto consenziente;
- Metodo contraccettivo utilizzato;
- Patologie ginecologiche;
- Pregressi interventi chirurgici ginecologici;
- Precedenti diagnosi di MST (malattie sessualmente trasmesse) e conseguenti terapie effettuate;
- Precedenti episodi di violenza.

È fondamentale evitare qualsiasi ripetizione della raccolta anamnestica, pertanto sarà compito del Case Manager coordinare il lavoro in sala e le varie figure (specialisti/consulenti/assistenti sociali/forze dell'ordine) coinvolti nell'assistenza.

RACCOLTA DEGLI INDUMENTI/EFFETTI PERSONALI DELLA VITTIMA

Le Linee Guida Regione Lazio raccomandano la raccolta da parte del personale dedicato, degli indumenti o effetti personali della vittima che dovranno essere custoditi a temperatura ambiente come parte integrante del Kit ginecologico violenza sessuale seguendo le istruzioni riportate sulla confezione e, una volta completate tutte le procedure necessarie, consegnati agli Agenti delle Forze dell'Ordine intervenuti che rilasceranno relativo verbale di acquisizione, da allegare poi a cartella clinica, oppure conservato presso un armadio di sicurezza, chiaramente individuato, in attesa di ulteriori disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Esame ispettivo extra-genitale:

- Visionare tutto il corpo della donna facendo attenzione alle sue reazioni durante la visita, descrivendone sempre accuratamente lo stato d'animo;
- Cercare, descrivere e possibilmente documentare fotograficamente, tutte le lesioni presenti, specificandone l'aspetto, la forma ed il colore, le dimensioni e la sede. Eseguire una descrizione precisa e puntuale della sede, delle dimensioni e dei caratteri generali (colore, forma, profondità) delle lesioni, avvalendosi anche di un supporto che consenta di confrontare le dimensioni delle lesioni (ad esempio il riferimento metrico a disposizione nelle sale visita o un qualsiasi altro elemento di confronto tipo una moneta, uno strumento...)

Qualora si renda necessario avvalersi della consulenza degli specialisti sarà sempre il medico d'urgenza a coordinare i vari consulenti che si recheranno a visita nella sala dedicata alla donna.

Richiesta di consulenze di primo livello:

1) Consulenza Ginecologica

Esame obiettivo

Per la descrizione dell'esame obiettivo ginecologico, nei casi di violenza sessuale sospetta o accertata, verrà utilizzato lo schema grafico dell'esame obiettivo avendo cura di descrivere sistematicamente tutte le regioni anatomiche genitali.

Posizionata la paziente sul lettino ginecologico si procede alla visualizzazione e descrizione sistematica delle seguenti regioni anatomiche e delle lesioni ivi riscontrate:

regione vulvare;

- imene;
- meato uretrale;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 37 a 60 e allegati

- forchetta e perineo;
- regione anale;
- cavità orale

La visita potrà essere effettuata ad occhio nudo, preferibilmente con colposcopio.

Infatti, con una certa frequenza, stante la paura della donna rispetto ad ulteriori violenze fisiche conseguenti al rifiuto o resistenza all'atto, i segni genitali potrebbero essere di modesta entità e di dubbia interpretazione: l'uso del colposcopio aumenterebbe la visibilità di lesioni di più modesta entità. Raramente l'esame ispettivo permette di evidenziare segni di certezza di una avvenuta violenza sessuale, comunque l'assenza di lesioni genitali ed extra-genitali è in ogni caso compatibile con una violenza sessuale avvenuta.

Va segnalata la presenza di lesioni traumatiche contusive recenti (arrossamento, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento altro) specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo ed ano). L'imene andrà descritto specificando la presenza o meno di incisure che raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatiche contusive recenti. Può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale ed esame speculare. Le lesioni andranno documentate fotograficamente con macchina fotografica digitale. Su ogni foto dovrà comparire: data, ora, numero della foto, lesione documentata, area corporea. Le schede di memoria, qualora sia necessario, dovranno essere messe a disposizione dell'A.G.

2) Consulenza Pediatrica

Interviene nel caso di presenza di minore.

Raccoglie la storia anamnestica relativa all'abuso e prende informazioni sul possibile coinvolgimento del minore. Valuta l'eventuale apertura del Codice Azzurro (Delibera n. 806 del 10 giugno 2016) per violenza subita o assistita. In relazione alla accoglienza del minore il personale sanitario deve astenersi dal porre domande dirette sui fatti di reato o stimolare ricordi che potrebbero compromettere la genuinità della prova (art 362 cpp), limitandosi strettamente alle necessità assistenziali mediche e lasciando l'approfondimento investigativo alla modalità protetta indicata dalla procura.

Esegue l'esame fisico. Richiede accertamenti o esami radiologici se necessari.

Valuta l'eventuale necessità di attivare le autorità preposte. Predisporre i tempi di eventuali consulenze specialistiche e l'attivazione degli Assistenti sociali Polo.

Nei casi di rischio medio/alto indicato dal case manager per la donna o individuato il rischio medio/alto per il bambino, predisporre il ricovero della coppia madre-figlio all'interno della propria Unità Operativa. In questo caso sia per la madre che per il minore si può configurare il ricovero sociale, per la madre come ginecologia con appoggio presso la pediatria per rimanere insieme al figlio/i.

DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

La documentazione fotografica in un contesto di violenza di genere assume un valore fondamentale come prova documentale oggettiva in un procedimento penale o civile.

1. Carattere Probatorio e Valore Legale delle Immagini

Le fotografie eseguite dal personale sanitario/forense costituiscono una **prova documentale irripetibile**. La loro validità probatoria è strettamente legata al rispetto dei seguenti principi:

- **Autenticità:** Le immagini devono riflettere fedelmente la realtà dei fatti e devono essere conservate in modo da escludere qualsiasi possibilità di manipolazione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 38 a 60 e allegati

- **Oggettività:** La documentazione deve essere completa, neutrale e priva di interpretazioni, concentrandosi unicamente sulle tracce del trauma fisico.
- **Tracciabilità (Catena di Custodia):** Ogni immagine deve essere collegata in modo indissolubile ai dati temporali, al soggetto e all'operatore per garantirne l'integrità giuridica dalla raccolta alla presentazione in giudizio.

2. Condizioni e Procedura per l'Acquisizione Fotografica

A. Consenso e Rispetto della Privacy

- **Consenso Informato Specifico:** Ottenere dalla paziente un **consenso libero, specifico e informato** all'esecuzione e alla conservazione delle fotografie per **finalità probatorie e medico-legali**. Il consenso deve essere documentato per iscritto, evidenziando che l'immagine costituisce trattamento di dati sanitari altamente sensibili.
- **Diritto di Revoca:** Informare la paziente della facoltà di revocare il consenso in qualsiasi momento (fatto salvo l'obbligo di referto, se sussistente).

B. Tempistiche e Stato del Trauma

- **Priorità Pre-Trattamento:** La documentazione fotografica deve essere eseguita **prima di qualsiasi intervento medico, pulizia o manipolazione delle lesioni**, non strettamente vitale, al fine di cogliere l'esatto stato del trauma al momento dell'accoglienza.

C. Tecnica di Ripresa per l'Oggettività

- **Sviluppo Cromatico:** Utilizzare sempre la ripresa **a colori** per cogliere appieno le caratteristiche del trauma (ematomi, ecchimosi, tracce di DNA, ecc.).
- **Inquadratura Completa:**
 - **Identificazione del Soggetto:** Eseguire almeno una fotografia del **volto** (con inquadratura neutrale e se possibile con data stampigliata sulla foto o in sovraimpressione) per l'identificazione in sede di referto.
 - **Vista d'insieme:** Eseguire foto di campo largo per contestualizzare la zona traumatizzata.
 - **Dettaglio della Lesione:** Eseguire almeno **due fotografie di ogni singola zona traumatizzata** (una con angolazione diretta e una con angolazione obliqua) per cogliere la tridimensionalità e le caratteristiche specifiche della lesione.
 - **Angolazioni Variate:** Variare l'angolazione di ripresa per evitare ombre e distorsioni.

D. Misurazione e Scala Metrica

- **Quantificazione del Trauma:** Per definire con precisione le dimensioni di una lesione, includere nell'inquadratura un **righello metrico o un oggetto di dimensioni note** (non una moneta, ma un righello con misure ben visibili o una scala forense) adagiato sullo stesso piano della lesione. La presenza di una scala metrica è **essenziale** per la validità peritale.

E. Registrazione e Tracciabilità dei Dati

- **Registrazione dei Metadati:** Registrare in un file associato, in modo sicuro e non manipolabile, o in un registro cartaceo/digitale protetto, i seguenti dati:
 - **Data e Ora** precise dello scatto.
 - **Nome e Cognome della paziente** (o codice identificativo protetto).
 - **Nome e Qualifica del personale sanitario** che esegue le fotografie.
 - **Nome e Qualifica di un testimone** presente all'esecuzione degli scatti (se richiesto dalla procedura interna).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 39 a 60 e allegati

- **Conservazione:** Assicurare che i file digitali siano protetti da password e che i *backup* siano eseguiti in ambienti sicuri per garantire l'integrità della catena di custodia.

REPERTAIONE CAMPIONI BIOLOGICI PER L' AUTORITA' GIUDIZIARIA

KIT Ginecologico con Tamponi Genitali esterni e vaginali:

- n.2 tamponi a livello di grandi e piccole labbra: strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su n.2 vetrini il primo dei quali va strisciato su un vetrino da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca degli spermatozoi. Asciugare per circa 1 ora a temperatura ambiente i tamponi; segnalare se la vittima si è lavata. La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1-3 gg (retto e genitali esterni) fino a 7-10 gg (cervice);
- Tampone Vaginale cervicale (entro 7-10 giorni): prelevare il materiale dalla vagina e dalla cervice uterina con n. 2 tamponi. (Strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su n. 2 vetrini, il primo dei quali da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca degli spermatozoi. Asciugare per circa 1 ora a temperatura ambiente);
- Tampone Ano-rettale in caso di penetrazione anale (entro 5 gg): passare n. 2 tamponi inumiditi con soluzione fisiologica sulla cute anale e prelevare con altri n.2 tamponi il materiale presente nel canale rettale. (Strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su vetrini, il primo dei quali da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca degli spermatozoi. Asciugare per circa 1 ora a temperatura ambiente);
- Tampone Orale in caso di contatto oro-genitale (entro 24 ore): prelevare mediante l'utilizzo di n.2 tamponi l'eventuale materiale presente avendo cura di spazzolare gli spazi interdentali. (Strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su n. 2 vetrini, il primo dei quali da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca degli spermatozoi. Asciugare per circa 1 ora a temperatura ambiente);
- Tampone Cutaneo o sotto-ungueale, se vi è positività anamnesticca e la vittima non si è lavata: inumidire n.1 tampone con soluzione fisiologica sterile e strisciarlo sulla cute delle regioni indicate o sulle lesioni cutanee. Le unghie vanno in questo caso tagliate e conservate. Asciugare per circa un'ora a temperatura ambiente);
- Tamponi senza terreno di coltura per tipizzazione DNA;
- Campioni per Test Tossicologici e tipizzazione genica su richiesta della magistratura. In base all'evento occorso, nei casi di sospetta violenza sessuale o sospette ipotesi di maltrattamenti in famiglia, potranno essere effettuati esami tossicologici ematici o sulle urine e tipizzazione genica successivamente su richiesta della magistratura. È importante che i campioni a disposizione dell'autorità giudiziaria, raccolti in doppio per ulteriori e più sofisticate ricerche, siano conservati in modo adeguato per impedirne il deterioramento con le modalità idonee a garantire il compimento di tutti gli accertamenti e delle analisi che saranno ritenute necessarie. In ogni caso è obbligatorio conservarli in freezer per garantire una corretta conservazione delle prove ed è necessario etichettare in modo tale da garantire la tracciabilità e prevenire errori di attribuzione (garanzia sulla "catena delle prove").

L'Azienda dovrà definire le Procedure specifiche di organizzazione della rete per la conservazione di materiale biologico o di indumenti della paziente ed identificare i laboratori presso cui sia possibile effettuare esami tossicologici e tipizzazione genica su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

Per finalità cliniche, l'acquisizione dei campioni biologici, delle immagini fotografiche, per la prevenzione delle MST e della gravidanza indesiderata, verrà eseguita prima di effettuare la visita ginecologica.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 40 a 60 e allegati

CONSULENZA INFETTIVOLOGICA

Per quanto riguarda la consulenza infettivologica sarà il medico d'urgenza in accordo con il ginecologo a valutare l'urgenza della stessa, qualora se ne ritenga necessaria l'esecuzione immediata, verrà attivata la richiesta di consulenza infettivologica urgente previo contatto telefonico con il collega infettivologo di guardia, e compilazione richiesta di consulenza infettivologica.

PRELIEVI PER PROFILASSI INFETTIVOLOGICA:

- Tamponi senza terreno di coltura e vetrini per i prelievi vaginali e gli altri eventuali prelievi orali e/o rettali, utilizzando i tamponi asciutti;
- Tamponi con terreno di coltura per ricerca endocervicale *Neisseria Gonorrhoeae*;
- Tamponi orali (ove indicato) con terreno per *Neisseria Gonorrhoeae* + spermatozoi;
- Tamponi anali (ove indicato) con terreno per *Neisseria Gonorrhoeae* + spermatozoi;
- Tamponi specifici con liquido di trasporto e conservazione per biologia molecolare ricerca *Chlamydia Trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* (prelievo endocervicale e vaginale);
- Tampone a secco da stemperare in provetta con soluzione fisiologica per la ricerca a fresco di *Trichomonas* (prelievo vaginale);
- N. 2 vetrini per striscio vaginale per colorazione Gram;

Nel kit già predisposto si rinviene anche:

- 2 provette con tappo giallo per prelievi ematici di VDRL, HbsAg, HCV, Ab anti HIV (previa acquisizione consenso specifico), Beta-Hcg
- cartella riepilogo clinico
- materiale per prelievi sopraelencati e relativa modulistica
- verbale di consegna al laboratorio
- 1 busta di carta per la conservazione degli indumenti intimi della donna
- 3 pacchetti antimanomissione
- 1 mutanda usa e getta

PROFILASSI INFETTIVOLOGICA

Dovranno essere presenti farmaci necessari per:

- Profilassi MST:
 - Ceftriaxone 250 mg 1 fl. im o Azitromicina 1gr/os
 - Metronidazolo 2gr/os (Vagilen 8 cpr per os - NO nel 1° trimestre di gravidanza, procrastinabile se presente abuso alcolico)
- Profilassi HIV - Profilassi Post Esposizione (PPE) da somministrare prima possibile a vista.
 - Truvada 1 cp per os (fornire almeno 2-3 cp, da proseguire per 28 giorni)
 - Tivicay 50 mg 1 cp per os (fornire almeno 2-3 cp, da proseguire per 28 giorni)

Si avrà cura anche di fare mangiare subito la paziente dopo la somministrazione della terapia per la frequente comparsa di nausea. Il rischio di trasmissione di HIV varia a seconda della modalità di esposizione, massimo in caso di rapporto anale (fino al 3%), medio in caso di rapporto vaginale (0.1-0.2%), minimo nel rapporto orale (0.02%), ed aumenta in caso di traumi e sanguinamenti.

L'efficacia dell'eventuale profilassi con farmaco antiretrovirale è correlata alla tempestività della sua somministrazione (massima entro 1-4 h, riducendosi a nulla dopo le 72 h). Qualora iniziata, la profilassi va assunta per 28 giorni. È opportuno che la valutazione del rischio, la gestione della profilassi ed il conseguente

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 41 a 60 e allegati

follow-up della persona in trattamento vengano effettuati in un Centro di Malattie infettive, da uno specialista esperto per la rivalutazione del rischio, l'eventuale prosecuzione della terapia e la gestione del follow-up. Qualora la donna rifiuti la Profilassi Post Esposizione (PPE), verrà informata dallo specialista affinché la sua scelta sia consapevole.

- Profilassi infezione HBV
 - Soggetti protetti (HBsAb >10 mIU/ml) 4 NON NECESSARIA
 - Soggetti non protetti (HBsAb < 10mIU/ml):
 - Se paziente/fonte HBsAg positivo o non noto 4 Ig specifiche 0,06mL/Kg im + vaccinazione (vaccino ed IG i.m. possono essere somministrate contemporaneamente ma in siti di inoculazione diversi; in caso di mancanza di Ig i.m. è possibile utilizzare Ig specifiche e.v.)
 - Se paziente fonte HBsAg negativo 4 avvio ciclo vaccinale

La quasi totalità dei soggetti nati in Italia dopo il 1980 è stata sottoposta a vaccinazione anti-HBV.

Nei vaccinati con risposta anticorpale non nota è auspicabile che il risultato del test HBsAb preventivamente effettuato sia disponibile prima possibile. Le Ig specifiche vanno somministrate al massimo entro 7 gg ed il ciclo di vaccinazione entro 14 gg dall'esposizione. Per i già vaccinati potrebbe essere sufficiente un'unica dose (booster) di vaccino, per i non vaccinati la vaccinazione andrà completata eventualmente secondo lo schema del ciclo rapido (0,1,2,6 -12 mesi).

- Profilassi dell'infezione da HCV: non esistono misure di profilassi, sarà necessario il follow-up per dimostrare la non avvenuta trasmissione.
- Profilassi Antitetanica: secondo le indicazioni generali o Immunoprofilassi passiva con:
 - Ig G umane 1 ml contenente 250 UI
 - Ig G umane 2 ml contenenti 500 UI se peso > 90 Kg, se ferita non trattata entro le 24 ore o in caso di ferita particolarmente a rischio
- Profilassi Papillomavirus: somministrazione della prima dose di vaccino se non già ricevuta.
- Contraccezione d'emergenza:
 - Norlevo (levonorgestrel) 1,5 mg 1 cp per os in unica somministrazione entro 72 h
 - EllaOne (ulipristal) 1 cp per os entro 5 giorni
 - Applicazione di IUD se oltre il 5° gg dalla violenza sessuale

RICHIESTA DI ULTERIORI CONSULENZE DI SECONDO LIVELLO

Il Medico del Pronto Soccorso attiva tutte le consulenze specialistiche necessarie (ad es. ginecologica, ortopedica, chirurgica, infettivologica, psichiatrica, ecc.).

L'accesso alle consulenze avviene secondo le procedure aziendali vigenti e con la priorità imposta dalla condizione clinica della persona offesa.

L'INTERVENTO SOCIALE E PSICOLOGICO DELL'UNITÀ ROSA

Parallelamente alla gestione del percorso clinico assistenziale il case manager attiva gli ulteriori componenti dell'Unità Rosa ognuno per gli ambiti di competenza. Come già specificato in precedenza essendo stato adottato il modello a tre fasi, il coinvolgimento del Servizio Psicologico ospedaliero (disponibile dalle 8:00 alle 20:00 giorni feriali) e del Servizio Sociale (disponibile dalle 8:00 alle 17:30 giorni feriali) avverrà entro le successive 72 ore successive all'ingresso in PS.

Se la donna viene dimessa prima che queste figure intervengano verranno forniti alla donna gli appuntamenti per dei colloqui da tenersi comunque entro i tempi stabiliti come continuità del percorso ospedaliero o con invio al Consultorio di riferimento, sulla base della disponibilità della persona assistita.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 42 a 60 e allegati

INTERVENTI A CARATTERE SOCIALE

Nell'immediato l'intervento del servizio sociale riguarda la messa in sicurezza e stabilizzazione della persona e degli eventuali minori presenti, identificando i fattori di rischio (violenza, isolamento, dipendenze, fragilità economica), attivando anche successivamente la **UVMD-I** se necessario per l'immediata attivazione della rete territoriale e la definizione del progetto individualizzato e tenendo i rapporti con la rete inter – istituzionale in collaborazione con gli altri professionisti dell'Unità Rosa.

In caso di rischio basso organizza il percorso di continuità socio-assistenziale in dimissione in raccordo con il Distretto e l'Ente Locale di competenza.

In caso di rischio medio- alto collabora con la UVMDI per la definizione del Piano di protezione dopo aver collaborato alla messa in sicurezza della persona.

Ad ulteriore supporto dell'operatività potrà essere attivato il Servizio di Mediazione linguistico-culturale sulle lingue di maggiore diffusione anch'esso convertibile in situazioni di particolare gravità in accessi per consulenza on site.

INTERVENTO PSICOLOGICO

La Consulenza psicologica, insieme agli interventi medici, ginecologici e legali, garantisce una risposta integrata al fenomeno della violenza di genere riconoscendo e curando gli effetti fisici e psichici come esiti di un trauma ben definito, si struttura in:

A. Valutazione

- Stato d'animo
- Stato Cognitivo
- Stato Comportamentale
- Risorse di contesto
- Stile di coping

C. Supporto psicologico per la gestione dello shock traumatico acuto e delle reazioni emotive.

L'obiettivo è stabilizzare la persona per permetterle di prendere decisioni informate.

Nei casi di violenza assistita da minori, oltre ai bisogni della vittima si effettua consulenza psicologica dedicata anche per loro (codice Azzurro)

Follow Up psicologico (entro 15gg dalla dimissione): Lo psicologo intervenuto in consulenza al Pronto Soccorso programmerà un appuntamento di follow up entro 15 gg dalle dimissioni al fine di poter effettuare un monitoraggio dello stato d'animo e una rivalutazione dei suoi bisogni psicologici. Il controllo su scelta della donna potrà avvenire in ospedale con lo stesso professionista o nel consultorio scelto dalla vittima. In ogni caso la presa in carico successiva verrà affidata ai servizi consultoriali. In ogni caso lo psicologo che ha gestito il caso trasmette allo psicologo del consultorio di competenza una breve relazione dell'intervento psicologico svolto con i dati della vittima per futuri contatti.

Ruolo del Dipartimento Integrato di Salute Mentale (DSM-DP)

Il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP) assicura, attraverso i dirigenti medici psichiatri della UOC SPDC, attività di consulenza psichiatrica specialistica di secondo livello in Pronto Soccorso, esclusivamente su richiesta del medico dell'Area di Emergenza, con funzioni di valutazione clinica specialistica, orientamento diagnostico e definizione dei percorsi terapeutici appropriati.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 43 a 60 e allegati

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), nel rispetto del proprio mandato istituzionale orientato alla cura e all'assistenza di persone con disturbo psichico critico e grave, garantisce tale attività di consulenza anche nei casi di accesso per violenza di genere, qualora la persona presenti alterazioni dello stato psichico correlate al trauma o altri quadri clinici che richiedano valutazione psichiatrica specialistica, anche attraverso la predisposizione di interventi di rete.

Tale intervento si inserisce nel quadro previsto dal PDTA "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero" (Del. CS 1304/2023), assicurando continuità, appropriatezza e tempestività assistenziale.

REFERTO A.G. (AUTORITA' GIUDIZIARIA)

Per prima cosa é fondamentale ricordare la differenza tra Referto e Denuncia:

- Il Referto è l'atto con cui chi esercita una professione sanitaria o assistenziale comunica all'Autorità Giudiziaria un reato perseguibile d'ufficio di cui ha avuto notizia nell'esercizio delle sue funzioni.

Il Referto è obbligatorio per il sanitario (P.U./I.P.S.) per reati procedibili d'Ufficio.

Art. 365 c.p. (Omissione di referto)

Art. 334 c.p.p. (Obbligo Procedurale del Referto)

- La Denuncia è l'atto con cui chiunque (sia il privato che il Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio) porta a conoscenza dell'Autorità un reato. L'obbligo sorge specificamente per chi riveste determinate qualifiche.

Art. 361 c.p. (Omessa denuncia di reato da parte di un pubblico ufficiale):

Art. 362 c.p. (Omessa denuncia di reato da parte di un incaricato di pubblico servizio):

Art. 331 c.p.p. (Obbligo di denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio):

Art. 333 c.p.p. (Denuncia da parte di privati):

Atto	Soggetto Obbligato	Finalità	Articoli Principali
Referto	Esercenti professioni sanitarie	Segnalazione di reati perseguibili d'ufficio a seguito di assistenza	365 c.p., 334 c.p.p.
Denuncia	Pubblici Ufficiali / Incaricati di Pubblico Servizio	Segnalazione di reati perseguibili d'ufficio di cui si è avuta notizia per funzione	361 c.p., 362 c.p., 331 c.p.p.

Nello specifico riguardo la Violenza di Genere l'obbligo interessa tutti coloro che rivestono la qualifica di Pubblici Ufficiali (art.357 c.p.) o incaricati di Pubblico Servizio (art. 358 c.p.). L'obbligo di denuncia prevale sull'obbligo di segreto professionale (art. 622 c.p.; articoli 27, 97, 113 della Costituzione). Il medico e l'infermiere nell'esercizio della propria funzione, hanno sia l'obbligo di denuncia disciplinato dall' Art 331 c.p.p., (l'Art. 332 c.p.p. stabilisce **cosa** deve essere contenuto in tale atto) quando abbia il sospetto o la certezza di trovarsi di fronte ad un reato perseguibile d'ufficio, che l'obbligo di referto, disciplinato dall'art. 334 c.p.p. Il Referto è quindi un atto obbligatorio, e la sua inottemperanza configura a carico del Sanitario omettente, l'incriminazione per il delitto di omissione di Referto (art. 365 C.P.) che rientra nella categoria dei delitti contro l'Amministrazione della Giustizia, e che è punito con una pena pecuniaria, fino ad euro 516,00. Il referto deve essere inoltrato immediatamente alle Forze dell'Ordine, per consentire alla PG di chiamare il PM di turno senza ritardi come richiesto dalla direttiva della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Viterbo protocollo n. 2192/2025 avente per oggetto: "direttiva per la Polizia Giudiziaria in materia di reati di violenza di genere". Il referto, completo in ogni sua parte, dovrà essere inoltrato immediatamente al Commissariato della Polizia di Stato oppure alla Compagnia Carabinieri tramite PEC.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 44 a 60 e allegati

La **Legge 19 luglio 2019, n. 69 (c.d. Codice Rosso)** è intervenuta in maniera incisiva sul Codice Penale con l'obiettivo primario di **rafforzare la tutela delle vittime** di violenza di genere.

L'elemento chiave della riforma consiste nell'introduzione della **procedibilità d'ufficio** per diversi reati che in precedenza richiedevano la querela di parte, specialmente in presenza di circostanze aggravanti specifiche. Tale modifica normativa è stata introdotta per contrastare l'elevato rischio che le vittime, trovandosi in una condizione di **soggezione psicologica o fisica** (in particolare se dipendenti dall'autore del reato), non riescano o non vogliano esercitare i loro diritti processuali.

In questo modo, lo Stato intende:

1. **Scongiurare** che la vittima, a causa della coercizione subita, **ritiri la querela** dopo averla presentata.
2. **Impedire** che la vittima **non proponga affatto la querela** o, per la difficoltà del contesto, **lasci scadere il termine perentorio** stabilito dalla legge (ad esempio, i 6 o 12 mesi, a seconda del reato).

<u>Vittima</u>	<u>Reato</u>	<u>Procedibilità Attuale</u>	<u>Termine per la Querela</u>	<u>Note Aggiuntive</u>
Maggiorenne	Violenza sessuale (Art. 609-bis c.p.)	A Querela di Parte	12 mesi	La procedibilità è d'ufficio se sussiste una delle aggravanti previste dall'art. 609-septies (es. reato commesso da Pubblico Ufficiale, o con armi, o ai danni di persona in condizioni di inferiorità fisica o psichica).
Maggiorenne	Violenza sessuale di gruppo (Art. 609-octies c.p.)	D'Ufficio	Non applicabile	La procedibilità è sempre d'ufficio per la gravità intrinseca del reato.
Maggiorenne	Atti persecutori (Stalking) (Art. 612-bis c.p.)	A Querela di Parte	6 mesi	La procedibilità è d'ufficio se: 1. Il fatto è connesso con altro reato procedibile d'ufficio. 2. È commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità. 3. Le minacce sono reiterate nei modi previsti dall'art. 612 c.p., comma 2 (ad esempio se le minacce sono gravi).
Maggiorenne	Lesioni personali (Art. 582 c.p.)	A Querela di Parte	3 mesi (dopo Riforma Cartabia)	Se le lesioni sono lievi (malattia non superiore a 20 giorni) e non ci sono aggravanti particolari, si procede a querela.
Minorenne / Donna in gravidanza / Persona con disabilità	Atti persecutori (Stalking) (Art. 612-bis c.p.)	D'Ufficio	Non applicabile	La procedibilità d'ufficio è prevista per l'aggravante legata alla condizione della vittima (Codice Rosso).
Tutte le vittime	Lesioni Gravissime (Art. 583 c.p.)	D'Ufficio	Non applicabile	La procedibilità è sempre d'ufficio.
Minorenne	Violenza sessuale (Art. 609-bis c.p.)	D'Ufficio	Non applicabile	La procedibilità è sempre d'ufficio.
Familiare o convivente	Maltrattamenti in famiglia (Art. 572 c.p.)	D'Ufficio	Non applicabile	La procedibilità è sempre d'ufficio

Grazie alla procedibilità d'ufficio, l'azione penale può essere avviata e proseguita **autonomamente** dall'Autorità Giudiziaria non appena giunta notizia di reato, a prescindere dalla volontà della persona offesa. I reati possono essere perseguibili secondo due tipi di procedibilità:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 45 a 60 e allegati

- A querela di parte: Il procedimento si avvia solo con la Querela della persona offesa. Se la Querela manca, non si può procedere
- Procedibilità d'ufficio: Il procedimento inizia non appena la Procura o qualsiasi Autorità riceve notizia di Reato, anche senza la querela della vittima.

Nei casi sospetti, qualora vi sia il dubbio circa la procedibilità di ufficio del delitto che si ipotizza, e soprattutto, se le vittime sono minorenni o il paziente risulta avere fatto altri accessi al Pronto Soccorso in precedenza, è sempre opportuno l'inoltro del referto alla autorità giudiziaria.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE

I professionisti costituenti l'Unità Rosa sono tenuti a effettuare sempre una valutazione dei fattori di rischio di re-vittimizzazione, al fine di porre in atto misure di prevenzione della recidiva e protezione della vittima, come da indicazioni nazionali e regionali con l'utilizzo di procedure standardizzate e validate.

Strumento di valutazione proposto per i Servizi di Emergenza per la Valutazione del rischio di revittimizzazione è l'Indicatore DA5 - Brief Risk Assessment for the emergency Department — DA5 (Snider et al., 2009) Studio RA VE (Risk Assessment Validation Evaluation (Rohel et al., 2005). Si tratta di uno strumento che consente identificare efficacemente e tempestivamente le vittime a basso e medio/alto rischio. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave. In tal caso è indicato trattenere la donna in ambiente ospedaliero per un tempo che va dalle 36 alle 72 ore e attivare la eventuale ricerca di una situazione alloggiativa per il periodo successivo (Allegato n. 7).

In caso di rilevazione del rischio medio/alto.

L'Unità Rosa prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore (come previsto dalle Linee Guida Nazionali DPCM 24/11/2017) o di una protezione in un centro di accoglienza.

Il medico di pronto soccorso referente per il caso, coadiuvato dal case manager dell'unità rosa predispone il ricovero (come ricovero sociale se non presenti altre necessità cliniche), preferibilmente nell'Unità di degenza di ostetricia e ginecologia, o di pediatria se presenza di minori, altrimenti in una unità di degenza di area medica a bassa intensità di cura come ricovero per fragilità (violenza sugli anziani o disabili), al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza in attesa della presa in carico territoriale. Il ricovero deve avvenire entro le 24 ore dall'accesso in PS ed entro 72 ore devono essere portate a termine le procedure necessarie per la dimissione in ambiente protetto.

In caso di presenza di minore, il case manager verifica che vengano richieste tutte le consulenze e gli accertamenti necessari al suo inquadramento clinico e fisico e successivamente richiede l'intervento del pediatra per il minore in previsione del ricovero presso la UOC Pediatria. Il case manager terrà presente che la donna può accedere al ricovero presso la UOC di Pediatria solo in condizioni psichiche stabili e in assenza della necessità di cure o interventi medici, potendo portare a termine presso l'Unità accogliente, le sole valutazioni del consulente psicologo, dell'Assistente sociale e delle Autorità preposte.

In caso di rilevazione del rischio basso:

La donna potrà essere dimessa dopo aver ricevuto tutte le informazioni sui servizi offerti dalla Rete territoriale antiviolenza, incluso l'opuscolo con gli eventuali contatti telefonici. Prima della dimissione verrà organizzato il follow up degli interventi psicologici, eventuali futuri contatti con il servizio sociale, eventuali controlli clinici necessari ed un possibile primo contatto con le Associazioni di genere.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 46 a 60 e allegati

Le Associazioni sono garanti di un approccio adeguato nell'accoglienza e sostegno con standard qualificati nella presa in carico delle vittime, nonché nella promozione nei territori della prevenzione e contrasto alla violenza nei confronti delle donne (DGR Lazio 614 del 18/10/2016). Garantiscono la formazione e le specifiche competenze di lettura della violenza in un'ottica di genere, nonché la fruibilità e accessibilità per tutte le vittime, senza alcuna discriminazione riferita a razza, colore, lingua, religione, opinioni politiche o di qualsiasi altro tipo, origine nazionale o sociale, appartenenza a minoranze, censo, nascita, orientamento sessuale, età, disabilità, status di migrante o rifugiato.

VALUTAZIONE DI POSSIBILITA' DI DIMISSIBILITA' E/O AFFIDAMENTO A SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI

Se si rende necessaria la messa in sicurezza della paziente, o se la donna **non è certa di voler tornare** a casa e non può o non vuole essere provvisoriamente ospitata da parenti o amici, le possibilità da monitorare a cura del Case Manager, sono:

- Ricovero nell'Unità di degenza più indicato secondo quando indicato nei paragrafi precedenti, con opportuna comunicazione ai Servizi Sociali ed alle FF.OO;
- Attivazione dei CAV per la messa in sicurezza della vittima di violenza per un eventuale trasferimento in Casa Rifugio o Casa Accoglienza;
- In alternativa se la donna ha la disponibilità può essere ospitata da parenti o amici:

In ogni caso vanno forniti tutti i riferimenti dei CAV e delle strutture territoriali sociosanitarie competenti invitando la donna a fare riferimento a tali assetti organizzativi in caso di necessità.

Il Case Manager che ha avuto in carico la vittima di violenza, di concerto con l'Assistente sociale del servizio ospedaliero, contatterà i servizi territoriali di competenza per aggiornarli sul percorso scelto dalla donna e definire eventuali appuntamenti successivi.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE SECONDO ICD9-CM CODIFICATA

Il medico che redige il verbale di dimissione della donna, è tenuto ad utilizzare i codici di diagnosi principale e secondaria attenendosi a quelli disponibili nell'ambito del sistema ICD9-CM. Questo, oltre a garantire una corretta codificazione della problematica, consentirà anche di monitorare il fenomeno della violenza e la corretta applicazione della procedura. I codici da utilizzare sono i seguenti:

- 995.50 abuso/maltrattamento su minore
- 995.53 abuso sessuale su minore
- 995.80 abuso/maltrattamento su adulto
- 995.83 abuso sessuale adulto
- 995.51 violenza psicologica su minore

ASSEGNAZIONE DELLA PROGNOSI

La prognosi deve sempre essere assegnata dal medico che redige la cartella clinica alla chiusura della stessa. Verranno valutate al momento dell'assegnazione, lo stato d'animo, lo stato fisico e il danno che la paziente presenta come conseguenza dell'evento di cui è stata vittima.

DIMISSIONE

Compito dell'Unità Rosa quello di valutare la dimissibilità clinica e logistica della vittima di violenza e il suo possibile rientro a domicilio. Se giudicato a rischio di revittimizzazione, trattenere in ospedale per il tempo consentito e contattare il Servizio Sociale per il Piano di Protezione.

- Attivare e predisporre, dando anche indicazioni temporali, il follow-up clinico necessario;
- Descrivere la diagnosi testuale e la correlazione con l'evento subito;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 47 a 60 e allegati

Sulle note alla dimissione dovranno essere indicate:

- sede, data, orario e modalità per il ritiro degli esiti degli esami eseguiti, da allegare poi alla cartella clinica nonché degli esiti degli esami microbiologici;
- ulteriori informazioni in merito al ritiro dei referti per HIV che dovranno essere consegnati personalmente all'interessata da parte del Medico del Servizio di Sorveglianza;
- indicazioni sulla possibile data del ritiro della cartella clinica che dovrà essere consegnata alla donna direttamente dal Medico;
- informazioni sull'appuntamento fissato presso U.O. di malattie infettive per il monitoraggio delle MST. Presso tale servizio la donna eseguirà la prima visita infettivologica (se non già eseguita in consulenza durante la permanenza in ospedale), il counselling, la programmazione del follow-up e del proseguimento della terapia PPE avviata;
- svolgere un'azione di sensibilizzazione, dando informazioni relative alla presenza sul territorio di Centri di Assistenza ed Accoglienza onde assicurare alla donna la possibilità di un contatto diretto con gli operatori dei Centri Antiviolenza operanti sul territorio, magari consegnando anche materiale informativo contenente indirizzi e contatti telefonici dei Servizi/Centri appartenenti alla Rete Inter Istituzionale Antiviolenza;
- identificare il nodo della Rete Antiviolenza che, concordemente con la donna, risulti il più idoneo in base alla decisione o meno di avviare l'iter per lo svincolo dalla violenza.

Allo scopo dovranno essere a disposizione tutti i riferimenti necessari, i recapiti telefonici ed indirizzi utili.

Nelle note della dimissione, è importante annotare sempre il numero verde 1522, cui le donne possono rivolgersi in caso di necessità H24, sia da telefono fisso che mobile.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

CHECK-LIST DELLE AZIONI MEDICO-LEGALI E CLINICO-ASSISTENZIALI IN PRONTO SOCCORSO

La seguente *check-list* deve essere integralmente compilata per garantire la corretta e completa gestione della vittima di violenza di genere, in conformità con le Linee Guida Nazionali (DPCM 24/11/2017) e i doveri professionali.

Fase	Azione Effettuata	Stato
I. Accoglienza e Amministrativa		
	Identificazione e Riservatezza: Sono stati controllati i dati anagrafici della paziente (con eventuale copia del documento), assicurando l'accesso alla Stanza Protetta/Codice Rosa .	☐
	Consenso Informato: È stato raccolto il consenso informato specifico per la visita, i prelievi e, separatamente, per l'eventuale trasmissione dei dati alla rete assistenziale esterna.	☐
II. Anamnesi e Documentazione Legale		
	Anamnesi Circostanziata: È stata raccolta l'anamnesi in modo completo, descrivendo chiaramente i fatti, le modalità dell'aggressione e l'identità/relazione con l'aggressore (se nota).	☐
	Esame Obiettivo Generale: È stato eseguito l'esame obiettivo generale, con descrizione dettagliata e localizzazione delle lesioni presenti sull'apposito schema corporeo (o fotografico).	☐
	Documentazione Medico-Legale: È stata eseguita una corretta raccolta del materiale probatorio e fotografico , assicurando la catena di custodia dei reperti (Art. 334 c.p.p.).	☐
III. Valutazione Specialistica e Rischio		
	Valutazione Rischio Re-vittimizzazione: È stata eseguita la somministrazione del Test di Valutazione del Rischio (Brief Risk) .	☐
	Esame Ginecologico/Specialistico: È stato eseguito l'esame obiettivo ginecologico o specialistico (ove necessario e solo previo consenso).	☐
IV. Prelievi e Profilassi		
	Prelievi Base: Sono stati eseguiti prelievi ematici (es. per valutazione e tracciamento) e batteriologici.	☐
	Ricerca MST/Spermatozoi: Sono stati eseguiti tamponi per la ricerca di spermatozoi e per la raccolta del materiale genetico e tamponi per la ricerca di malattie sessualmente trasmesse (MST) .	☐
	Tossicologici: Sono stati eseguiti esami tossicologici (quando clinicamente o legalmente richiesti e previo consenso).	☐
	Profilassi: È stata proposta e avviata la profilassi per le MST e, se applicabile, per l'esposizione a patogeni (es. HIV, TBC).	☐
	Contraccezione d'Emergenza: È stata proposta la contraccezione d'emergenza e fornita la relativa consulenza.	☐
V. Rete e Follow-up		
	Referto all'A.G.: È stato inoltrato il Referto alla Autorità Giudiziaria (Procura/FFOO) nei tempi e nei modi previsti dalla legge (Art. 365 c.p.) obbligatorio per i reati procedibili d'ufficio.	☐
	Valutazione di Sicurezza: È stata valutata la dimissibilità in sicurezza e il possibile rientro a domicilio della vittima, attivando le Forze dell'Ordine o i servizi di protezione se necessario.	☐
	Comunicazione Servizio Sociale: È stata data comunicazione immediata al Servizio Sociale per l'avvio della presa in carico.	☐
	Attivazione Follow-up: Sono stati attivati i follow-up clinici necessari (es. MST, HIV) e fornito il piano assistenziale post-dimissione.	☐
	Materiale Informativo: È stato fornito alla paziente il materiale informativo con i riferimenti della Rete Antiviolenza e il Numero Verde 1522.	☐

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 49 a 60 e allegati

APPENDICE 2 - PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO (Fondamento Giuridico della Procedura)

A. Diritto Internazionale ed Europeo

- **Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Istanbul, 11 maggio 2011).**
- **Dichiarazione sulla eliminazione della violenza contro le donne (1993 ONU).**
- **Piattaforma d'azione approvata dalla IV Conferenza mondiale sulle donne (Area critica D — la violenza contro le donne) (1995 ONU).**
- **Risoluzione dell'Assemblea mondiale della Sanità "Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica" (1996 OMS).**
- **Risoluzione dell'Assemblea generale "Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne" e "Le strategie modello e le misure pratiche sulla eliminazione della violenza contro le donne",** allegate alla Risoluzione (1998 ONU).
- **Sintesi del Protocollo facoltativo** (firmato al 31/7/2001 da 72 Paesi), relativo alla "Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne" (1999 ONU).
- **Risoluzione della sessione speciale dell'Assemblea generale "Donne 2000: uguaglianza tra i sessi, sviluppo e pace per il ventunesimo secolo" (Introduzione e area critica D — la violenza contro le donne) (2000 ONU).**
- **Risoluzione sulla violenza contro le donne (1986 UE).**
- **Gruppo di esperte nominate dal Comitato Guida per l'eguaglianza fra donne e uomini (CDEG) del Consiglio d'Europa: Sintesi del "Piano d'azione per combattere la violenza contro le donne" (1997 UE).**
- **Risoluzione sulla "Necessità di organizzare una campagna a livello dell'Unione Europea per la totale intransigenza nei confronti della violenza contro le donne" (1997 UE).**
- **Risoluzione sulla violenza contro le donne e "Programma Daphne" (1999 UE).**
- **Risoluzione del Parlamento europeo sulla 57a sessione della commissione sullo status delle donne (CSW) delle Nazioni Unite: prevenzione ed eliminazione di ogni forma di violenza contro le donne e le ragazze (2012/2922(RSP)).**
- **Violence against women — Victim support. Main Findings 2013** (Review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States, 2013).
- **Risoluzione del Parlamento europeo del 25 febbraio 2014** recante raccomandazioni alla Commissione sulla lotta alla violenza contro le donne (2013/2014(INL)).
- **Decisione N. 293/2000/CE** relativa a un "Programma d'azione comunitario sulle misure preventive intese a combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne" (2000-2003) (2000 UE).
- **Raccomandazione Rec (2002)** del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla salvaguardia delle donne dalla violenza (2002 Consiglio d'Europa, pag. 125).
- **Raccomandazione 92/131/CEE della Commissione del 27 novembre 1991** e Dichiarazione del Consiglio del 19 dicembre 1991, relativa all'applicazione della Raccomandazione della Commissione sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini nel mondo del lavoro.
- **Direttiva 97/80/CE del Consiglio del 15 dicembre 1997,** riguardante l'onere della prova nei casi di discriminazione basata sul sesso.
- **Direttiva 2000/43/CE del Consiglio del 29 giugno 2000,** che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	 REGIONE LAZIO Pag. 50 a 60 e allegati
--	---	---

B. Normativa Italiana: Leggi Speciali

- **Legge 2 dicembre 2025, n. 181**, "Introduzione del delitto di femminicidio e altri interventi normativi per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e per la tutela delle vittime"; richiamata dalla direttiva della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Viterbo protocollo n. 2192/2025 avente per oggetto: "direttiva per la Polizia Giudiziaria in materia di reati di violenza di genere".
- **Legge 19 luglio 2019, n. 69**, "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" (c.d. **Codice Rosso**).
- **Legge 15 ottobre 2013, n. 119**, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere.
- **Legge 27 giugno 2013, n. 77**, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011.
- **Legge 23 aprile 2009, n. 38**, Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.
- **Legge 9 gennaio 2006, n. 7**, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".
- **Legge 5 aprile 2001, n. 154**, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari".
- **Legge 15 febbraio 1996, n. 66** "Norme contro la violenza sessuale" (CPP artt. 609-bis-octies).
- **Nuovo DDL 3 dicembre 2021** in materia di violenza di genere.
- **D. Lgs. 15 dicembre 2015, n. 212** "Attuazione della direttiva 2012/29/UE... che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato" — modifiche al C.P.P.
- **Decreto Legislativo n. 80 del 15 giugno 2015 Art. 24** "Congedo per le donne vittime di violenza di genere".
- **Legge n. 124 del 7 agosto 2015, Art. 14, comma 6** che inserisce il comma 1-ter dopo il comma 1-bis dell'articolo 30 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

C. Codice Penale e Codice di Procedura Penale

- **Pubblici Ufficiali (art. 357 c.p.)**
Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.
- **Incaricati di Pubblico Servizio (art. 358 c.p.)**
Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.
- **Art. 361 c.p. / Art. 362 c.p. / Art. 365 c.p.:** Sanzionano penalmente la omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale, l'omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio e la omissione di referto.
- **Art. 331 del codice di procedura penale:** Disciplina l'obbligo della denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 51 a 60 e allegati

- **Art. 332 del codice di procedura penale:** Riguarda il contenuto della denuncia.
- **Art. 334 del codice di procedura penale:** Disciplina il referto, in termini di obbligo, contenuto e termini entro i quali si deve redigere.
- **Maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.)**
 Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni. [La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici.] Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.
- **Violenza privata (art. 610 c.p.)**
 Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. La pena è aumentata se concorrono le condizioni previste dall'articolo 339.
- **Percosse (art. 581 c.p.)**
 Chiunque percuote taluno se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a trecentonove euro [c. nav. 1151].
- **Lesioni personali (art. 582 c.p.)**
 Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni [c. nav. 1151]. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.
- **Stalking, atti persecutori (Art. 612 bis c.p.)**
 Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge, anche separato o divorziato, o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva alla persona offesa ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con armi o da persona travisata. Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La remissione della querela può essere soltanto processuale. La querela è comunque irrevocabile se il fatto è stato commesso mediante minacce reiterate nei modi di cui all'articolo 612, secondo comma. Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio.
- **Segreto d'ufficio (art. 622 c.p.)**
 Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto è punito, se dal fatto

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 52 a 60 e allegati

può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro. La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

- **Casi di non punibilità (art. 384 c.p.)**

Nei casi previsti dagli articoli 361, 362, 363, 364, 365, 366, 369, 371bis, 371ter 372, 373, 374 e 378, non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore. Nei casi previsti dagli articoli 371bis, 371ter 372 e 373, la punibilità è esclusa se il fatto è commesso da chi per legge non avrebbe dovuto essere richiesto di fornire informazioni ai fini delle indagini o assunto come testimone, perito, consulente tecnico o interprete ovvero non avrebbe potuto essere obbligato a deporre o comunque a rispondere o avrebbe dovuto essere avvertito della facoltà di astenersi dal rendere informazioni, testimonianza, perizia, consulenza o interpretazione.

D. Codice Civile

- **Art. 330 del codice civile** che regola la decadenza della responsabilità genitoriale sui figli.
- **Art. 333 del codice civile** che regola la condotta pregiudizievole dei genitori verso i figli.

E. Normativa Regionale e Aziendale (di Riferimento)

- **L. R. Lazio n. 4 del 19/03/2014.**
- **D.G.R. 614 del 18/10/2016** "Legge Regionale 19 marzo 2014 n. 4. Recepimento Intesa tra il Governo, Le Regioni e le Autonomie Locali, relative ai requisiti minimi dei Centri Anti Violenza e delle Case Rifugio..."
- **D.G.R. n. 79 del 13/2/2018** "Approvazione dello schema di Protocollo di Intesa per la realizzazione di un sistema di protezione delle persone vittime di reato vulnerabili..."

Bibliografia, Linee Guida e Documenti Strategici

Di seguito i documenti di indirizzo metodologico, le raccomandazioni cliniche, i protocolli inter-istituzionali e i riferimenti statistici che supportano la procedura.

A. Linee Guida e Piani Strategici (Nazionali e Internazionali)

- **DPCM 24/11/2017** "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. Serie Generale n. 24 del 30/01/2018).
- **D.P.C.M. del 7/7/2015** "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere".
- **Presidenza Consiglio Ministri — Dip.to Pari Opportunità** "Piano Strategico Nazionale 2017-2020 sulla violenza maschile contro le donne".
- **Linee Guida FIASO – Progetto Nazionale "Codice Rosa Bianca".**
- **Raccomandazioni "percorso clinico – assistenziale in emergenza della vittima di violenza" ASP – Lazio Sanità.**
- **Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere – Regione Emilia Romagna 10/11/2013.**
- **Codice di Deontologia Medica, 2014** - all'art. 32 pone in capo a ciascun medico il dovere etico e deontologico di adoperarsi per la tutela dei soggetti fragili...
- **Who, Geneva (2013), "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women".**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 53 a 60 e allegati

B. Documentazione e Protocolli Aziendali (ASL Viterbo)

- **Del. D.G. AUSL Viterbo n. 1235 del 7/10/2016** – Protocollo d'intesa interistituzionale per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto delle violenze e degli abusi "Non aver paura".
- **Delibera del Direttore Generale n. 333 del 07/03/2016** "Gestione Intraospedaliera delle Vittime di Violenza di Genere".
- **Delibera del Direttore Generale n. 1019 del 22/06/2017** "PDTA Territoriale alle Vittime della Violenza di Genere".
- **Protocollo ASL Viterbo per le vittime di abuso sessuale 06/2003.**
- **Delibera del Direttore Generale n. 769 del 2/05/2022** Presa d'atto del Protocollo d'intesa interistituzionale per la realizzazione di azioni condivise ed integrate a tutela delle vittime di violenza di genere e violenza assistita sottoscritto dal Comando Provinciale dell'Arma dei Carabinieri, dalla Questura di Viterbo e dall'ASL di Viterbo
- **Linee Guida Azienda ASL Viterbo (18.12.2011)** per la produzione, validazione del Modello di Consenso Informato.

C. Studi di Settore e Riferimenti Bibliografici

- **Dip.to Pari Opportunità Presidenza Consiglio Ministri, Regione Sicilia, 2013** "Manuale per Operatori Sanitari su Violenza di Genere: Procedura Unica Interaziendale per l'assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta".
- **AOGOI (Associazioni ostetrici e ginecologi Ospedalieri)** "Linee Guida violenza sessuale nelle donne e abuso nei bambini".
- **CISMAI 2005 Linee Guida** "Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso dell'infanzia".
- **D.i.Re — Anci, 2014.** Violenza Maschile contro le donne. Linee Guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza.
- **Regione Emilia-Romagna, novembre 2016** - I quaderni del Professionista — Saperidoc "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico legale".
- **D.i.RE: Quaderni n. 3** - Ri-cambiare. Tra memoria e trasformazione, nuove strategie per rilanciare i Centri antiviolenza /a cura di Chiara Veltri, Settenove, 2017.
- **D.i.RE: Ottobre 2018** — "L'attuazione della Convenzione di Istanbul in Italia — Rapporto delle Associazioni di Donne" - Rapporto Ombra per il GREVIO.
- **Samira.** Per un'accoglienza competente e tempestiva di donne e ragazze straniere in situazione di violenza e di tratta in arrivo in Italia / a cura di Laura Pasquero e Raffaella Palladino, Cuamm University Press, 2017.
- **Istat-Pari Opportunità:** Quadro informativo integrato on-line: sito www.ISTAT.it.
- **Ministero Interno - Osservatorio per la sicurezza contro gli atti discriminatori (Oscad).**
- **Pubblicazione Regione Lazio VI.VI. Vinci sulla Violenza** "Verso una Rete Regionale per il Contrasto della Violenza di Genere".
- **Condizione femminile e Nazioni Unite (Paola Degani, 2010).**
- **Verso la fine del silenzio (Paola Degani, 2014).**
- **La protezione delle donne vittime di violenza nella prospettiva dei diritti umani (Paola Degani, 2013).**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 54 a 60 e allegati

APPENDICE 3 - PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

INFORMAZIONI PER MATERIALE DIVULGATIVO

La violenza è un problema che non va mai affrontato da soli.

Se hai subito violenza all'interno della tua famiglia, se temi che qualcuno ti possa fare del male, se hai ricevuto minacce, insulti o hai sperimentato qualsiasi tipo di violenza: puoi parlarne con il tuo medico, con il personale del consultorio o dell'ambulatorio vicino a casa tua, con il personale dell'Ospedale. In ogni caso lo staff ti riceverà in un luogo riservato e sicuro e manterrà il riserbo.

Se hai subito o stai subendo violenze nel tuo ambiente domestico o nella tua relazione, potrebbe essere utile pensare a un piano di sicurezza, e definire:

- Luoghi da evitare quando gli abusi iniziano (come la cucina, dove ci sono molte armi potenziali);
- Una possibile via di fuga dalla casa nel caso in cui gli abusi s'intensifichino (come una finestra/una porta non chiusa a chiave);
- Persone a cui chiedere aiuto o a cui far sapere che si è in pericolo (che possano chiamare il 118 se sentono o vedono segnali di pericolo);
- Luoghi in cui nascondere i numeri di telefono importanti, come quello del telefono amico;
- Come mettere i bambini (se presenti) al sicuro quando l'abuso inizia;

Inoltre, è importante:

- Tenere i documenti personali importanti in un unico luogo in modo che possano essere presi in caso di improvviso abbandono dell'abitazione;
- Fare in modo che qualcuno sia a conoscenza dell'abuso così che possa essere documentato;
- Insegnare ai bambini come mettersi al sicuro o chiedere aiuto, magari chiamando il 118.

Andarsene in caso di emergenza: nel caso vi sia necessità di abbandonare improvvisamente la propria abitazione, essere preparati è cruciale:

- Scrivere una lista di cose da prendere (documenti propri o dei bambini, medicinali, chiavi, ma anche vestiti, prodotti d'igiene personale, giocattoli);
- Preparare una borsa di emergenza e nascondersela in un luogo sicuro nel caso vi sia bisogno di andarsene con urgenza;
- Definire luoghi di facile accesso a denaro o a carte di credito/debito messi da parte;
- Preparare una rubrica telefonica o degli indirizzi con i contatti di persone o strutture a cui rivolgersi;
- Definire strategie su chi chiamare e dove andare, quali mezzi di trasporto prendere;
- Preparare eventuali elementi di prova dell'abuso, come ad esempio fotografie, annotazioni o informazioni di testimoni. Una foto della persona che abusa potrebbe essere utile da presentare in tribunale come documentazione.

Se **temi per la tua sicurezza** una volta che la relazione è finita, ecco alcune linee guida da seguire per garantirla:

- Scrivere e/o memorizzare i recapiti degli operatori della Rete, che possono dare consigli o fornire assistenza in momenti di vitale importanza;
- Cambiare numero del cellulare e/o telefono fisso;
- Mantenere quanto possibile segreto il luogo in cui ci si trova, nel caso si sia andati via di casa (ad esempio, non rivelandolo ad amici comuni);
- Chiedere al datore di lavoro di contribuire alla propria sicurezza sul posto di lavoro;
- Definire strategie per parlare con i bambini (se presenti) dell'importanza di rimanere al sicuro;
- Ottenere un'ingiunzione restrittiva o un ordine di allontanamento o un'ingiunzione a cessare comportamenti persecutori.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 55 a 60 e allegati

Informazioni da trasmettere tramite opuscoli, poster, canali social

Contatti utili per le vittime di violenza

- **Numero Rosa 1522** gratuito antiviolenza e anti stalking, che fornisce assistenza e supporto tutti i giorni 24 ore su 24.
- **App 1522** per smartphone, disponibile su IOS e Android, che consente alle donne di chattare con le operatrici e chiedere aiuto e informazioni in sicurezza, senza correre il rischio ulteriore di essere ascoltate dai loro aggressori.
- **App You Pol** realizzata dalla Polizia di Stato per segnalare episodi di spaccio e bullismo, l'App è stata estesa anche ai reati di violenza che si consumano tra le mura domestiche. Tramite questa App è possibile trasmettere in tempo reale messaggi agli operatori della Polizia di Stato. È possibile telefonare direttamente dall'App al numero unico di emergenza 112; nel caso questo non sia attivo risponderà la sala operativa 113 della Questura.
- **Centri Antiviolenza.** Consulta la Mappa dei centri anti-violenza per trovare quello più vicino.
- **Pronto Soccorso**, soprattutto se si ha bisogno di cure mediche immediate e non procrastinabili. Gli operatori sociosanitari del Pronto Soccorso sapranno, oltre che curarla, indirizzare la persona vittima di violenza verso un percorso di uscita dalla violenza.
- **Telefono Verde AIDS e IST 800 861061** se hai subito violenza sessuale. Personale esperto risponde dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 18.00. Puoi accedere anche al sito www.uniticontrolaids.it
- **112** - Chiamare il numero di emergenza senza esitare, né rimandare: in caso di aggressione fisica o minaccia di aggressione fisica, se si è vittima di violenza psicologica, se si sta fuggendo con i figli (eviti in questo modo una denuncia per sottrazione di minori), se il maltrattante possiede armi.

Le vittime di violenza in Italia hanno diritto a tutele immediate e concrete, tra cui il patrocinio a spese dello Stato (gratuito e senza limiti di reddito nei casi più gravi), il congedo lavorativo retribuito fino a 90 giorni, l'accesso al Reddito di Libertà e un indennizzo statale per le vittime di reati intenzionali violenti.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 56 a 60 e allegati

APPENDICE 4 - PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

INDICATORI DI SOSPETTO PER ALTRE FORME DI VIOLENZA DI GENERE

INDICATORI DI SOSPETTO CODICE ROSA MINORE

- Minorenne in stato di gravidanza
- Minorenne tossicodipendente e/o in stato di abuso alcolico
- Minorenne in stato di abbandono
- Figlio/a di genitore tossicodipendenti
- Figlio/a di genitore con problemi di salute mentale
- Figlio/a di genitore senza fissa dimora
- Figlio/a di genitore con comportamenti aggressivi e violenti
- Evidenti segni di trascuratezza (carenza di cure igieniche e/o sanitarie, etc.)
- Dolore cronico non spiegato
- Lesioni cutanee (lividi, ecchimosi, orsi, bruciature, segni di legature, segni di frustate o cinghiate, chiazze di calvizie etc)
- Lesioni scheletriche (fratture o lussazioni)
- Traumi cranici (frattura cranica, emorragie retiniche o derivanti da distacco del cuoio capelluto)
- Lesioni interne (rottura milza, lesioni intestinali, renali)
- Lesioni alla testa collo, torace, alla reg. mammaria, addome e area genitale
- Ferite sulle cosce, sui glutei
- Ustioni da immersione e bruciature
- Fratture ossa lunghe in bambini non deambulanti
- Lesioni ripetute e croniche
- Malattie sessualmente trasmesse
- Perdite vaginali, dolori e infiammazioni della zona genitale
- Nascita prematura, basso peso neonatale alla nascita, deficit della crescita staturo-ponderale
- Denutrizione
- Scarsa capacità di adattamento
- Scarsa o eccessiva considerazione di sé
- Scarsa socievolezza
- Tentati suicidi
- Distruttività e crudeltà
- Mancanza di gioco e di fantasia
- Turbe del comportamento e problemi nell'apprendimento
- Terrori notturni
- Attacchi di panico o altri sintomi ansiosi
- Accessi ripetuti al Pronto Soccorso
- Carenze di cure igieniche
- Abbigliamento inadeguato
- Assenza o carenza di cure sanitarie
- Malnutrizione
- Ritardo mentale dovuto a carenza di stimoli
- Disattenzione, svogliatezza
- Assenteismo o frequenti ritardi scolastici
- Frequenti incidenti domestici
- Stanchezza permanente

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 57 a 60 e allegati

INDICATORI DI SOSPETTO CODICE ROSA ANZIANO/DISABILE

- ritardo tra la lesione o la malattia e la richiesta di attenzione medica
- racconti del paziente e del care giver che non concordano
- gravità della lesione non giustificata dal racconto del care-giver
- spiegazioni del paziente o del care-giver non plausibili o vaghe
- visite nei servizi di urgenza per esacerbazioni di malattie croniche frequenti rispetto a un programma di cure appropriato e ad adeguate risorse economiche
- dati di laboratorio inconsistenti con l'anamnesi
- cambio del medico curante frequente
- affermazioni contraddittorie, ambivalenze, riluttanza a parlare
- evitare il contatto oculare, fisico o verbale con il care-giver
- riluttanza del care-giver ad accettare degli aiuti domiciliari, a rispondere alle domande o a lasciare la persona anziana sola con gli operatori sanitari

Abuso emotivo o psicologico

- riferire pressioni, prepotenze, umiliazioni, vessazioni
- riferire insulti, ritorsioni, aggressioni verbali
- avere avuto minaccia di danneggiare la persona, altre persone o animali domestici
- rifiutare l'accesso dei familiari
- sensazione di impotenza, paura, angoscia, rassegnazione, passività
- essere emotivamente turbati, agitati o confusi
- essere estremamente introverso, non comunicativo o non reattivo
- comportamento insolito, come succhiare, mordere, dondolarsi
- cambiamento nelle abitudini di sonno o nelle abitudini alimentari
- cambiamenti di personalità
- depressione, ansia, scarsa autostima, scusarsi eccessivamente
- alterazione ritmo sonno/veglia
- isolamento sociale
- crisi di pianto eccessive

Trascuratezza

Esempi di negligenza attiva:

- tentativo consapevole o intenzionale di causare angoscia fisica o emotiva attraverso il rifiuto anche parziale di adempiere alle responsabilità di dare assistenza, quale il trattenimento o la
- soppressione di cibo o medicine, la mancanza di cure igieniche della persona, mancanza di adeguato alloggio e cure dentistiche
- percepire l'indennità di accompagnamento e non fornire le cure necessarie
- contenzione, uso di sedativi, abuso del pannolone, non rispondere alle chiamate, non cambiare l'anziano/disabile quando si bagna, non assicurarsi se ha mangiato e se ha bevuto

Esempi di negligenza passiva:

- la mancanza non intenzionale di rispettare le responsabilità di dare assistenza quale cibo o servizi di tipo sanitario a causa della conoscenza inadeguata o dell'infermità dell'assistente stesso.

Self-neglet: autolesionismo che l'anziano/disabile pratica su se stesso senza che gli sia impedito da chi lo assiste

Abbandono, la persona anziana/disabile

- ha fame, sete o ha perso molto peso
- ha avuto un peggioramento dei problemi di salute a causa della cattiva gestione dei farmaci
- assume numerosi farmaci obsoleti di diversi medici
- presenta condizioni inspiegabili come ipotermia, disidratazione, piaghe da decubito non trattate, malnutrizione
- ha gonfiore delle articolazioni accompagnato da debolezza o febbre, denti cariati, occhi gonfi, rossi e/o dolorosi, dolore grave o costante freddo in alcune parti del corpo
- manca di dispositivi protesici
- indossa indumenti inadatti al clima, sporchi/strappati o troppo grandi/piccoli, imbevuti di feci e urina, porta scarpe sui piedi sballati
- mostra scarsa igiene personale: sporcizia, unghie non tagliate, odore corporeo, pidocchi e/o pulci
- riferisce condizioni/organizzazioni di vita pericolose o non sicure (p. es., mancanza di riscaldamento o mancanza di acqua corrente-elettricità-riscaldamento-acqua-servizi igienici funzionanti)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 58 a 60 e allegati

Abuso finanziario, la persona anziana/disabile riferisce che

- qualcuno si è trasferito nella sua casa o utilizza carte bancarie o di credito senza il suo consenso
- è stato costretto a firmare documenti riguardanti prestiti, proprietà, testamenti o procure nota la sparizione di soldi, oggetti preziosi, ma anche di beni di prima necessità
- nonostante un reddito adeguato non ha soldi per beni di prima necessità come cibo, vestiti, spese di trasporto e bollette o rimane frequentemente a corto di denaro alla fine del mese
- non vengono pagate le bollette

Abuso fisico

Esempi di abuso fisico includono:

- spingere, schiaffeggiare, mordere, calciare, bruciature, infliggere dolore.
- maneggio grossolano
- immobilizzare con corde, cinture, lacci
- rinchiudere in una stanza, in un edificio o in un cortile
- utilizzo di restrizioni chimiche come alcol, farmaci (utilizzo di sedativi non in linea con la patologia dell'anziano/disabile),

I segni di abuso fisico includono:

- lividi bilaterali sulla parte superiore delle braccia, come quelli causati da tremori, lividi a grappolo sul tronco, come quelli causati da ripetuti colpi, lividi che assomigliano a un oggetto, lividi vecchi e nuovi
- contusioni sulle dita, lividi sui palmi delle mani o sulle piante dei piedi,
- cadute inspiegabili
- fratture ossee, ossa rotte o fratture craniche
- ferite aperte, tagli, ferite non trattate in vari stadi di guarigione
- asportazione di capelli
- distorsioni, lussazioni o lesioni/emorragie interne
- plurimi accessi in Pronto Soccorso
- occhiali/montature rotti,
- segni fisici di essere stati sottoposti a punizione o segni di essere stati contenuti
- risultati di laboratorio di overdose di farmaci o sottoutilizzo dei farmaci prescritti
- pupille dilatate
- improvviso cambiamento di comportamento
- paura, ansia

Abuso sessuale

Esempi di abusi sessuali includono:

- contatto, linguaggio o comportamento sessuale non consensuale
- tocco inappropriato
- violenza sessuale
- pulizia o trattamento inappropriato dell'area genitale di una persona anziana/disabile
- visualizzare materiale sessualmente esplicito o effettuare telefonate sessualmente esplicite in presenza di una persona anziana/disabile senza il suo consenso

I segni di abuso sessuale includono:

- infezioni sessualmente trasmissibili inspiegabili
- lamentare dolore nella regione genitale e dolori addominali inspiegabili
- recente incontinenza (vescicale o intestinale)
- lividi intorno al seno o alla zona genitale
- ferite interne
- cambiamenti significativi nei comportamenti come aggressioni o automutilazioni
- cambiamenti significativi negli atteggiamenti sessuali;
- lividi, segni di morsi, dolore, segni di bruciature
- trauma incluso sanguinamento intorno ai genitali (vaginale - anale) inspiegabile, al torace, alla bocca
- biancheria intima o biancheria da letto strappata o insanguinata
- ansia quando vicino, o contatto suggerito con l'aggressore
- cambiamenti nel comportamento come mostrare paura o ritirarsi quando una persona specifica è nei paraggi
- gravidanza o aborto inspiegabile nelle donne disabili in età fertile

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Strumenti di Risk Assessment sulla Violenza di Genere: alcuni esempi

ESCAPE FORM: sospetto per l'abuso sui minori in pronto Soccorso

La sensibilità non risulta molto elevata (80%), mentre lo è la specificità (98%). Gli indicatori utilizzati prevedono 6 domande per determinare il sospetto di abuso sul minore. Una o più domande barrate le caselle scure della scheda ESCAPE indicano la possibilità di un incremento del rischio dell'abuso sul minore e ulteriori azioni sono raccomandate.

ITEMS	SI	NO
La storia è coerente?		
C'è stato un ritardo immotivato nel richiedere aiuto medico?		
Le lesioni sono coerenti con il grado di sviluppo psicomotorio?		
Il comportamento e le interazioni tra bambino e genitori sono appropriati?		
C'è coerenza fra esame obiettivo e anamnesi?		
Ci sono altri segnali che evocano dubbi sulla sicurezza del bambino o di altri membri della famiglia?		
Se sì, descriva gli altri segnali nel box sottostante		

INTOVIAN

Prevenzione, l'identificazione precoce e la diagnosi di abusi, trascuratezza e violenza su neonati e bambini nella fascia d'età 0-3 anni. Utilizzato da professionisti sanitari e sociali per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini e neonati fino a 3 anni di età.

		SI	NO	NA
1	Nel caso osservi un segno, una lesione traumatica o sia stato informato in ordine ad un incidente:			
	a) la storia riferita dal caregiver è compatibile			
	b) l'incidente/trauma fisico si sarebbe potuto evitare o prevenire con un'attenzione adeguata			
2	L'interazione tra caregiver e il bambino/lattante è caratterizzata da (si può dare più risposta):			
	a) rabbia e/o ostilità			
	b) freddezza e/o distacco			
	c) tensione e/o eccessiva ansia			
3	Il caregiver maneggia fisicamente il bambino/lattante in modo rude o pericoloso			
4	C'è qualche altro segnale che vi pone qualche dubbio:			
	a) sulla sicurezza fisica del bambino/lattante			
	b) sulla sicurezza emotiva del bambino/lattante			
5	C'è qualche altro fattore di rischio che vi pone sulla sicurezza e/o sull'appropriatezza dell'assistenza per questo bambino/lattante			
	Se sì alla risposta 5 specificare:			

Basta una sola risposta positiva per attivare percorso di approfondimento

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	PERCORSO CLINICO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	 REGIONE LAZIO
Edizione 3 del 30/07/26	PERCORSO PER LE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	Pag. 60 a 60 e allegati

IPV, Intimate Partner Violence, Questionario HITS (Hurt, Insult, Threaten and Scream)

È un breve strumento di screening clinico utilizzato per rilevare il rischio di violenza domestica o abuso da parte del partner.

	1 mai	2 raramente	3 qualche volta	4 abbastanza spesso	5 molto spesso
Quante volte il tuo partner ha minacciato di farti male					
Quante volte il tuo partner ti ha fatto male fisicamente					
Quante volte il tuo partner ti insulta o parla male verso di te					
Quante volte il tuo partner urla contro di te e ti maledice					
NOTE METODOLOGICHE Autosomministrato o indagine effettuata da operatori sanitari Punteggio da 1 a 5: donna si definisce vittima se punteggio ≥ 10 , uomo si definisce vittima se punteggio ≥ 11					

ALLEGATO A MODULISTICA IN USO PER PROCEDURA PERCORSO CODICE ROSA

- ALLEGATO N. 1: Modulo consenso informato violenza di genere
- ALLEGATO N. 2: Modulo consenso informato violenza di genere in inglese
- ALLEGATO N. 3: Modulo consenso informato violenza di genere in francese
- ALLEGATO N. 4: Raccordo anamnestico
- ALLEGATO N. 5
 - Scheda violenza fisica
 - Programma termine percorso Violenza Fisica
- ALLEGATO N. 6
 - Scheda violenza sessuale
 - Programma termine percorso Violenza Sessuale
- ALLEGATO N. 7: Test Brief Risk Assessment for the Emergency Department – DA5
- ALLEGATO N. 8: Richiesta esami di laboratorio
- ALLEGATO N. 9: Modulo richiesta attivazione UVMDI

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Percorso clinico e di integrazione sociale	Interno ASL Livello 2	ASL VT

ALLEGATO 1 - MODULO CONSENSO INFORMATO VIOLENZA DI GENERE

Cartella Pronto Soccorso n. _____ data ____/____/____ ora ____:____

La sottoscritta _____

Nata a _____ (____) il ____/____/____ Stato _____

sono stata accuratamente informata dal Dr./Dr.ssa _____

delle mie condizioni cliniche e delle procedure e degli accertamenti a cui verrò sottoposta sia ai fini clinici che medico legali e che le informazioni ed eventuale raccolta di materiale probatorio sarà trasmesso all'Autorità Giudiziaria.

Sono consapevole che posso ricorrere al diniego in qualsiasi momento registrando le mie volontà nel presente modulo.

Autorizzo:

- alla compilazione della scheda anamnestica e alla visita medica
autorizza ☐ **SI** ☐ **NO** Firma interessata o tutore (*leggibile*) _____
- alla raccolta di materiale biologico e eventuali indumenti a scopo clinico e forense
autorizza ☐ **SI** ☐ **NO** Firma interessata o tutore (*leggibile*) _____
- alla raccolta di materiale fotografico a scopo forense
autorizza ☐ **SI** ☐ **NO** Firma interessata o tutore (*leggibile*) _____
- ai trattamenti terapeutici specifici previsti dal protocollo ASL Viterbo
autorizza ☐ **SI** ☐ **NO** Firma interessata o tutore (*leggibile*) _____
- all'informazione ai familiari sulle proprie condizioni di salute e degli accertamenti previsti **SI** **NO**
autorizza ☐ **SI** ☐ **NO**
Se **SI** individuo la persona di: _____
Firma interessato o Tutore (*leggibile*) _____

Matricola e Firma leggibile del Medico

Matricola, qualifica e Firma del Testimone

ALLEGATO 2 - INFORMED CONSENT FORM ON GENDER VIOLENCE

A & E Medical Record n. _____ date ____/____/____ time ____:____

I the undersigned _____

born in _____ on ____/____/____ Country _____

confirm I have been informed accurately by Dr. _____

of my medical conditions and clinical procedures I will be submitted to in terms of both medical and legal purposes and that all gathered data and necessary information will be used as burden of proof to be sent to the Judicial Authority.

I am aware that I can give refusal to the use at any time by recording my will in this form.

I authorize:

- for filling in the medical history and medical examination

authorization ☐ YES ☐ NO Signature of interested party or guardian (readable) _____

- the collection of biological material and any clothing for clinical and forensic purposes

authorization ☐ YES ☐ NO Signature of interested party or guardian (readable) _____

- the collection of photographic material for forensic purposes

authorization ☐ YES ☐ NO Signature of interested party or guardian (readable) _____

- for specific therapeutic treatments under the Protocol of Viterbo ASL

authorization ☐ YES ☐ NO Signature of interested party or guardian (readable) _____

- information to family members about my health conditions and the treatments provided

authorization ☐ YES ☐ NO

If YES, my next of kin is: _____

Signature of interested party or guardian (readable) _____

Readable code and signature of the Physician

Readable code and signature of the witness (Midwife, etc.)

ALLEGATO 3 - CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Dossier Service des Urgences n. _____ date ____/____/____ heure ____:____

Je soussigné/e _____

né/e à _____ (PR) ____ le ____/____/____ pays _____

déclare avoir été correctement informé/e par le docteur _____

sur mon état de santé et sur les procédures et les examens auxquels je devrai me soumettre tant à des fins cliniques que médico-légales et que les informations et la collecte éventuelle d'éléments de preuve seront transmises aux Autorités Judiciaires compétentes.

Je suis conscient/e que je peux refuser à tout moment en enregistrant mes volontés dans ce formulaire.

Je donne mon consentement pour:

- la compilation de la fiche d'anamnèse et la visite médicale

j'autorise ☐ OUI ☐ NON signature (lisible) du patient ou de son tuteur _____

- la collecte de matériel biologique et de vêtements éventuels à des fins cliniques et médico-légales

j'autorise ☐ OUI ☐ NON signature (lisible) du patient ou de son tuteur _____

- la collecte de matériel photographique à des fins médico-légales

j'autorise ☐ OUI ☐ NON signature (lisible) du patient ou de son tuteur _____

- informer mes proches sur mon état de santé et sur les contrôles prévus

j'autorise ☐ OUI ☐ NON

si OUI la personne à contacter est _____

signature (lisible) du patient ou de son tuteur _____

Matricule et signature lisible du médecin

Matricule et signature lisible du témoin (infirmière du service obstétrique, etc.)

ALLEGATO 4 - RACCORDO ANAMNESTICO

Cognome _____ Nome _____

N. referto A.G. _____ Sesso [M] [F] Data di Nascita ____/____/____ Età _____

Anamnesi generale (da raccogliere con l'assistenza dello Psicologo)

Mezzi di contraccezione [NO] [SI]

Pratica terapie per malattie a trasmissione sessuale [NO] [SI]

Gravidanze n° _____

Data ultimo parto ____/____/____

Ultimo Rapporto sessuale (specificare il giorno) ____/____/____

Ultima mestruazione (specificare il giorno) ____/____/____

Anamnesi Specifica

Dinamica dell'aggressione

Data ____/____/____ ora ____:____

Descrizione

1a) perdita di conoscenza [NO] [SI]

1b) numero di aggressori per contatto sessuale _____

1c) numero di aggressori per contatto fisico _____

Dinamica dell'aggressore/i

2a) sesso [M] [F]

2d) tossicodipendente [NO] [SI]

2g) HIV positivo [NO] [SI]

2b) razza _____

2e) omosessuale [NO] [SI]

2h) HBV positivo [NO] [SI]

2c) età _____

2f) altro _____

2i) HCV positivo [NO] [SI]

Sedi anatomiche interessate

3a) da trauma (non sessuale) [NO] [SI] _____

3b) da atto sessuale [NO] [SI] _____

ALLEGATO 5 - SCHEDA VIOLENZA FISICA

Cartella clinica PS n° _____

DESCRIZIONE DELL'AGGRESSIONE

Luogo _____

Sequestro in ambiente chiuso Si___ No___

Per quanto tempo _____

Data ____/____/____ Ora ____:____

Tipo di aggressione Sconosciuto ___ Familiare ___ Conoscente ___

Numero di aggressori _____

Presenza di Testimoni Si___ No___

La vittima è stata spogliata Parzialmente ___ Totalmente___

Assunzione sostanze psicotrope: Si ___ No___

Costrizione all'uso Si___ No___

Alcol___ Droga___ Farmaci___ Altro_____

Uso di oggetti lesivi durante la violenza Si ___ No___ Armi_____ Altro_____

Minacce: Si___ No___

Perdita di coscienza: Si___ No___

Tipo di atto violento subito

Percosse	Si ___	NO ___	Oggetto Lesivo	Parte del corpo offesa
Morsi	Si ___	NO ___		Parte del corpo offesa
Altro				

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____

PROGRAMMA TERMINE PERCORSO VIOLENZA FISICA

INVIO A DOMICILIO [SI] [NO]

RICOVERO OSPEDALIERO: UOC _____ SDO _____

DIAGNOSI

COLLOCAMENTO IN COMUNITA' DI ACCOGLIENZA

APPUNTAMENTO PER FOLLOW UP (controllo, colloquio, ritiro esami, altro)

Ha sporto denuncia:	no	si	dove _____
Intende farlo:	no	si	non ha ancora deciso
Denuncia d'ufficio:	no	si	da valutare (comunicare alla vittima)

Firma della Paziente: _____

Firma del Medico _____

Firma Case Manager Unità Rosa _____

Data ____/____/____ ORA ____:____

GIPSE n° _____

ALLEGATO 6 - SCHEDA VIOLENZA SESSUALE

ANAMNESI GINECOLOGICA

cartella clinica PS n° _____

Menarca _____ Assenza Menarca _____

Cicli mestruali: Ritmo _____ Quantità _____ Durata _____

Data ultima mestruazione _____

Ultima Visita Ginecologica _____

Precedenti Rapporti Sessuali SI ___ No ___

Parità _____ Modalità parto _____

Ultimo rapporto consensuale Data ____/____/____ Ora ____:____

Metodo contraccettivo utilizzato

Nessuno	_____
Condom	_____
Coito interrotto	_____
Estroprogestinici	_____
Diaframma	_____
IUD	_____
Altro	_____

Eventuale stato di gravidanza Si ___ No ___ Forse ___

Precedenti interventi ginecologici Si ___ No ___

Quale _____

Precedente diagnosi di MST Si ___ No ___

Quale _____

Patologie ginecologiche Si ___ No ___

Quale _____

Precedenti episodi di violenza Si ___ No ___

Quando _____

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____

ELEMENTI DA UTILIZZARE NELL'ANAMNESI E NELL'ESAME OBIETTIVO

STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE

- Fra l'aggressione e la visita il soggetto ha fatto un bagno/doccia (si/no): _____
- Fra l'aggressione e la visita il soggetto ha cambiato abiti (si/no): _____
- La vittima ha perso sangue (si/no): _____ Da dove? _____
- La vittima ha perso coscienza (si/no): _____
- Numeri degli aggressori: _____ Nazionalità _____
- Rapporti con la vittima: parente conoscente estraneo
- Testimoni: _____
- L'aggressore ha perso sangue (si/no): _____ Da dove? _____
- La vittima ha assunto farmaci, alcol, stupefacenti (si/no): Quali _____
- E' stata usata forza (si/no): __minacce verbali __ricatto __pugni _____
- coltello _____ pistola _____ strozzamento _____
- Stato emotivo della vittima: pianto _____ rabbia _____ agitazione _____
- amnesia _____ letargia _____ spavento _____ shock _____
- depressione _____
- Sintomi: cefalea _____ dolori _____ disturbi locali _____
- Aspetto esteriore della vittima

- Descrizione dell'aggressione:

Firma del Paziente _____

Firma del Medico Ginecologo _____

Firma Case Manager Unità Rosa _____

Data ____/____/____ ORA ____:____

GIPSE n° _____

Tipo di atto violento subito:

Penetrazione Vaginale	SI ____	NO ____	Tentata ____ Completa____	Avvenuta eiaculazione SI____ NO____	N° aggressori _____
Penetrazione Anale	SI ____	NO ____	Tentata ____ Completa____	Avvenuta eiaculazione SI____ NO____	N° aggressori _____
Rapporto Orale	SI ____	NO ____	Tentata ____ Completa____	Avvenuta eiaculazione SI____ NO____	N° aggressori _____
Penetrazione Digitale	SI ____	NO ____	Tentata ____ Completa____	Avvenuta eiaculazione SI____ NO____	N° aggressori _____
Penetrazione Corpi estranei	SI ____	NO ____	Tentata ____ Completa____		N° aggressori _____
Uso di Condom	SI ____	NO ____			
Percosse	SI ____	NO ____	Oggetto Lesivo	Parte del corpo offesa	
Morsi	SI ____	NO ____		Parte del corpo offesa	
Altro					

fisici [NO] [SI] natura _____
con penetrazione in orifizi naturali [NO] [SI] sede _____

Assunzione di sostanze:

	antecedente l'evento [NO] [SI]	successiva all'evento [NO] [SI]
alcoliche [NO] [SI]	_____	volontaria [NO] [SI]
stupefacenti [NO] [SI]	_____	volontaria [NO] [SI]
psicotrope [NO] [SI]	_____	volontaria [NO] [SI]
farmaci [NO] [SI]	_____	volontaria [NO] [SI]

Atti compiuti dopo l'evento

ha fumato [NO] [SI]
ha praticato lavaggi [NO] [SI]
ha defecato [NO] [SI]
ha assunto alimenti [NO] [SI]
ha praticato clistere [NO] [SI]
ha urinato [NO] [SI]
ha assunto bevande [NO] [SI]

CONDIZIONI AL MOMENTO DELLA VISITA

Cambio dei vestiti	SI ____	NO ____	Ha urinato	SI ____	NO ____
Cambio degli slip	SI ____	NO ____	Ha defecato	SI ____	NO ____
Igiene intima	SI ____	NO ____	Ha vomitato	SI ____	NO ____
Pulizia cavo orale	SI ____	NO ____	Rapporti consenzienti	SI ____	NO ____
Pulizia zone cutanee	SI ____	NO ____	Assunzione cibo e bevande	SI ____	NO ____
E' stata già visitata	SI ____	NO ____	Quando _____		
			Dove _____		
Ha assunto farmaci	SI ____	NO ____	Quali _____		
			Dosaggio _____		

Tempo intercorso tra la violenza e la visita:

Mesi ____

Giorni ____

Ore ____

Sintomatologia Riferita

	Prima della violenza		Al momento della visita	
	SI	NO	SI	NO
Cefalea				
Dolore Toracico				
Dolore Addominale				
Dolore agli arti				
Algie pelviche				
Bruciori vulvo-vaginali				
Perdite Vaginali				
Perdite ematiche dai genitali				
Disuria				
Dolore alla defecazione				
Tenesmo rettale				
Altro				

Ulteriori informazioni riguardanti la violenza

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____

ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO

1. Stato di coscienza

vigile { confuso []
alterato { soporoso []
 { altro []

2. Presenza di sostanze chimiche [NO] [SI]

prelievo obbligatorio [NO] [SI]

sede _____

Presenza e tipo di lesioni in corrispondenza di orifizi naturali (*indicare sulle figure*)

- vulvo vestibolari [NO] [SI] _____
- perivulvari [NO] [SI] _____
- imeneali [NO] [SI] _____
- vaginali [NO] [SI] _____
- anali [NO] [SI] _____
- perianali [NO] [SI] _____
- orali [NO] [SI] _____
- periorali [NO] [SI] _____
- altro [NO] [SI] _____

Presenza e tipo di lesioni in sedi diverse dagli orifizi naturali (*indicare sulle figure*)

- natura e caratteristiche _____

- forma e dimensioni _____

- sede collo [] arti superiori []
 faccia mediale delle cosce [] altro []

Presenza di secreti o altri biologici esogeni (*indicare sulle figure*)

sperma [NO] [SI] sede _____

sangue NO] [SI] sede _____

urina NO] [SI] sede _____

Supporto diagnostico-strumentali

Anoscopia	[NO]	[SI]	_____
Rettosigmoidoscopia	[NO]	[SI]	_____
Vulvoscopia	[NO]	[SI]	_____
Colposcopia	[NO]	[SI]	_____
Altri accertamenti e/o consulenze	[NO]	[SI]	_____

Prelievi obbligatori per la A.G.

In caso di avvenuta o tentata penetrazione del pene:

-Tampone + Vetrino vaginale	[NO]	[SI]	- Tampone ÷ Vetrino anale	[NO]	[SI]
- Tampone + Vetrino perivaginale	[NO]	[SI]	- Tampone ÷ Vetrino perianale	[NO]	[SI]
-Tampone + Vetrino cervicale	[NO]	[SI]	-Tampone ÷ Vetrino rettale	[NO]	[SI]
- Tampone + Vetrino orale	[NO]	[SI]	Altro	[NO]	[SI]
-Tampone + Vetrino periorale	[NO]	[SI]	_____		

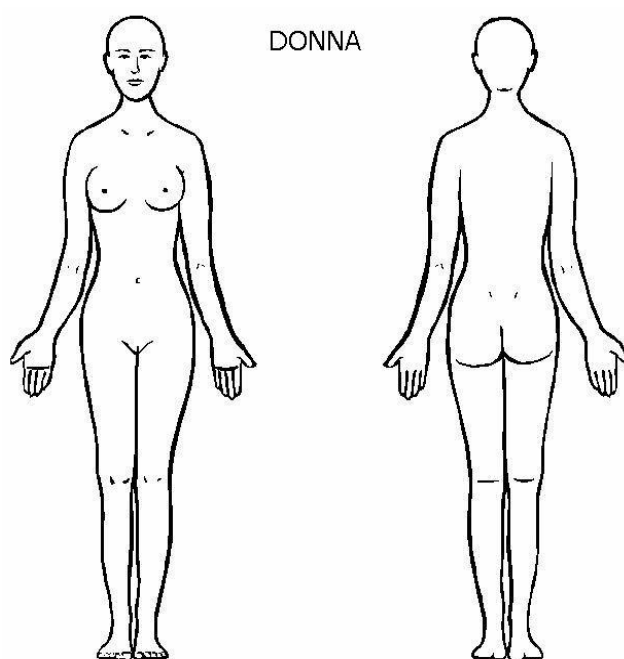
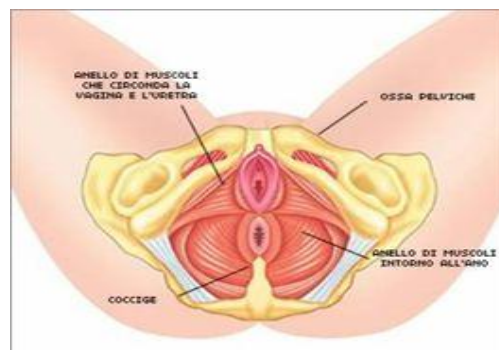
-Urine (in caso di sospetta assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope) [NO] [SI]

N.B. usare il set dedicato

Prelievi per esigenze clinico-diagnostiche (vedi protocollo per MST)

- Ematico	[NO]	[SI]	- Tampone orale	[NO]	[SI]
- Tampone vaginale	[NO]	[SI]	-Tampone faringeo	[NO]	[SI]
- Tampone cervicale	[NO]	[SI]	- Tampone uretrale	[NO]	[SI]
- Tampone anorettale	[NO]	[SI]	Altro		
			_____	[NO]	[SI]

N.B. usare il set dedicato e indicare le sedi



Viterbo, li ____/____/____

Firma del Ginecologo _____

RACCOLTA MATERIALE BIOLOGICO E PROBATORIO

Cartella Pronto Soccorso n. _____ data ____/____/____ ora ____:____

Cognome e nome paziente _____

L'operatore sanitario che assiste la potenziale vittima nella raccolta del materiale biologico e probatorio dovrà indossare camice monouso, guanti sterili (sostituiti ogni volta che si raccoglie un reperto o si manipola un campione) cuffia e mascherina chirurgica. Ogni busta raccolta deve contenere la generalità del paziente, il materiale raccolto ed essere firmata con matricola dall'operatore che raccoglie i reperti. Il presente documento deve essere predisposto in due copie così suddivise: una in cartella clinica e l'altra all'autorità giudiziaria per presa consegna e tracciabilità dei reperti.

- Far spogliare la paziente su un foglio di carta grande a sua volta aperto su lenzuolo pulito.
Successivamente il foglio di carta e lenzuolo devono essere chiusi in una busta di carta sigillata e firmata.
- Indumenti raccolti _____
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Raccolta di materiale organico presente sulla cute del/la presunta vittima con tampone per la ricerca dei nemaspermici o del materiale genetico. Raccolti i tamponi in busta di carta sigillata e firmata
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Raccolta materiale presente sotto le unghie del/la paziente o in alternativa tagliate e conservate separatamente con i guanti dell'operatore in busta di carta, sigillata e firmata, divise per mano.
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Eseguita raccolta di eventuali peli pubici con pettine pulito e inserito peli e pettine con i guanti dell'operatore in busta di carta sigillata e firmata **SI NO** Se no perché
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Eseguita raccolta di eventuali capelli pettinando con pettine pulito e inserito peli e pettine con i guanti dell'operatore in busta di carta sigillata e firmata
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Eseguita raccolta di materiale fotografico e inserita memory card in busta chiusa sigillata e firmata
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____
- Inserito camice, cuffia e mascherina dell'operatore in busta di carta firmata e sigillata.
☐ **SI** ☐ **NO** Se NO perchè _____

Matricola e firma leggibile dell'operatore che ha effettuato la raccolta _____

Presa in consegna del materiale raccolto: data ____/____/____ ora ____:____ n. buste raccolte _____

e elenco reperti consegnati _____

Matricola e firma leggibile del consegnatario _____

Matricola e firma leggibile del rappresentante autorità giudiziaria che prende in consegna i reperti _____

RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO E PROBATORIO

Cartella clinica n° _____

La paziente è stata invitata a spogliarsi su un foglio di carta, a sua volta aperto su un lenzuolo pulito, adagiato sul pavimento. Il foglio di carta è stato successivamente raccolto e chiuso in busta di carta.

SI ____ NO ____

Motivazione della mancata raccolta

Gli indumenti sono stati raccolti in buste di carta singole, chiuse e siglate, separando gli indumenti intimi da quelli esterni.

Raccolta indumenti SI ____ NO ____

Raccolta indumenti intimi SI ____ NO ____

Motivazione della mancata raccolta

E' stato raccolto, previo consenso, l'eventuale materiale organico presente sulla cute del paziente; è stato eseguito un tampone per la ricerca di nemasperi o del materiale genetico

Raccolta di materiale superficie cutanea SI ____ NO ____

Motivazione della mancata raccolta

E' stata eseguita la raccolta, previo consenso, di eventuali peli pubici dell'aggressore, pettinando con pettine pulito quelli della vittima e conservandoli in una busta (sempre di carta) che includa il pettine. Stessa procedura è stata applicata per i capelli.

Prelievo peli pubici SI ____ NO ____

Prelievo capelli SI ____ NO ____

Motivazione della mancata raccolta

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____

RACCOLTA MATERIALE BIOLOGICO E PROBATORIO

Cartella clinica n° _____

Sono stati eseguiti, previo consenso, i tamponi vaginali, orali, rettali per la ricerca di nemaspermii, del materiale genetico e per la ricerca delle malattie sessualmente trasmesse

Raccolta tamponi

SI ____

NO ____

Motivazione della mancata raccolta

E' stata raccolta, previo consenso, documentazione fotografica, inserendo la data, l'ora, il nome della vittima e dell'operatore.

Materiale fotografico

SI ____

NO ____

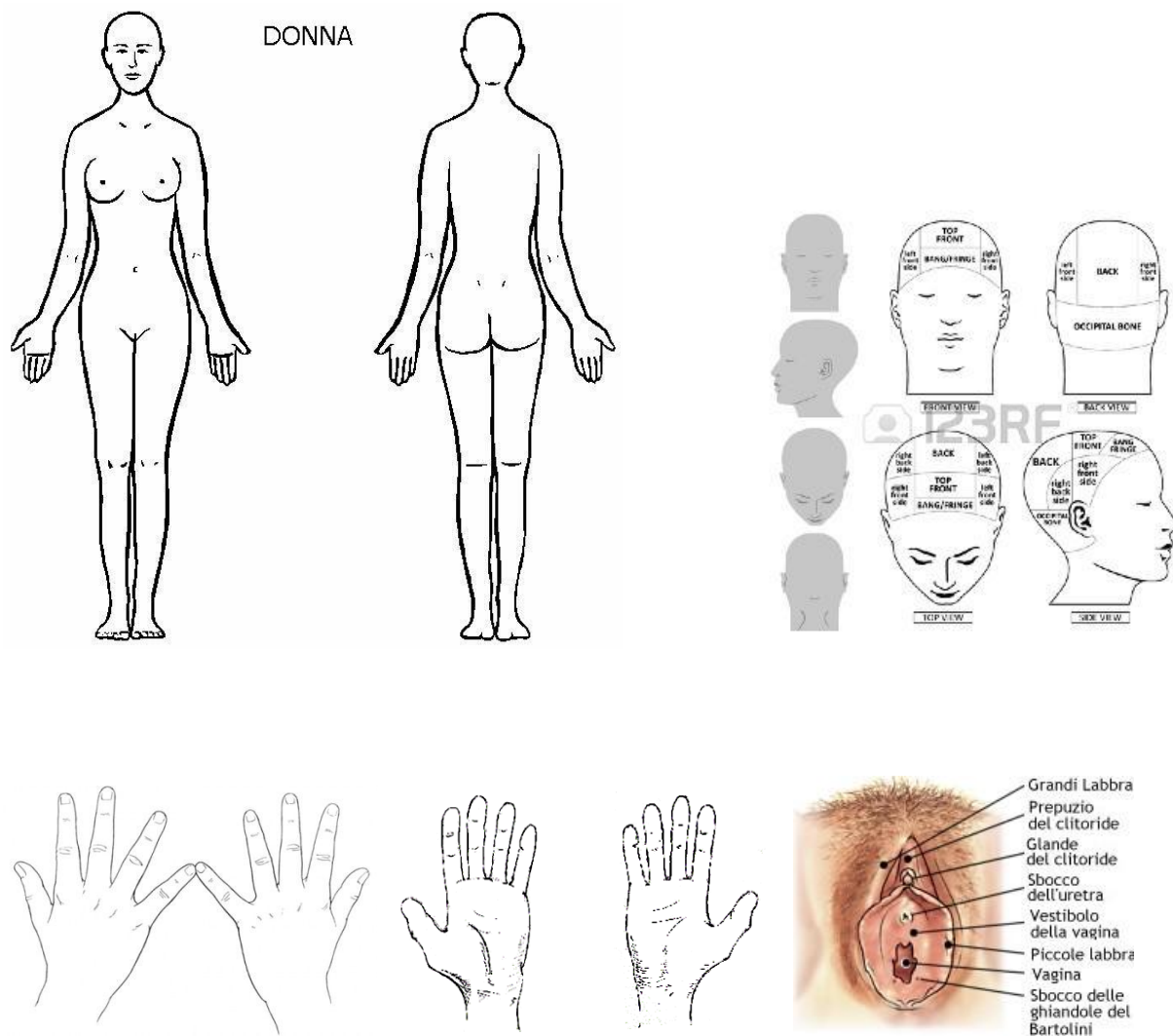
Motivazione della mancata raccolta

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____

(Da inserire nel Kit)

Annotare sulle figure zone di lesione e di prelievo



Data ____/____/____ Ora ____:

Firma della paziente _____

Firma dell'Inf./Ostetrica repertante _____

Firma del medico repertante _____

SCHEDE CLINICA PER MINORI OLTRE I 13 ANNI E PER ADULTI DI SESSO FEMMINILE IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE

(Tale scheda è compilata ad integrazione della scheda clinica di PS ed evita la ripetizione di informazioni già rilevate)

- Cognome e Nome _____
- Data di nascita _____
- Ginecologo repertante _____
- Infermiere/ostetrica repertante _____

CIRCOSTANZE E MODALITA' DEL FATTO

- La vittima è stata spogliata: parzialmente (si/no): _____ integralmente (si/no): _____
- C'è stata penetrazione: vaginale (si/no - unica o ripetuta) _____
- Anale (si/no - unica o ripetuta) _____
- Orale (si/no - unica o ripetuta) _____
- C'è stata penetrazione con oggetti (si/no) _____
- E' stato usato il preservativo (si/no) _____
- C'è stata eiaculazione (si/no) _____
- C'è stata manipolazione digitale (si/no) _____

COS'E' ACCADUTO DAL MOMENTO DEI FATTI ALLA VISITA ATTUALE

- Fra l'aggressione e la visita il soggetto ha pulito eventuali zone interessate (si/no): _____
- Fra l'aggressione e la visita c'è stata (si/no): minzione _____ defecazione _____
- vomito _____ pulizia del cavo orale _____ cambio indumenti intimi _____
- Eventuali rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione: _____

- Precedenti visite presso altri operatori sanitari (dove/quando/allegare eventuale documentazione):

SINTOMATOLOGIA

- Stato emotivo della vittima (possibile compilazione da parte del consulente psichiatra):

- paura, sentimenti di impotenza e di orrore al momento del trauma
- distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento
- amnesia dissociativa con incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma
- persistente rivissuto dell'evento (immagini, pensieri, sogni, flashback)
- sintomi di ansia e di aumentato stato di allerta (ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate)
- pianto
- tristezza
- paura di conseguenze future
- altro

• Sintomatologia riferita:

- cefalea
- dolore al volto
- dolore al collo
- dolore toracico
- dolore addominale
- dolore agli arti
- algie pelviche
- disturbi genitali
- disturbi perianali
- disuria
- dolore alla defecazione
- tenesmo rettale
- altro

ESAME GENITALE

Eseguito mediante: occhio nudo lente di ingrandimento colposcopio

Fotografie (si/no): _____ allegate? _____ (se no) motivo _____

Esame non eseguito ; motivo

GRANDI LABBRA, PICCOLE LABBRA, CLITORIDE, MEATO URETRALE, FORCHETTA

	Grandi labbra	Piccole labbra	Clitoride	Meato Uretrale	Forchetta
Arrossamento					
Escoriazione					
Soluzione di continuo superficiale					
Soluzione di continuo profonda					
Area ecchimotica					
Sanguinamento					
Altro					

Non evidenti segni di lesioni traumatico-contusive recenti

Evidenza di lesioni recenti

Descrizione:

IMENE

Imene: fimbriato anulare semilunare _____

margini regolari, privo di incisure fino alla base di impianto

con incisura singola non evidenziabili segni di lesioni

con incisure multiple traumatico-contusive recenti

evidenza di _____

Ultima mestruazione: _____

Contraccezione attuale: _____

VISITA GINECOLOGICA BIMANUALE

Non eseguita; motivo _____

Vagina

Collo uterino

Corpo uterino

Annessi

ESAME SPECULARE

Portio

Pareti Vaginali

Secrezioni, sanguinamento, altro

PERINEO E ANO

- ☐ non evidenziabili segni di lesioni traumatico-contusive recenti
- ☐ evidenza di lesioni (arrossamento, escoriazione, soluzione di continuo superficiale, soluzione di continuo profonda, area ecchimotica, gavoccio emorroidario, ragade, fistola, sanguinamento, secrezioni, altro)
- sede e descrizione:

PRELIEVI DI MATERIALE BIOLOGICO

(Tutto il materiale va conservato a -20° C/-80°C e va reso identificabile con sicurezza)

Indumenti indossati al momento dell'aggressione inviati a _____

TIPO DI INDUMENTO TRACCE

_____	SI NO
_____	SI NO
_____	SI NO
_____	SI NO

(segnalare e repertare fibre, capelli, foglie, peli-pubici - con apposito pettine - ed altre tracce presenti negli indumenti)

RICERCA SPERMATOZOI (per medicina legale)

SEDE RICERCA SPERMATOZOI PER MEDICINA LEGALE

TIPIZZAZIONE GENICA

- ☐ Vulva-perineo
- ☐ Vagina
- ☐ Canale cervicale
- ☐ Canale anale
- ☐ Cavo orale
- ☐ Cute

N° Vetrini _____
N° Vetrini _____
N° Vetrini _____
N° Vetrini _____
N° Vetrini _____
N° Vetrini _____
N° Tamponi _____
N° Tamponi _____
N° Tamponi _____
N° Tamponi _____
N° Tamponi _____
N° Tamponi _____

PUBIC HAIR COMBING: no si

SCRAPING SUBUNGUEALE: no si
(eventualmente tagliare le unghie e conservarle)

SCREENING MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

(i campioni per la batteriologia (ESWAB) possono essere conservati 2 h a temperatura ambiente oppure 48 h a 4 °C)

- ☐ Neisseria G.
- ☐ Chlamidia T.
- ☐ Trichomonas V./ Gardnerella V.
- ☐ Esame colturale per germi comuni e ricerca microscopica
- ☐ HPV (pap test)
- ☐ VDRL -HTPA
- ☐ HIVAb
- ☐ Markers epatite B
- ☐ HCVab
- ☐ Non eseguito; motivo _____
- ☐ Programmato il (i prelievi ematici vanno ripetuti a 1-3-6 mesi) _____

ESAMI TOSSICOLOGICI

(Se necessari, i campioni vanno raccolti in doppio)

- ☐ Urine sangue _____
- ☐ Urine sangue _____
- ☐ Non eseguiti perché non necessari

ALTRI ESAMI

Test di gravidanza β HCG altro _____

TERAPIE PRESCRITTE E PROVVEDIMENTI SUCCESSIVE

Profilassi antibiotica per MST con (possono considerarsi sufficienti i primi due farmaci):

- ☐ Azitromicina cpr 1 g per os (unica dose)
- ☐ Ceftriaxone fl 250 mg i.m. (unica dose)
- ☐ Metronidazolo cpr 2 g per os (unica dose o 1 g + 1 g dopo 12 ore)
- ☐ Non eseguita; motivo: _____

Antitetanica: sì no

Vaccino epatite B sì no

- ☐ Intercezione post-coitale con:

Levonelle Norlevo (1 cps 1.5 mg monosomministrazione)

- ☐ Consulenza infettivologica e profilassi post-esposizione HIV programmata
- ☐ Consulenza psicologica programmata

PROGRAMMA TERMINE PERCORSO VIOLENZA SESSUALE

INVIO A DOMICILIO [SI] [NO]

RICOVERO OSPEDALIERO: UOC _____ SDO _____

Diagnosi _____

COLLOCAMENTO IN COMUNITA' DI ACCOGLIENZA

APPUNTAMENTO PER FOLLOW UP (controllo, colloquio, ritiro esami, altro)

Ha sporto denuncia: no sì dove _____
Intende farlo: no sì non ha ancora deciso
Denuncia d'ufficio: no sì da valutare (comunicare alla vittima)

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

Firma Case Manager Unità Rosa _____

Data ____/____/____ ORA ____:____ GIPSE n° _____

ALLEGATO n. 7 - 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

Percorso per le donne che
subiscono violenza

ALLEGATI

ALLEGATO N. 8

DATA: _____

REPARTO: _____

ID RICHIESTA: _____

TESTI RICHIESTI

Tampone Vaginale	
☐ Esame Colturale	V-706 (710 cup)
☐ Esame Microscopico	V-670
☐ Mycoplasma	V-781

Tampone Uretrale	
☐ Esame Colturale	V-706 (710 cup)
☐ Esame Microscopico	V-670
☐ Mycoplasma	V-781
☐ Chlamidia in PCR	V-825
☐ Gonococco	V-782

Tampone Cervicale	
☐ Esame Colturale	V-706 (710 cup)
☐ Esame Microscopico	V-670
☐ Mycoplasma	V-781
☐ Chlamidia in PCR	V-825
☐ Gonococco	V-823

Tampone Retale	
☐ Esame Colturale per S. agalactiae (SGB)	V-706 (807 cup)

NOTE CLINICHE: _____

Terapia ATB: _____ in corso ☐

Esame Microscopico a fresco: _____

NUMERO E DATA DEL TEST: _____

N° REG. EPID. _____

LOGOMORF. _____

NOME _____

COGNOME _____

SESSO: _____

ETÀ _____

INTELLIGIBILITÀ _____

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE
VITERBO
PARTITA IVA 01455570562

VIA ENRICO FERMI, 15
01100 VITERBO
TEL. +39 0761 3391

PEC prot.gen.asl.vt.it@legaiml.it
www.asl.vt.it

Distretto B
 Direttore: Dott. Giovanni Biancalana
 Via Enrico Fermi – Viterbo
giovanni.biancalana@asl.vt.it

ASL Viterbo
 Distretto A ☐ B ☐ C ☐

richiesta da inviare a mezzo e-mail
segreteriauvmd.distretto@asl.vt.it

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA

Il/la sottoscritto/a	
Qualifica professionale	
Ente e servizio di appartenenza	
Recapito telefonico – email	

Propone l'attivazione dell'UVMDI per il seguente caso:

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Residenza	
Recapito telefonico	
MMG/PLS	

Motivo della richiesta

Informazioni sociosanitarie utili (patologie, accompagnamento, situazioni socio-economiche e familiari particolari, etc)

--

Servizi sociali attivi? (in caso affermativo indicare l'operatore di competenza e il recapito del Servizio)

Servizio	Operatore	Recapito tel. – email

Servizi sanitari attivi? (in caso affermativo indicare i servizi, gli operatori e il recapito del Servizio)

Servizio	Operatore	Recapito tel. – email

Il presente documento è vincolato al segreto professionale e d'ufficio

Si propone il coinvolgimento di:			
	Nominativo operatore	Distretto	Recapiti
MMG			
PLS			
SERD			
UOSD Disabile Adulto			
UOC PSICOLOGIA			
TSMREE			
CONSULTORIO			
OSPEDALE S.Rosa			
DSM			
SERVIZIO SOCIALE COMUNALE			
ALTRO			
OPERATORI UVMD DISTRETTO B			
Altro (specificare)			

Data _____

Firma _____

Sezione a cura del Servizio Sociale Professionale e della Direzione del Distretto

Si autorizza attivazione UVMD con il coinvolgimento di:			
	Operatore proposto	Distretto	Recapiti
MMG			
PLS			
SERD			
UOSD Disabile Adulto			
UOC PSICOLOGIA			
TSRMEE			
CONSULTORIO			
DSM			
SERVIZIO SOCIALE COMUNALE			
Altro (specificare)			

Non si autorizza attivazione UVMD (motivazione)

Data _____

Il Direttore del Distretto

Il presente documento è vincolato al segreto professionale e d'ufficio