



LINEE GUIDA

**assistenza sanitaria,
medico-legale, psico-sociale
nelle situazioni di violenza
alle donne e ai bambini**

**a cura del SVS
Soccorso Violenza Sessuale**



Provincia di Milano

Continue notizie di cronaca ci costringono a prendere atto che la violenza contro le donne e i minori non è diminuita, anzi! Molti sforzi sono ancora necessari per contrastare questi eventi. Sono convinta, e con me lo è la Giunta Provinciale milanese, che gli uomini e le donne che si occupano di politica debbono fare la loro parte. La Provincia di Milano è stata sempre disponibile a collaborare con le altre istituzioni per mettere in atto azioni concrete che aiutino a diffondere una cultura diversa della prevenzione e dell'accoglienza. Abbiamo già prodotto, insieme all'assessore alla Cultura, culture e integrazione Daniela Benelli, un documentario destinato a sensibilizzare gli amministratori locali, la cittadinanza, e ad essere diffuso nelle scuole medie superiori: "Se potessimo cambiare il finale...SVS il soccorso violenza sessuale". E' evidente che una diversa percezione sociale del fenomeno e un'accoglienza sanitaria corretta sono variabili importanti per chi subisce questi reati. Tuttavia solo in poche città italiane esistono centri pubblici in grado di fornire un primo soccorso competente, rispettoso dell'autonomia delle donne, in cui operatori psico-socio-sanitari formino un gruppo di lavoro che possa affrontare la complessità dei bisogni portati dalle vittime.

Per questo ho immediatamente aderito alla proposta del Soccorso Violenza Sessuale di Milano di pubblicare, grazie al contributo della Provincia di Milano, Linee Guida che favoriscano la conoscenza dei comportamenti da adottare per rispondere all'iniziale richiesta d'aiuto delle donne, delle adolescenti e dei bambini. Ho sempre pensato che aiutare gli operatori sanitari, e non solo, ad affrontare con strumenti adeguati le emergenze di questo tipo, possa essere un primo passo nel percorso di uscita dalla violenza.

Mi sembra di poter affermare che questo libretto, possa offrire un momento di conoscenza e di riflessione sulla complessità dell'intervento a favore di donne e di bambini che hanno subito e subiscono violenze sessuali e violenze domestiche, sui molteplici aspetti che connotano questa problematica: sociali, psicologici, sanitari, legali e giuridici. Non troverete solo un elenco di regole di comportamento che si traducono in limiti piuttosto che in risorse. Mi auguro che potrà essere utilizzato come un agile strumento da operatori di diversa professionalità e che possa contribuire ad ampliare lo sguardo su un così grave problema sociale.

Si ringrazia il personale del Soccorso Violenza Sessuale della Fondazione IRCCS Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, dell'ASL Città di Milano e dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano per lo sforzo profuso in questi anni e per l'organizzazione del Convegno Nazionale "10 anni di Soccorso Violenza Sessuale: che cosa è cambiato?".

Arianna Censi

*Consigliera delegata alle Politiche di Genere
Provincia di Milano*

Milano, 16 Novembre 2006

PREMESSA	pag. 3
DEFINIZIONI DELLA VIOLENZA E ALCUNI DATI	pag. 7
Tipologia della violenza sessuale	pag. 8
Tipologia della violenza domestica	pag. 9
VIOLENZA SESSUALE E SALUTE	
Le raccomandazioni alle istituzioni	pag. 10
ASPETTI PSICOLOGICI	pag. 12
PROTOCOLLO DI INTERVENTO SANITARIO	pag. 15
Anamnesi della violenza sessuale	
Esame obiettivo	pag. 20
Sintomatologia	
Esame ispettivo extra-genitale	pag. 21
Esame ginecologico	pag. 22
Prelievi	pag. 23
Profilassi	pag. 24
Conclusioni	pag. 25
ABUSO SESSUALE INFANTILE	pag. 26
Glossario dei reperti	pag. 32
PROCEDIBILITÀ DELITTI SESSUALI	pag. 34
ALTRO DELITTO PERSEGUIBILE D'UFFICIO	pag. 36
MISURE CONTRO LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI FAMILIARI	pag. 39
Riferimenti bibliografici	pag. 41
ELENCO NAZIONALE CENTRI ANTIVIOLENZA	pag. 42

La violenza contro le donne diventa allarme sociale in occasione di eventi eclatanti, come la violenza sessuale da parte di sconosciuti, soprattutto se extracomunitari singoli o in gruppo, e la violenza domestica quando esita nella morte della vittima. Anche la violenza contro i bambini diventa visibile nei casi di indagini su gruppi di pedofili o di infanticidio; scandalizza anche la scoperta di siti internet dedicati alla pedopornografia, ancor più se accompagnata a episodi di sadismo contro i minori. Le campagne di stampa allora svegliano le coscienze almeno per un breve periodo, aggiungendo sempre nuovi episodi, creando un clima di straordinarietà rispetto al fenomeno. Dopo di che si assiste a un progressivo spegnersi dell'attenzione e apparentemente ritorna la quiete, la rassicurante ignoranza. La violenza, che tutti giustamente condannano come un crimine odioso, torna tendenzialmente invisibile, specie quella quotidiana che avviene nell'ambito della sfera privata contro donne e minori, ancora privi di un reale riconoscimento dei diritti e delle pari opportunità.

L'idea stereotipa di violenza, comune tra gli operatori socio-sanitari, è che sia un grave reato, ma relativamente poco frequente. Anche per questo si tende a non riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie troppo rare. Purtroppo i dati sulla diffusione della violenza sia domestica sia da parte di persone conosciute alle vittime, dimostrano il contrario. La prevalenza della violenza nella nostra società è elevata, molto più di quanto riusciamo ad ammettere. E non si limita a colpire persone di livello socio-culturale basso, non è necessariamente connessa ad altri comportamenti devianti, non è determinata dall'etilismo o dalla tossicodipendenza, che al massimo possono essere i momentanei fattori scatenanti. E' invece diffusa trasversalmente tra tutti gli strati sociali e sfugge a categorizzazioni rigide. Dobbiamo quindi iniziare a distruggere questa serie di stereotipi, che manterrebbero invariato il fenomeno, perpetuando la cecità e sordità che finora ha impedito di aiutare le vittime. Altrettanto dobbiamo fare sul fronte della violenza sessuale. Ad esempio non c'è correlazione tra abbigliamento della donna e rischio di subire violenza. Possono essere indifferentemente stuprate donne giovani o vecchie, vestite con abiti attillati o con pantaloni informi, di giorno o di notte. Non sono queste le variabili determinanti. Essere salite spontaneamente sulla macchina dell'aggressore o essere andate a casa sua non è una giustificazione per l'imposizione di un rapporto sessuale non desiderato. Il no di una donna ad un atto sessuale, in qualunque momento o circostanza sia dato, deve acquistare nella coscienza di tutti la dignità di limite invalicabile oltrepassando il quale inizia la violenza sessuale. Non dovrebbe nemmeno più essere pensato che in fondo le donne desiderano essere violentate, che se la sono cercata, che sono state facili prede per i loro comportamenti sbagliati. Concentrare l'attenzione sul colpevole e non sulla vittima è fondamentale, se si vuole che le donne escano dal silenzio con cui hanno scelto di celare le violenze subite.

A volte è l'inizio di una gravidanza l'occasione scatenante del manifestarsi di un

conflitto, della rottura di un precario equilibrio e da quel momento le violenze psicologiche o fisiche possono entrare a far parte del nuovo lessico familiare della coppia. Il ricatto economico, il bisogno di condivisione delle responsabilità parentali, la difficoltà di modificare le proprie abitudini di vita per adattarsi all'impegno del ruolo materno, il senso di inadeguatezza e di progressiva insicurezza, la vergogna per il fallimento della coppia, la paura della solitudine e, a volte, ancora un residuo sentimento d'amore, impediscono alla donna di rendere pubbliche le violenze. All'inizio subisce nella speranza che ogni volta sia l'ultima che il suo partner la picchierà o insulterà. Speranza supportata spesso proprio dagli atteggiamenti dell'uomo, che trova giustificazioni esterne ai suoi comportamenti violenti, che li minimizza riconducendoli a una esplosione di rabbia determinata da difficoltà momentanee, che le parla di gelosia e quindi pur sempre di "amore", che arriva persino a chiedere scusa, che la riconferma nel suo ruolo di salvatrice della coppia. Alla fine continua a subire per l'impossibilità di intravedere altre vie di uscita, per i figli e per sé.

Ai centri antiviolenza e talvolta ai consultori, arrivano donne che hanno già deciso di chiedere aiuto per uscire da un legame violento, mentre ad un Pronto Soccorso arrivano donne diverse, non meno sofferenti, ma spesso ancora incapaci di dare un nome a ciò che è avvenuto, che raccontano storie di improbabili cadute accidentali o di incidenti domestici contro spigoli di porte o altri eventi altrettanto inverosimili. Donne che non riuscirebbero a pronunciare la parola violenza sessuale per descrivere rapporti subiti dopo minacce o percosse da parte del partner. Gli operatori di un Pronto Soccorso e i medici di base anche se hanno di sicuro incontrato nella loro professione persone che hanno subito maltrattamenti fisici o psicologici, raramente le hanno riconosciute. Non per cecità o per sordità, ma per l'intrinseca difficoltà di riconoscere ciò che quelle stesse persone hanno scelto di nascondere, mimetizzando la violenza del partner dietro una più rassicurante dichiarazione di lesione da incidente occasionale. D'altra parte, anni di studio e di pratica professionale hanno insegnato ai medici e agli operatori sanitari le risposte terapeutiche adeguate ad una persona malata che si rivolge loro in base ad un patto esplicito, mentre è scarsa l'attitudine al riconoscimento dei segnali inespressi. Non sono stati preparati ad indagare sulle motivazioni che portano gli individui a richiedere il loro aiuto sui conflitti di coppia, sugli ulteriori elementi di fragilità delle persone. Tuttavia se si vuole provare a capire è necessario imparare ad ascoltare in modo diverso, a prestare attenzione ad altro, anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare. Non si assolve l'impegno di cura se ci si limita a medicare le ferite attuali, senza osservare le pregresse ecchimosi di diverso colore, il dolore psichico eccessivo rispetto all'evento traumatico dichiarato, l'atteggiamento di difesa e di paura. Entrare in sintonia e in empatia si può, purché ci si ponga il problema di quale sia la domanda reale di quella persona, venuta apparentemente per farsi curare una ferita. E' raro che vi sia una lesione grave o una frattura zigomatica o del

setto nasale; la maggioranza delle donne ha ecchimosi magari multiple, ma che in fondo non necessitano veramente di un intervento sanitario, né di una medicazione. E allora perché quella persona è venuta in un Pronto Soccorso? Non per far perdere tempo ai medici, pressati da ben più gravi emergenze, ma per chiedere aiuto, conforto, attenzione e forse anche per far capire al partner maltrattante, che tra l'altro spesso addirittura l'accompagna, che ha superato il limite. Ben altra coscienza di sé le sarebbe necessaria per trovare il coraggio di rendere esplicite queste richieste. Per questo spetta agli operatori sanitari capire quale è la domanda inespressa, così come spetta loro fare una diagnosi. Curare in questi casi richiede una competenza professionale che travalichi la scienza medica e coinvolga aspetti psicologici, sociali e legali. Tutte queste parti devono essere riassunte in un ambiente sanitario che non facilita l'ascolto, nel caos di un normale pronto soccorso ospedaliero dove si è addestrati ad agire rapidamente per risolvere emergenze mediche o chirurgiche, ma a nessuno è concesso il tempo per capire situazioni diverse. Sono luoghi dove sembra impossibile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere il contesto sociale e familiare delle persone che si rivolgono a noi. Questo tempo però va trovato, se si è convinti che la prevenzione di ulteriori danni per la donna e per i figli di quella coppia sia possibile solo se la diagnosi viene posta prima che si cronicizzi la storia di maltrattamento. La spirale degli abusi e delle violenze domestiche può essere l'inizio di una catena di eventi violenti che coinvolgeranno anche le generazioni future. I figli maltrattati dai genitori o che assistono alla violenza domestica hanno molte più probabilità di divenire a loro volta partner o genitori maltrattanti. La vulnerabilità delle vittime, le loro difficoltà spesso rendono più difficile prevedere un progetto condivisibile di uscita dalla violenza. Tuttavia, non è nella donna che va ricercata la causa dei comportamenti violenti esercitati contro di lei, al massimo vanno tenuti in considerazione gli elementi che rientrano tra i fattori predisponenti verso cui rivolgere l'attenzione per un'operazione di prevenzione primaria.

In queste situazioni la capacità d'ascolto da parte degli operatori è fondamentale. Allora come darsi e darle il tempo? La soluzione più semplice e priva di controindicazioni è di tenere in osservazione la donna fino ad un momento di maggiore tranquillità, rimandare a casa il partner sospettato d'essere autore delle lesioni, creare un'atmosfera di simpatia intorno a lei, insomma creare le premesse per un futuro ascolto. Un atteggiamento disponibile e non giudicante è già una prima risposta, che attribuisce significato e dignità alle sofferenze e ai disagi espressi; sollecita nell'altro il desiderio di spiegarsi e di farsi capire, favorendo un primo livello di chiarificazione ed elaborazione.

La coscienza di una potenzialità "salvifica" di una diagnosi corretta e tempestiva non deve tuttavia determinare un senso d'onnipotenza, sindrome rischiosa per gli operatori socio-sanitari, tanto quanto il senso di cronica impotenza. L'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare una

scelta d'uscita dalla violenza, che richiede per la donna di iniziare un percorso ben più lungo e complesso. Le facili certezze in questo campo altrimenti sono destinate a scontrarsi presto con le soggettive difficoltà della donna. Ricordarsi che non si può e non si deve mai scegliere al posto del paziente, rende più facile comprendere che a volte l'unica azione utile richiestaci può essere di informare sulle opzioni possibili e sulla rete di servizi pubblici o di volontariato sociale in grado di fornire un aiuto competente, anche rispetto ai diritti legali. Senza quest'assunto aprioristico potrebbe essere esercitata, anche se con ottime intenzioni, una prevaricazione tesa a costringere la donna a aderire ad un progetto d'uscita dalla violenza che non rispetta i suoi bisogni e i suoi tempi. D'altra parte solo lei è titolare del diritto di scelta sulla sua vita, anche se la legge impone agli incaricati di pubblico servizio (quali i medici, gli psicologi, gli infermieri e gli assistenti sociali) un obbligo di denuncia per alcune tipologie di maltrattamento e di violenza sessuale.

Chiunque si occupi di questo problema conosce il rischio di tramutare l'iniziale comprensione in giudizio negativo, in insofferenza, in esplicita intolleranza e proprio per questo è importante mantenere il senso del limite del nostro intervento. Se una donna non ha maturato la decisione di separarsi dal partner maltrattante o di presentare una querela per le violenze subite, non sarà la denuncia di reato fatta dagli operatori di un servizio e il conseguente intervento della magistratura, a spingerla verso questa scelta. Bisogna sempre tenere presente che proprio l'avvio di un'indagine giudiziaria può accentuare il rischio per lei di subire ulteriori e più gravi violenze. Ogni volta, quindi, che denunciando questi reati dobbiamo spiegarlo alla donna e metterla in grado di attivare una possibile protezione.

In definitiva una volta riconosciuto che quella donna ha un problema più ampio rispetto alla ferita o alla malattia per cui si è rivolta ad un servizio sanitario, bisogna essere in grado di fornirle, in quel primo incontro o in momenti successivi, tutte le informazioni necessarie sulla rete attivabile. Per maturare una decisione autonoma la donna necessita, infatti, di tempo; gli aiuti e i sostegni che si attiveranno intorno a lei, anche e soprattutto quelli di una ricostituita rete amicale e parentale, sono importanti. Darsi e darle il tempo di nuovo diventa prioritario rispetto a qualunque azione. La speranza di chi opera al Soccorso Violenza Sessuale (SVS) è che momenti di formazione specifica sul tema della violenza sessuale e della violenza domestica servano a diffondere una diversa cultura tra i medici e tra il personale socio-sanitario, e anche nella percezione sociale. Queste linee guida, scritte con l'intento di aiutare ad affrontare nell'emergenza situazioni di violenza sessuale e domestica, tengono conto della realtà che limita l'azione degli operatori sanitari ma non pretendono di insegnare la complessità della costruzione di un progetto condiviso con le vittime.

Violenza sessuale è qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica da parte di chiunque, indipendentemente dalla relazione con la vittima.

“Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali...” (legge 66/1996).

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite (1993) definisce la violenza contro le donne:

ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale o psicologico o una sofferenza della donna compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o arbitraria coercizione della libertà sia nella vita pubblica che in quella privata.

L'OMS definisce la violenza come:

l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona ... che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni”.

Pur in assenza di dati epidemiologici e statistici sul fenomeno in ambito sanitario e a causa di un numero assai ridotto di denunce di questi reati, sulla base di un'indagine ISTAT (L. Sabbadini, Roma, 1998, 2002, 2004), si può cercare di quantificare la portata del fenomeno in Italia.

Violenza sessuale

Nell'arco della loro vita il 51,6% delle donne intervistate subisce molestie sessuali, il 3,6% tentati stupri e lo 0,6% stupri. Gli stupri e i tentati stupri nel 70% circa avvengono da parte di uomini conosciuti dalla vittima.

Violenza domestica

Si stima che siano circa 250 le donne che ogni giorno subiscono aggressioni fisiche da parte di un membro della propria famiglia, in particolare dal partner o ex partner.

Nel 75% dei casi di donne uccise, la morte è avvenuta per mano del partner o ex partner (fonte EU. R.E.S 2003). Nel 70% dei casi di uxoricidio si è riscontrata l'esistenza di pregressa e reiterata violenza domestica (A.C. Baldry, 2006).

Alcuni aspetti del fenomeno evidenziati da chi si occupa di violenza domestica e violenza sessuale (SVS di Milano, E. Reale del Centro Salute Mentale Donna di Napoli, Centri antiviolenza del privato sociale) sono:

Quali sono i soggetti più a rischio?

Soprattutto le donne, indipendentemente dalle condizioni sociali, culturali, familiari; con maggiore frequenza nella fascia d'età tra i 18 e i 34 anni, ma anche nelle altre età della vita (dalle più giovani alle più anziane)

Dove avviene più frequentemente la violenza?

- casa propria
- casa dell'aggressore (specie se conosciuto)
- auto
- strada
- portone di casa o garage
- giardini e aree dismesse
- luogo di lavoro

Chi sono prevalentemente gli autori della violenza?

- Partner
- ex partner
- amici
- conoscenti occasionali,
- parenti
- colleghi di lavoro e superiori
- sconosciuto/sconosciuti

Quali violenze sono più diffuse e meno denunciate?

Quelle che avvengono all'interno di un rapporto di fiducia o di soggezione: dal partner, ex partner, amico, parente, datore di lavoro, collega, professore, medico,...

Quali sono le violenze meno diffuse e più denunciate?

Quelle compiute da estranei o da conoscenti occasionali

TIPOLOGIA DELLA VIOLENZA SESSUALE:

- Intrafamiliare
- da persone conosciute
- da persone sconosciute

Modalità di attuazione della violenza sessuale

Le modalità con cui viene messa in atto la violenza sessuale possono essere molteplici e vanno dalle molestie sino allo stupro. La penetrazione vaginale, anale o orale non è necessaria perché si configuri il reato di violenza sessuale. Può essere perpetrata sia da un singolo aggressore che da un gruppo. Quando gli aggressori presenti all'episodio di violenza sessuale sono più di uno si configura una violenza di gruppo, sia che tutti partecipino attivamente, sia che ne siano intenzionalmente testimoni. Anche il coniuge che costringe ad un rapporto sessuale con violenza o minaccia compie un reato.

TIPOLOGIA DELLA VIOLENZA DOMESTICA:

- fisica, aggressione con armi, fino all'omicidio
- sessuale
- minacce di tali violenze, intimidazione
- psicologica, controlli oppressivi, disprezzo, svalutazione
- violenza economica
- limitazione della autonomia, della libertà personale, coercizione
- omissione di assistenza
- violenza assistita da parte dei figli minori

La violenza domestica comprende gli atti di vessazione compiuti dal partner intimo o da altri membri del nucleo familiare.

Maltrattamenti fisici

- schiaffi, percosse, calci, torsione di braccia, morsi, accoltellamento, strangolamento, bruciature, soffocamento,
- minacce con un oggetto o un'arma

Sono comprese anche le pratiche tradizionali in alcune culture che recano danno alle donne: mutilazione dei genitali femminili e l'ereditabilità della moglie (pratica di trasmettere in eredità la vedova e tutte le sue proprietà al fratello del marito deceduto).

Vessazioni sessuali

- la costrizione al rapporto sessuale tramite minacce, intimidazione o uso di forza fisica, rapporti sessuali estorti contro volontà,
- coercizione ad avere rapporti sessuali con altri.

Vessazioni psicologiche

- comportamenti volti ad intimidire e perseguitare
- minacce di abbandono o di maltrattamenti
- segregazione in casa
- sorveglianza ossessiva
- minaccia di allontanamento dai figli
- distruzione di oggetti di casa o di proprietà della donna
- isolamento dalla precedente rete familiare e amicale
- aggressione verbale e umiliazione continua

Vessazioni economiche

- rifiuto di concedere soldi
- rifiuto di contribuire finanziariamente alle esigenze del nucleo familiare
- privazione del cibo e delle esigenze di base
- controllo dell'accesso all'assistenza sanitaria, all'occupazione...

Anche se le categorie sopra esposte sono elencate separatamente, esse non si escludono a vicenda, anzi spesso si applicano allo stesso caso.

(*Innocenti Digest, 2000*)

VIOLENZA SESSUALE E SALUTE: LE RACCOMANDAZIONI ALLE ISTITUZIONI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dal 1995 pone in evidenza il problema della violenza contro le donne e dei suoi effetti come problema di estrema rilevanza per la salute.

Per l'OMS, infatti, la violenza di Genere (*Gender-based violence, GBV*) o *violenza contro le donne (Violence against Woman, VAW)*, è in tutto il mondo il più grande problema di salute pubblica e di diritti umani violati.

Come precisa Elvira Reale (E. Reale, 2001) : "...da alcuni anni (a partire dal 1995-96) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha cominciato a lanciare l'allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio in una serie di patologie di rilevanza per la popolazione femminile. In particolare sono stati condotti studi oltre che sulle patologie ginecologiche anche sulle patologie gastroenteriche, sulle patologie mentali ed in particolare sulla depressione, sui disturbi alimentari (anoressia, bulimia), sui disturbi d'ansia. Molti di questi studi hanno evidenziato in donne con eventi di violenza, subiti sia nel corso della vita che negli ultimi anni, una connessione con una o più delle patologie menzionate."

Vi è quindi una chiara indicazione a considerare la violenza contro le donne anche come un problema di sanità pubblica, che deve coinvolgere tutti gli operatori sanitari nella prevenzione del fenomeno e nel trattamento delle conseguenze in termini di danni alla salute fisica e psichica.

Queste indicazioni sono state accolte e tradotte in raccomandazioni in più di una occasione dalle istituzioni europee. Se ne riportano alcuni stralci.

Già nel settembre 2002 l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa aveva stilato la Raccomandazione n° 1582 per gli Stati membri, precisando che: **1)** la violenza contro le donne è "un fenomeno endemico che riguarda tutti i paesi europei e si osserva in tutte le categorie o classi sociali..." **2)** "Secondo le statistiche, la violenza in ambito domestico sarebbe per le donne di età tra i 16 e i 44 anni la principale causa di decesso e di invalidità, prima del cancro, degli incidenti stradali e anche della guerra.

Al punto **7)**: "L'Assemblea raccomanda agli stati membri del Consiglio d'Europa di adottare le misure seguentiVII) offrire al personale medico una formazione che gli permetta di individuare le vittime di violenza;"

Nel corso della 425° seduta plenaria del 22 febbraio 2006, il Comitato economico europeo ha adottato un parere e formulato raccomandazioni sul tema della violenza domestica contro le donne.

1.4 la violenza domestica contro le donne può essere affrontata efficacemente soltanto ad un livello nazionale adeguato. Per questo motivo ciascun Stato membro, nel quadro della strategia paneuropea, deve elaborare un **piano d'azione nazionale** per la lotta alla violenza contro le donne.

2.1.1 La violenza maschile contro le donne si è trasformata negli ultimi 40 anni da argomento tabù, considerato una questione privata delle singole donne

vittime, ad oggetto di intenso dibattito...

2.1.2 La violenza domestica contro le donne non è un problema individuale di una donna, ma un problema di politica sociale, correlato alla condizione strutturale di svantaggio e discriminazione in cui si trova la donna in società tuttora dominate dall'uomo. Il problema esiste in tutti i paesi e in tutte le classi sociali, sebbene con dimensioni diverse.

2.1.6 Vi sono prove inconfutabili del fatto che la violenza contro le donne ha considerevoli conseguenze psichiche, psicosociali e sul piano della salute, con ricadute sul sistema sanitario e sul mercato del lavoro.

2.3.12 Maggiore partecipazione dei servizi giuridici, di polizia, educativi, psicologici, medici e sociali.

2.3.12. La politica nazionale in questo settore dovrebbe essere intesa a garantire che i servizi giuridici, di polizia, educativi, psicologici medici e sociali siano in grado di riconoscere le situazioni di violenza appena esse si manifestano. La mancanza di conoscenze da parte dei servizi pertinenti sui sintomi, le forme di manifestazione, i cicli e l'escalation della violenza fa sì che la violenza sia messa a tacere, i processi non vengano riconosciuti e vengano adottate misure inadeguate, e tutto questo può avere conseguenze fatali.

Costi socioeconomici della violenza: una tipologia (Fonte: Buvinic et al, 1999)

Costi diretti: valore dei beni e servizi impiegati nel trattamento e nella prevenzione della violenza	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza medica • Polizia • Sistema giudiziario 	<ul style="list-style-type: none"> • Alloggio • Servizi sociali
Costi non monetari: dolore e sofferenze	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento degli stati patologici • Aumento della mortalità dovuta a omicidi e suicidi 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso di alcool e stupefacenti • Disturbi depressivi
Effetti moltiplicatori economici: macroeconomia, mercato del lavoro, impatto di produttività intergenerazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della partecipazione nel mercato del lavoro • Ridotta produttività nel lavoro • Minore reddito • Aumento dell'assenteismo • Impatto di produttività intergenerazionale dovuto alla ripetizione di anni scolastici e minore livello di istruzione raggiunto dai bambini • Riduzione degli investimenti e del risparmio • Fuga di capitali 	
Effetti moltiplicatori sociali: impatto sulle relazioni interpersonali e sulla qualità della vita	<ul style="list-style-type: none"> • Trasmissione della violenza da una generazione all'altra • Minore qualità della vita • Erosione del capitale sociale • Minore partecipazione alla vita democratica 	

La violenza sessuale causa una ferita invisibile, ma profonda, nel mondo interno di chi la subisce. Mentre il corpo della vittima ha processi di riparazione rapidi, il “segno” che permane nel tempo è evidenziabile solo da un punto di vista psicologico. La violenza può arrivare a causare anche un disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Si tratta di un trauma che non è facilmente assimilabile ad altri eventi traumatici, in quanto coinvolge tutte le parti che nella vita di un individuo sono messe in gioco nella quotidianità:

- il proprio corpo, in particolare la sessualità
- la fiducia in se stessi e negli altri
- la vita affettiva ed i conseguenti progetti di vita
- la vita di relazione.

Nel lungo termine si può osservare una cronicizzazione che potrebbe esitare in disfunzioni sessuali, abuso di sostanze, disturbi alimentari, comportamenti autolesionistici, intenti suicidari, fino a disturbi borderline di personalità.

Le conseguenze variano da persona a persona e dipendono:

da **fattori esterni** quali le circostanze, l'autore, la frequenza, le modalità dell'aggressione e la relazione con l'aggressore, dalle **caratteristiche di personalità** della vittima;

La violenza è una forma di coercizione, di sopraffazione di una persona verso un'altra. Dunque l'operatore ha l'obbligo di porsi nei confronti della vittima in modo trasparente e non direttivo; spiegare ciò che sta per fare e cercare sempre l'assenso di chi ha di fronte per garantire un contesto “sano”, ristrutturante, dove la persona si senta accolta. Un contesto opposto a quello della violenza.

La persona potrà giungere con atteggiamenti, emozioni, problemi diversi:

- presentare una estrema fragilità e vulnerabilità
- riferire un vissuto di disvalore, un senso di impotenza, di inferiorità per non aver saputo agire e difendersi dall'aggressore
- provare sentimenti di colpa e vergogna
- offrire un'immagine deteriorata di sé
- essere o sentirsi confusa, disorientata
- avere un'amnesia su alcuni aspetti importanti dell'evento
- piangere continuamente
- restare apatica, come se non provasse alcun tipo di emozione
- ripetere in modo ossessivo alcuni particolari dell'evento traumatico o dei momenti precedenti all'aggressione
- mettere in atto atteggiamenti difensivi non congrui con il racconto, compreso il riso o l'autoironia
- essere perseguitata dai ricordi, dai flash back, dall'odore dell'aggressore

- non riuscire a dormire, avere incubi ricorrenti
- evidenziare uno stato di ansia, depressione o angoscia
- aver sperimentato una minaccia grave (non necessariamente verbale) per la propria esistenza e per il proprio benessere fisico

Alcune raccontano di sentirsi delle sopravvissute, di aver temuto di essere uccise. L'evento traumatico, imprevisto e minaccioso, può aver avuto un effetto “paralizzante”: molte persone raccontano la tremenda paura sperimentata per la propria incolumità, che le ha bloccate nei movimenti, nell'eloquio, anche nei pensieri; questi effetti possono perdurare nel tempo.

Inoltre, spesso gli autori della violenza sono persone conosciute, con cui vi era una relazione affettiva, amicale o di lavoro; questo rende ancora più complesso parlarne e aggrava le conseguenze psicologiche.

Se non affrontata e rielaborata, la violenza può diventare un problema ancora più complesso, con gravi ripercussioni sulla vita futura di chi ne è stata vittima.

Nella presa in carico terapeutica delle vittime di violenza sessuale l'iniziale fatica potrebbe spesso essere quella di far emergere la domanda di aiuto, in quanto molte donne non desiderano ricordare il trauma subito.

E' auspicabile poter offrire un sostegno psicologico che aiuti ad affrontare le conseguenze della violenza, anche nel tempo. E' opportuno, a questo proposito, rendere comprensibile cosa significa aver subito una violenza sessuale, dare un senso alle emozioni e ai vissuti che possono riproporsi nei giorni, ma anche nei mesi (talvolta anni) successivi.

Rendere esplicito un quadro clinico di riferimento è dunque utile per dare alla vittima gli elementi in cui possa riconoscersi e comprendere la necessità di affrontare gli eventi, senza continuare a mettere in atto meccanismi di rimozione.

Alcune persone non riescono immediatamente a raccontare quanto successo per l'intensità dei vissuti e le gravi conseguenze della violenza sessuale. Non è utile in questo caso forzare un racconto. Meglio attendere che si sia creata un'atmosfera che favorisca il disvelamento dell'evento traumatico. In tali circostanze potrebbe essere molto importante che l'operatore sanitario si limiti a raccogliere, almeno inizialmente, solo quelle informazioni utili alla visita, ma che lasci ad un secondo momento o ad altri operatori un eventuale approfondimento. Essere accolti in un luogo strutturante e in un modo strutturato può essere il primo aiuto necessario per iniziare un percorso di superamento del trauma.

Alcune donne potrebbero riferire, oltre all'evento, condizioni di vita caratterizzate da una discreta o alta vulnerabilità (homeless, tossicodipendenza, etilismo, patologie psichiatriche, prostituzione, ecc.). Queste situazioni, che non sono ovviamente una giustificazione della violenza subita, divengono, tuttavia, un aspetto da non sottovalutare nell'accoglienza e nella relazione d'aiuto.

E' molto importante in ogni caso considerare il contesto di vita della persona per comprendere quali sono le sue risorse ambientali e sociali: se è sola, quali sono le sue relazioni significative, se ha un lavoro, una casa, un luogo sicuro in cui poter tornare e con chi, se ha figli minorenni.

La persona che racconta di avere subito una violenza sessuale ha bisogno di essere ascoltata e non giudicata. Gli operatori sanitari, che intervengono per primi, non debbono indagare la veridicità del racconto, ma prestare soccorso. Si ribadisce l'importanza di non minimizzare ma neppure drammatizzare l'evento. Inoltre, anche le storie che sembrano incredibili possono essere vere; la persona che chiede aiuto ha il diritto di riceverlo COMUNQUE, anche se raccontasse una non-verità. In quest'ultimo caso è evidente che vi è un disagio, una sofferenza che meritano un ascolto attento e un approfondimento, anche in momenti successivi.

Il percorso di rielaborazione del trauma può configurarsi come una presa in carico breve, focale, anche se talvolta le persone riferiscono situazioni e vicende pregresse che difficilmente possono esulare dal lavoro psicologico e che quindi potrebbero modificare i tempi e gli obiettivi dell'intervento sulla violenza sessuale.

E' difficile stabilire un modello unico di intervento, in quanto ogni caso e ogni situazione ha esigenze e un andamento non prevedibile in anticipo.

I colloqui si dovrebbero dunque "costruire" sulla persona, considerando che l'approccio potrebbe essere misto e prevedere dalla rielaborazione dei vissuti traumatici ad aspetti più psicoeducativi.

Può essere, inoltre, importante dare un sostegno ai familiari della vittima, aiutarli a contenere le emozioni e la rabbia, che inevitabilmente l'evento suscita.

All'interno di una relazione terapeutica la donna può essere aiutata a parlare, a rielaborare le immagini (flashback) che si ripresentano in modo intrusivo e imprevedibile, a rileggere gli incubi che tormentano il sonno, a ristrutturare le erronee convinzioni maturate dopo la violenza, a confrontarsi sugli aspetti problematici della quotidianità. L'obiettivo è di favorire la possibilità di riappropriarsi della propria vita che la violenza ha interrotto o compromesso, e di re-istituire la sua soggettività e integrità.

La violenza ha pesanti ripercussioni sulla salute delle donne e costituisce un problema sanitario di primaria importanza. L'OMS riporta innumerevoli conseguenze sulla salute delle donne che vanno dai disturbi genitali al rischio suicidario.

"La donna non conosce gli effetti della violenza sulla salute, non sa che tollerare la violenza ha costi elevati sull'equilibrio psico-fisico: informare la donna diviene allora il compito principale di ogni servizio sanitario e socio-sanitario che ha tra la sua utenza prevalente le donne. L'informazione deve riguardare sia il rapporto violenza-malattia sia i luoghi specifici (Servizi, Centri anti violenza, Consultori familiari, ecc.) dove la donna può discutere i suoi problemi e darvi opportuni inquadramenti prima che essi si trasformino in percorsi di malattia.... Per fare questo il mondo sanitario deve entrare in rete con altri servizi non sanitari, comportandosi come parte di un tutto che coopera alla soluzione del caso. Nell'azione sulle conseguenze della violenza le parti in gioco sono molte: gli operatori sanitari, sociali, della giustizia, il mondo dell'associazionismo delle donne che costituiscono il supporto più incisivo per offrire solidarietà alle altre donne." (E. Reale, 2001).

CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE SULLA SALUTE

(*"Violence Against Women"*, Consultazione OMS, 1996)

ESITO NON FATALE

Effetti sulla salute fisica:

- Ferite (dalle lacerazioni alle fratture e danni agli organi interni) - Gravidanza indesiderata - Disturbi ginecologici
- Malattie sessualmente trasmesse compreso l'HIV - Aborto spontaneo - Disturbo infiammatorio della pelvi
- Dolore cronico della pelvi - Emicranie - Invalidità permanenti - Asma - Sindrome di irritabilità intestinale - Disturbi gastroenterici cronici - Comportamenti autolesionisti (tabagismo, rapporti sessuali senza protezione)

Effetti sulla salute mentale:

- Stati depressivi - Paura - Ansietà - Scarsa autostima - Disfunzioni sessuali - Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi ossessivo-compulsivi - Disturbi da stress post-traumatico - Dipendenze da sostanze (alcol e droghe)

ESITO FATALE:

- Suicidio
- Omicidio
- Mortalità in gravidanza
- HIV/AIDS

E' fondamentale che medici e operatori sanitari, dopo aver ricevuto una formazione adeguata riconoscano questi problemi, sappiano farli emergere. Tutte queste situazioni potrebbero nascondere una storia di violenza domestica e/o di violenza sessuale o di abuso sessuale anche pregresso, per cui è necessario prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- c'è un ricorso ripetuto al pronto soccorso per ferite o traumi,
- c'è un racconto di dolore pelvico cronico, di continue infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche,
- vi è una storia di depressione, abuso di droga o farmaci, tentati suicidi.

In particolare la correlazione tra dolore pelvico cronico senza causa organica identificabile e pregresso trauma sessuale è segnalata da più studi (*Mc Cauley J. et al. JAMA 1997;Hilden M. et al. Int J. Obstetrics Gynaecology,2004*), così come la maggiore frequenza di dismenorrea e dispareunia (*Golding JM et al. Am J Obstet Gynecol 1998;Walker EA et al. Am J Med 1999*) e di disturbi gastroenterici cronici in donne con storie di abusi e violenze (*Pallotta 1998*).

La gravidanza può essere uno dei momenti scatenanti della violenza all'interno di una coppia. In gravidanza iniziano il 30% dei maltrattamenti da parte del partner e nel 13% dei casi si aggravano e intensificano episodi di violenza iniziati in precedenza (*Gazmararian et al. JAMA 1998*).

Fattori di rischio sono costituiti da una storia di maltrattamenti precedenti, dal fatto che sia una gravidanza indesiderata, soprattutto se insorta in giovane età, dall'isolamento e dalle scarse relazioni di sostegno da parte della famiglia, dall'alcolismo del partner.

Le conseguenze della violenza domestica in gravidanza possono essere: un aumento di abortività, di preeclampsia e di parti pretermine. Queste patologie sono spesso anche associate ad abuso di alcool, fumo e psicofarmaci e ad una bassa frequenza di controlli durante la gravidanza.

La violenza da parte del partner è la seconda causa di morte per le donne in gravidanza (*Population Reports 1999*).

D'altra parte proprio la gravidanza e il parto possono favorire un maggior contatto tra la donna e il personale sanitario, quindi possono fornirle l'occasione per far emergere la sofferenza legata alla violenza domestica e per poter formulare una richiesta di aiuto.

Possibili indicatori che dovrebbero indurre medici e ostetriche a sospettare situazioni di violenza sono: presenza di traumi giustificati con una storia confusa e contraddittoria, continue preoccupazioni per la salute non definite e uno stato ansioso non sedabile con rassicurazioni sul piano sanitario, partner sempre presente alle visite e screditante, a cui la donna tende a delegare le decisioni, difficoltà a seguire le prescrizioni sanitarie, mancata risposta ai trattamenti

prescritti, rifiuto di visite domiciliari da parte di assistenti sociali, personale dei consultori familiari o pediatrici.

Non bisogna temere di fare domande anche dirette su eventuali violenze fisiche o sessuali da parte del partner, evitando però di esprimere giudizi, minimizzare o mettere in dubbio l'attendibilità della paziente. Soprattutto bisogna cercare di effettuare almeno qualche visita in assenza del partner. Mai interrogare direttamente il partner nei casi in cui la donna decida di parlare della violenza subito. E' importante avere tempo e un ambiente riservato quando si affrontano temi così delicati, sapere ascoltare con un atteggiamento empatico e non giudicante. Va soprattutto tenuta presente la tutela della donna da violenze più gravi, compreso il rischio di omicidio.

Quando c'è un racconto esplicito di violenza domestica bisogna essere in grado, oltre che di occuparsi del problema dal punto di vista sanitario, di attivare una rete di aiuto e sostegno, con la possibilità di integrazione tra diverse figure professionali, soprattutto psicosociali. Il percorso di uscita da una situazione familiare violenta è lungo, comporta ripensamenti da parte della donna, determina una molteplicità di bisogni che richiedono un intervento complesso, non affrontabile dal singolo operatore.

I valori che stanno alla base dell'accoglienza sono:

- una sincera disponibilità,
- la non drammatizzazione, ma anche la non banalizzazione,
- la sospensione di qualunque giudizio,
- l'ascolto partecipato,
- la restituzione alla vittima del suo valore di "persona" e di protagonista in ogni fase dell'accoglienza e degli accertamenti: la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura sanitaria e psicosociale,
- la possibilità di rinviare senza essere incalzati dalla fretta e dall'urgenza,
- un *setting* ben preciso che garantisca contro il rischio di "agiti"

Se riusciamo a garantire almeno alcuni di questi valori, la vittima può accogliere la nostra proposta di aiuto nell'immediato o in un momento successivo.

L'intervento nella fase acuta comporta la necessità di sapersi confrontare con la sofferenza, l'angoscia, i sentimenti di orrore. L'operatore sanitario deve saper rispettare e contenere i sentimenti e le emozioni che la donna esprime in quel momento. Una buona esperienza di ascolto e accoglienza può favorire poi l'avvio di una presa in carico successiva per il superamento del trauma.

La complessità dell'evento traumatico "violenza sessuale" e le sue conseguenze richiedono che l'operatore sanitario non intervenga da solo, ma possa avvalersi della collaborazione di un collega.

Anche gli operatori sanitari, specie se lavorano in emergenza, possono essere

esposti a rischio di traumatizzazione vicaria, vivere in prima persona il trauma non per esposizione diretta ma per il contatto con la vittima. La condivisione con un collega o un altro operatore può essere una importante risorsa.

L'esperienza dei servizi che accolgono le vittime della violenza (donne o uomini, adulti o bambini che siano) suggerisce che la presenza di una figura di sesso femminile è molto importante. Comunque l'intervento sanitario deve sempre prevedere, almeno nella mente dell'operatore, un invio successivo ad una struttura dove la persona possa trovare accoglienza ed ascolto da un punto di vista psicologico per la rielaborazione del trauma. L'invio non dovrà essere una forzatura, un obbligo, ma la comunicazione di un luogo connotato, dove poter "scegliere" di andare.

Talvolta è possibile concordare con la vittima un percorso facilitante tale invio, nel senso che è l'operatore che potrebbe proporre di prendere direttamente contatto con il luogo prescelto, per creare una sorta di accesso preferenziale.

E' bene ricordare che può essere pericoloso mettere subito in discussione le forme di difesa della vittima. La persona, pur desiderandolo, può non essere in quel momento in grado di accogliere le ulteriori proposte di aiuto; la non adesione non significa necessariamente l'inefficacia dell'approccio in fase di accoglienza. Se nel primo incontro ha potuto sperimentare "uno spazio buono", potrà **riappropriarsene e utilizzarlo quando e dove lo desidererà.**

Di fronte a episodi di violenza sessuale avvenuta da poco tempo è molto importante un intervento sanitario in emergenza, che sia in grado di tenere conto sia degli aspetti più clinici che delle implicazioni medico legali.

E' fondamentale spiegare le fasi successive e le finalità degli accertamenti e richiedere il consenso della paziente per ogni singolo intervento. E' raro che le pazienti rifiutino alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire no consente di ripristinare quei limiti e confini che la violenza ha annullato. Gli accertamenti sanitari, le eventuali terapie, la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse possono avere il significato di restituire l'immagine di un'integrità fisica ancora presente o comunque recuperabile e aiutare a superare il senso di frantumazione che la violenza può causare.

E' necessario anche garantire una corretta raccolta degli elementi di prova, sempre ricordandosi che non e' compito dei sanitari accertare la veridicità del racconto o l'attendibilità della paziente.

In ogni caso, ma soprattutto nei casi di maltrattamento, è importante una descrizione accurata delle lesioni corporee, che faciliti una successiva valutazione dei tempi e delle modalità della loro produzione. Attraverso la diversa colorazione delle ecchimosi o il differente stadio dei processi riparativi si può documentare un maltrattamento continuato nel tempo.

Dal 2001 opera un gruppo di lavoro nazionale dell'AOGOI sui problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori che ha formalizzato i protocolli di intervento, ha proposto l'adozione di schede cliniche per rendere omogenea la raccolta dei dati e ha studiato i percorsi formativi per gli operatori coinvolti nella prima assistenza alle vittime di violenza.

Il protocollo prevede:

- compilazione della scheda anamnestica
- descrizione dell'esame obiettivo fisico e psichico
- raccolta di documentazione fotografica
- esecuzione di prelievi per esami batteriologici, ematochimici, tossicologici, infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi (in base alla descrizione degli eventi)

I test tossicologici o la tipizzazione genetica saranno effettuati eventualmente in un secondo tempo su richiesta della Magistratura.

E' importante che il materiale biologico e i prelievi ematici e urinari vengano conservati da laboratori in grado di effettuare gli esami tossicologici e la tipizzazione genetica.

ANAMNESI DELLA VIOLENZA SESSUALE

Devono essere riportati:

- data, ora e luogo dell'aggressione
- numero degli aggressori, conosciuti o no, eventuali notizie sull'aggressore
- presenza di testimoni
- minacce e eventuali lesioni fisiche
- furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze
- perdita di coscienza
- sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo
- se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente
- se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta
- se c'è stata penetrazione con oggetti
- se è stato usato un preservativo
- avvenuta eiaculazione
- manipolazioni digitali

ESAME OBIETTIVO

E' importante riportare:

- tempo trascorso tra la violenza e la visita
- precedenti visite presso altri operatori o presidi sanitari
- pulizia delle zone lesionate o penetrate
- cambio degli slip o di altri indumenti
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (secondo le diverse modalità della violenza)
- assunzione di farmaci
- previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore)

SINTOMATOLOGIA

Sintomi fisici:

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

Sintomi psichici:

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

ESAME ISPETTIVO EXTRA-GENITALE

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

Le **lesioni** più comuni possono essere **di tipo contusivo** (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni e fratture), dovute all'urto di una superficie corporea con una superficie piana o ottusa oppure essere provocate da un'arma.

Le **ecchimosi** sono lesioni "chiuse" che si manifestano come una discolorazione (il colore varia a seconda dell'epoca di produzione e va da rosso-blu per le più recenti a verdastro, a marrone e infine giallo per le più vecchie) dovuta alla rottura di vasi sottocutanei che provocano una infiltrazione dei tessuti. La modalità di produzione di tale rottura può essere per compressione (es. un pugno), per suzione (es. un succhiotto), o per strappo (es. un pizzicotto). Variano di dimensioni, a seconda della superficie contundente e possono riflettere la forma dell'oggetto, per esempio, se piccole e tondeggianti possono essere attribuibili a dita, a seguito di afferramento violento o, se più grandi, a pugni, calci o urti contro il suolo.

Le **escoriazioni** implicano una perdita di sostanza cutanea dovuta all'effetto di frizione di una superficie ottusa contro il corpo. L'irregolarità della superficie e la forza applicata si riflettono nella profondità della lesione. Escoriazioni lineari, parallele e superficiali possono rappresentare graffi, mentre vaste escoriazioni su dorso e glutei possono indicare il trascinarsi del corpo su una superficie. L'evoluzione delle escoriazioni avviene attraverso la formazione di croste sierose, siero-ematiche e ematiche.

Le **lacerazioni** sono delle soluzioni di continuo della cute solitamente a margini irregolari spesso associate a ecchimosi e escoriazioni. Le lacerazioni si distinguono dalle lesioni da taglio (inferte con un'arma bianca) per i margini irregolari e poco netti e per il fondo della lesione, che spesso presenta ponti e briglie. Quando la discontinuazione interessa il tessuto osseo prende il nome di **frattura**.

Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori).

Possono riscontrarsi segni di morsicature, sottoforma di ecchimosi o di escoriazioni in base agli elementi dentari rappresentati e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni. Nei casi di morsi è possibile, attraverso tamponi, prelevare materiale genetico dell'aggressore o rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore.

Nei casi di sospette fratture, anche pregresse è naturalmente necessario ricorrere a radiografie.

ESAME GINECOLOGICO

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

Va segnalata la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano).

L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti.

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

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

PRELIEVI

Tamponi per tipizzazioni genetiche

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

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

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

Tutto il materiale raccolto deve essere conservato presso strutture dotate di freezer a -20°/-80° che garantiscano una corretta conservazione delle prove raccolte e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove"). La tipizzazione genetica, se richiesta dalla Magistratura, dovrà essere effettuata in centri di provata esperienza.

Esami tossicologici

In base al racconto, possono essere effettuati esami tossicologici ematici o sulle urine.

È importante che i campioni di sangue e urine raccolti in doppio per ulteriori e più sofisticate ricerche, da effettuare eventualmente in un secondo momento su richiesta dalla Magistratura, siano conservati in modo adeguato per impedire il deterioramento dei campioni ad opera dei batteri; comunque vanno tenuti in freezer che garantiscano una corretta conservazione delle prove e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove").

Screening delle malattie sessualmente trasmesse

Tamponi vaginali e/o cervicali per la ricerca di:

- neisseria gonhorrea
- trichomonas vaginale
- clamidia trachomatis
- batteriosi vaginale

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

- VDRL-TPHA
- HIV
- markers per epatite B e C

PROFILASSI

Profilassi antibiotica

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

Lo schema consigliato è:

- AZITROMICINA 1gr. per os o TETRACICLINA 100mg. x 2 die x 7 giorni
- + CEFTRIAZONE 250 mg. i.m.
- + METRONIDAZOLO 2 gr. per os

In presenza di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi. Può essere consigliata la vaccinazione anti-epatite B.

Profilassi HIV

Il rischio di acquisire l'infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso ma non facilmente quantificabile. Nei casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza di questa patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli) o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia.

La terapia consigliata consiste in ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + INIBITORE DELLE PROTEASI. Va iniziata il prima possibile, probabilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane. E' consigliabile fare riferimento a un centro specializzato per le malattie infettive che seguirà la paziente per il periodo della terapia e per il follow-up.

Intercezione postcoitale

Se sono trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale con LEVONOGESTREL 750 mg. 2 cps in unica somministrazione.

CONCLUSIONI

La visita ginecologica è solo uno dei tanti elementi che concorrono a definire il quadro di una violenza sessuale. La maggioranza delle vittime non oppone resistenza, alcune per timore di essere uccise, e quindi solo raramente l'esame ispettivo permette di rilevare segni di certezza di avvenuta violenza. Soprattutto nei casi di donne adulte è presumibile che la maggioranza abbia già avuto rapporti sessuali in passato, per cui segni recenti di soluzioni di continuo dell'imene non sono ovviamente più riscontrabili e molte possono avere addirittura già partorito e avere solo residui imenali.

Sanguinamenti ano-genitali o aree ecchimotiche sono poco frequenti, mentre sono più facilmente evidenziabili segni di più modesta entità, anche se di dubbia interpretazione. Diversi studi nella letteratura internazionale e l'esperienza del SVS di Milano hanno dimostrato che le lesioni a livello genitale sono per la maggior parte lievi, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escoriazioni per lo più in sede anale o a livello di piccole labbra, forchetta e fossa navicolare e meno frequentemente a livello imenale. Il colposcopio o una lente di ingrandimento possono migliorare la rilevazione di piccole lesioni genitali.

Le lesioni più frequentemente riscontrabili sono extragenitali, nella maggioranza di lieve entità (piccole ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali) e solo in pochi casi si tratta di lesioni gravi.

Non tutte le donne violentate sono in grado di reagire e di conseguenza di dimostrare i segni incontrovertibili che le aiutino a provare l'avvenuta violenza.

Sulla base della sola visita ginecologica o dell'esame ispettivo non è possibile confermare o smentire il racconto della violenza sessuale.

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

Le presenti linee-guida sono l'elaborazione dei lavori: "Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia" (CISMAI – *Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, 2001*) e "Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni" (*gruppo di lavoro nazionale coordinato da dott.ssa Giolito, Torino 2002*), oltre che dei protocolli del Soccorso Violenza Sessuale di Milano.

L'abuso sessuale " ...si configura ...come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo.

L'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario) ...".

Perché l'intervento sia riparativo, è necessario che sia tempestivo e che salvaguardi "la protezione fisica e psicologica del minore ...con modalità che riducano al minimo il possibile costo psicologico...

Conseguentemente: la visita medica va effettuata esclusivamente da medici specificamente competenti" anche nella costruzione della relazione con un bambino.

Per un minore " la rivelazione è la conseguenza della presa di contatto con la propria esperienza traumatica, quanto più il bambino è stato danneggiato dall'abuso, tanto più può essere compromessa la sua capacità di ricordare e raccontare. (Inoltre) la rivelazione è un processo e passa per fasi che possono non risultare lineari e logiche."

Parlare con un bambino dovrà prevedere "una grande attenzione nell'evitare elementi di "suggestione negativa", ... (ma anche) di "suggestione positiva" sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino".

Negli ultimi 25-30 anni la comprensione del problema dell'abuso sessuale dei minori ha fatto enormi progressi, ma l'accertamento resta comunque difficile e complesso.

E' sostanzialmente un dato di fatto che, specie in età prepubere, l'abuso consiste per lo più in evenienze improntate a fatti di seduzione ed è perciò immediatamente intuibile come del tutto eccezionali siano le tracce di violenza fisica vera e propria, ma alquanto sfumate sono anche quelle rilevabili in area genitale.

Per riconoscere un abuso sessuale, allora, è necessario soprattutto capire quello che il bambino suggerisce con comportamenti, giochi, disegni, ma raramente con parole; sono necessari competenza ed aggiornamento continuo per quanto riguarda la rilevazione e l'interpretazione dei segni genitali; è necessario potersi

confrontare per scambiare impressioni e dubbi: in definitiva è indispensabile un intervento d'équipe.

Per essere corretta, la valutazione di un abuso sessuale deve essere effettuata da un gruppo pluridisciplinare, che comprenda ginecologi, pediatri, infermieri, medici legali, assistenti sociali, psicologi e, se necessario, chirurghi.

Tutta la letteratura internazionale è concorde nell'indicare l'opportunità che questo tipo di indagini siano affidate a centri specialistici dedicati.

Resta, ovviamente, importantissimo il ruolo di quanti (pediatri, medici di Pronto Soccorso, psicologi, insegnanti, educatori di comunità), sul territorio, possono essere i primi a sospettare l'abuso, inviando il minore ai suddetti centri.

La prima accoglienza per un bambino è un momento cruciale, pertanto per questi primi contatti vanno assicurati quiete e riservatezza ed un atteggiamento disponibile all'ascolto e mai frettoloso.

Se il bambino racconta spontaneamente un episodio di abuso, questo racconto deve essere registrato riportando esattamente le sue parole ed espressioni, senza commenti e domande.

In assenza di un racconto spontaneo non è opportuno porre domande dirette al bambino, ma si deve utilizzare il racconto indiretto, riferito dal genitore. E' opportuno che il minore non sia presente al colloquio con il genitore per non influenzarne il ricordo.

Il racconto e soprattutto i disturbi lamentati sono di considerevole importanza nello stabilire tempi e livelli della visita medica, come precisato nello schema seguente:

Ultimo episodio entro 72 ore

- Anamnesi immediata e visita medica
- Riscontri medico-legali
- Diagnosi di MST/Prevenzione di MST/Diagnosi di gravidanza
- Contraccezione

Ultimo episodio entro 5-7 giorni

- Visita al più presto possibile
- Riscontri medico-legali
- Diagnosi di MST /Diagnosi di gravidanza

Ultimo episodio settimane/mesi prima

- Visita in condizioni ottimali
(dopo racconto della vittima e valutazione psicosociale)

Se la visita medica, che è prevalentemente caratterizzata da una ispezione dettagliata della regione genito-ale senza l'uso di strumenti, non è di per sé traumatica, possono diventare tali invece interviste e visite multiple, rese magari necessarie da un primo intervento di un medico inesperto di questi problemi.

Vale la pena ricordare che la visita ad un bambino può essere effettuata solo con il consenso di chi ne ha la tutela o, alternativamente, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

È importante offrire al minore spiegazioni sulla modalità dell'accertamento ed ottenerne il consenso senza mai utilizzare forza, coercizione e/o inganno, rinviando eventualmente la visita se il bambino si oppone (nel rispetto del timing sopra riportato).

Scopo dell'esame fisico è quello di:

- riconoscere infezioni, lesioni genitali e anali o comunque quadri clinici anomali (non necessariamente attribuibili ad abuso, come diremo) e iniziare una terapia, se necessario;
- raccogliere eventuale materiale biologico, se l'abuso è recente;
- descrivere e documentare fotograficamente l'aspetto dei genitali esterni e della regione anale;
- rassicurare la/il bambina/o sulla sua integrità fisica e sul fatto che eventuali lesioni potranno guarire presto.

L'esame fisico deve essere preceduto dall'anamnesi (con particolare attenzione ai precedenti che riguardano non solo i traumi o gli interventi chirurgici in area genitale, ma anche la presenza di infezioni o infiammazioni locali, l'igiene ano-genitale, la presenza di enuresi, encopresi, le caratteristiche dell'alvo...) e consiste sempre in un esame generale ed in un esame genito-ale.

L'esame obiettivo generale registrerà eventuali segni di lesività esogena traumatico-contusiva (ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, fratture, avulsioni dentali) o da energia termica (ustioni), nonché le cicatrici.

Di ogni lesione tegumentaria si dovrà segnalare la sede, il colore, la forma, le dimensioni e le caratteristiche dei margini e, possibilmente, le stesse dovranno essere documentate fotograficamente.

Si tratta, come detto, di casi eccezionali, nei quali all'abuso sessuale si accompagna il maltrattamento fisico.

La ricostruzione patogenetica di queste lesioni deve essere particolarmente attenta, entrando in diagnosi differenziale eventi accidentali, malattie organiche e lesioni personali/maltrattamento.

Sono lesioni sospette per maltrattamento:

- ecchimosi ed escoriazioni in bambini in età molto precoce, allorquando la mobilità autonoma è inesistente
- lesioni non coerenti con quanto raccontato

- lesioni su molteplici regioni corporee
- ecchimosi in diverso stadio evolutivo
- lesioni al di fuori delle regioni sovrastanti prominente ossee
- la rottura del timpano
- lesioni lacerative del frenulo labiale
- segni di morsi umani
- ustioni formate da sigaretta e strumenti domestici
- ustioni da immersione in liquidi caldi
- ferite d'arma (vecchie cicatrici o nuove tracce)

Aiutano nell'inquadramento del problema diagnostico differenziale: il modo in cui il genitore gestisce l'accaduto, il tempo intercorso tra evento lesivo e visita medica, l'atteggiamento del bambino durante la visita, il ruolo e il comportamento dei genitori durante la visita.

Quando vi sia un sospetto, si impone l'indagine radiografica di tutto lo scheletro, essendo tipico del quadro della cosiddetta "sindrome del bambino maltrattato" la presenza di lesioni scheletriche (fratture craniche, costali, di ossa lunghe), che hanno spesso la caratteristica di risalire ad epoche diverse di produzione (riscontrabili dai segni di riparazione ossea).

Nella visita ginecologica si devono esaminare: l'area genitale - perigenitale (grandi e piccole labbra, clitoride e/o prepuzio), il vestibolo (uretra, area periuretrale), l'imene, l'ostio imenale (vagina distale), la fossa navicolare, la forchetta posteriore, l'area anale e perianale.

Utile l'uso del colposcopio, che permette di ingrandire l'area anatomica osservata, di effettuare misurazioni (con il reticolo oculare) e di registrare ciò che si vede (foto, videocolposcopia). La posizione della bambina durante la visita (supina, in decubito dorsale, a rana "frog-leg", litotomica o prona "knee-chest") e la tecnica usata per l'ispezione (separazione e/o trazione delle grandi labbra) vanno sempre indicate perché la morfologia delle strutture vulvari cambia a seconda di esse. L'anatomia genitale normale è anche influenzata dalle fasi di sviluppo del soggetto esaminato. In particolare varia la morfologia imenale, in concomitanza con il declino estrogenico nel primo anno di vita e alla maturazione puberale, successivamente. Sono varianti anatomiche normali l'imene puntiforme, a risvolto di manica, cribroso, semilunare, settato, fimbriato, anulare, a tasca (vedi tabella a pag. 33). Il diametro dell'ostio imenale aumenta con l'età e cambia con la tecnica di visita usata: la sua misurazione è stata infatti praticamente abbandonata.

In caso di minore di sesso maschile, la visita dell'area genitale deve esaminare la cute scrotale, i testicoli, il pene e, come per le bambine, deve comprendere la regione anale.

La visita anale, senza strumenti, si esegue con i piccoli pazienti supini, girati verso la loro sinistra oppure proni (knee-chest) e deve esaminare i seguenti aspetti:

- caratteristiche del perineo
- caratteristiche dei bordi e del tono dell'apertura anale
- riscontro di lesioni (fissurazioni, ecchimosi, ecc.)
- eventuale proctorragia

N.B. Per una corretta descrizione dei reperti sia extragenitali, sia genitali si rimanda al glossario specificato (pagine 32-33).

Tutti gli studi internazionali indicano come bassa la possibilità di acquisizione di malattie sessualmente trasmissibili in seguito ad episodi di violenza. Ciò nonostante, elementi altamente significativi ai fini della diagnosi di abuso derivano dal riconoscimento di alcune infezioni, per le quali è necessario predisporre i seguenti prelievi per microbiologia: tamponi per *Neisseria gonorrhoeae* a livello vaginale, anale ed orale e, nei maschi, a livello uretrale; campione di urina o tamponi per *Clamidia trachomatis* a livello vaginale ed anale e, nei maschi, a livello uretrale; tamponi per *Trichomonas vaginalis* a livello vaginale; eventualmente prelievi ematici per HSV I e II per lesioni sospette genitali e/o anali; test sierologico per HIV, *Clamidia trachomatis* e sifilide. Il tampone può essere vissuto come traumatico dal minore e va effettuato solo laddove giustificato da un fondato sospetto clinico (vulvo-vaginiti, secrezioni, ecc.).

Sulla base delle indicazioni anamnestiche, potrebbero risultare indicati tamponi per la ricerca di materiale biologico (saliva, sperma) del sospetto abusante, utili per una successiva tipizzazione genetica.

L'interpretazione dei reperti è, in parte, ancora controversa. La classificazione di maggior riferimento è attualmente quella di Adams (*Adams JA 2001 e proposta di revisione/aggiornamento sul Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, vol. 17, June 2004*), dalla quale emerge con estrema chiarezza come la visita medica non possa costituire, salvo pochi casi, l'unico elemento diagnostico.

Unici **segni patognomonic** di **contatto sessuale** sono infatti

- la gravidanza
- la presenza di spermatozoi in campioni prelevati dal corpo di un bambino.

In tale classificazione infatti sono **segni diagnostici per trauma penetrante** (che può però essere sia di natura sessuale, sia accidentale):

- la lacerazione acuta dell'imene
- un'ecchimosi (contusione) dell'imene
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno

- un'incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita), reperto che deve essere confermato con tecniche aggiuntive di esame come uso di cotton-fioc, posizione knee-chest, catetere di Foley. (Va inoltre rammentato che incisive complete si osservano anche in adolescenti e in giovani donne adulte sessualmente attive).

- assenza di tessuto imenale. Ampie aree nella metà posteriore del bordo imenale con assenza di tessuto imenale fino alla base dell'imene, assenza che è confermata con posizioni/metodi aggiuntivi di esame.

Infine, le seguenti infezioni **confermano contatto con secrezioni genitali infette, contatto molto probabilmente di natura sessuale:**

- coltura positiva per gonorrea da tamponi genitali, anali, faringei in un bambino oltre l'età neonatale
- diagnosi certa di sifilide, se può essere esclusa la trasmissione perinatale
- infezione da *trichomonas* vaginale in un bambino di età superiore all'anno, con identificazione dei microrganismi da parte di un tecnico di laboratorio esperto in secrezioni vaginali
- coltura positiva da tessuti genitali o anali per *Chlamydia*, se il bambino ha più di tre anni al momento della diagnosi e i campioni sono stati testati usando colture cellulari o metodi comparabili approvati dai Centers for Disease Control.

Prima di concludere queste note si richiama l'importanza di dedicare estrema cura nella redazione della documentazione sanitaria (cartella clinica o certificato), riportandovi sempre:

- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo;
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita;
- l'eventuale racconto spontaneo del minore;
- l'anamnesi;
- l'esame obiettivo generale ed il comportamento del bambino durante la visita;
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportando le posizioni in cui è stato visitato il bambino e l'eventuale uso del colposcopio);
- gli accertamenti eseguiti o richiesti;
- se sono state riprese immagini fotografiche.

Si rammenta infine che quando il medico di Pronto Soccorso, rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, evidenzia nel corso di una visita medica situazioni di grave pericolo per l'incolumità del minore in caso di immediata dimissione, può trattenerlo in ospedale, a prescindere dalle esigenze cliniche, "per approfondimenti", ai sensi dell'art. 403 cod. civ.: "Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali

insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere alla educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione”.

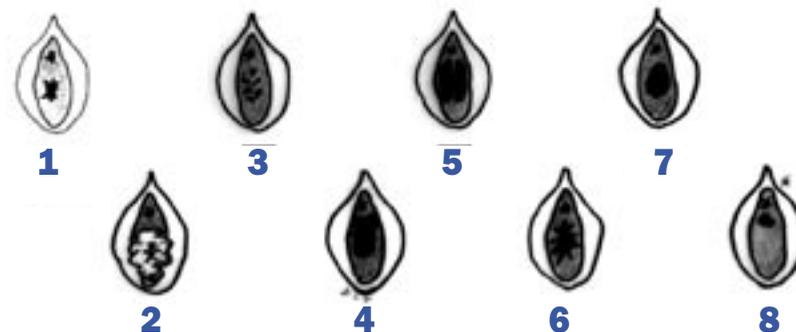
Al di là degli obblighi di segnalazione di reato alla Procura della Repubblica (vedi oltre) può essere opportuno chiedere l'intervento in tempi brevi del Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di attuare misure di protezione e tutela delle vittime minorenni. Inoltre, sul territorio esistono servizi di tutela (chiamati diversamente da regione a regione) che hanno il compito di prendere in carico i bambini vittime di abuso per la rielaborazione del trauma subito e di aiutare i genitori, non abusanti, per sostenerli psicologicamente.

GLOSSARIO DEI REPERTI

- **Arrossamento:** iperemia locale più o meno associata ad edema
- **Ipervascularizzazione:** chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero dei vasi e/o dilatazione dei vasi
- **Escoriazione:** perdita di sostanza superficiale dell'epitelio in un'area più o meno estesa (es. lesione superficiale da graffio)
- **Perdita di sostanza:** si intende una perdita di sostanza simile alla precedente ma che si approfondi fino allo stroma (guarigione che avviene per seconda intenzione con possibile tessuto di granulazione ed esiti cicatriziali)
- **Soluzioni di continuo:** lesione discontinuativa (in genere lineare) con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto (es. taglio)
- **Ecchimosi:** Soffusione emorragica sottopiteliale di cui è tassativo descrivere forma, dimensione e colore
- **Discromia:** variazione circoscritta di pigmentazione
- **Sinechie:** adesione tra superfici mucose e epiteliali non separabili senza cruentazione
- **Briglie periuretrali:** sottili pliche mucose a decorso concavo intorno all'ostio uretrale
- **Ragade:** ulcera dermo-epidermica localizzata al fondo di una plica radiata, caratterizzata da scollamento dei bordi, talora con formazione di tasche ai due estremi e/o ai due poli, a forma di losanga o di racchetta. Il fondo può essere rossastro e sanguinante se recente, di aspetto torpido se cronica. Per altre lesioni tegumentarie che non presentino questi caratteri, si segnaleranno soluzioni di continuo oppure perdite di sostanza, a seconda delle circostanze.
- **Attenuazione dell'imene:** riduzione significativa dell'altezza imenale

- **Friabilità forchetta:** particolare sottigliezza della cute che determina una estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione
- **Convessità** (bump o mound): nodularità del bordo imenale di aspetto e colore sovrapponibili a quelli della membrana imenale stessa
- **Appendici** (tags): sono proiezioni di tessuto aventi caratteristiche di colore e consistenza analoghe a quelle della mucosa (o della cute) circostante; il loro sviluppo in lunghezza è maggiore che in larghezza

VARIANTI ANATOMICHE IMENALI



- **1** puntiforme
- **2** a risvolto di manica
- **3** cribroso
- **4** semilunare
- **5** settato
- **6** fimbriato
- **7** anulare
- **8** a tasca

PROCEDIBILITÀ DELITTI SESSUALI

<ul style="list-style-type: none"> A) atti sessuali con violenza o minaccia o abuso di autorità (violenza sessuale art. 609 bis) B) atti sessuali senza violenza o minaccia o abuso di autorità (atti sessuali con minorenne art. 609 quater) 	autore		
		<ul style="list-style-type: none"> maggiorenne minorenne con differenza di età di >3 anni 	<ul style="list-style-type: none"> minorenne con differenza di età di < a 3 anni
	vittima		
	età <10 anni	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
	età 10/13 anni	A) ufficio B) querela	A) ufficio B) ufficio
	età 13/14 anni	A) ufficio B) querela	A) ufficio B) non reato
	età 14/16 anni	A) ufficio B) non reato	A) ufficio B) non reato
	età 16/18 anni	A) ufficio B) non reato	- -
età >18 anni	A) querela -	- -	
Violenza sessuale di gruppo art. 609 octies	autore		
		<ul style="list-style-type: none"> gruppo 	<ul style="list-style-type: none"> chiunque
	vittima		
età <10 anni	ufficio	ufficio	
età 10/13 anni	ufficio	ufficio	
età 13/14 anni	ufficio	ufficio	
età 14/16 anni	ufficio	non reato	
età 16/18 anni	ufficio	non reato	
età >18 anni	ufficio	-	
Atti sessuali al fine di far assistere la vittima (corruzione di minorenne art. 609 quinquies)			

autore			
<ul style="list-style-type: none"> ascendente (maggiorenne) genitore (anche adottivo) convivente genitore tutore relazione di convivenza 	<ul style="list-style-type: none"> persone cui, per ragione di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia è affidata la vittima 	<ul style="list-style-type: none"> pubblico ufficiale incaricato pubblico servizio se nell'esercizio delle proprie funzioni 	<ul style="list-style-type: none"> chiunque se connessi ad altro delitto perseguibile d'ufficio (vedi capitolo seguente)
vittima			
A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) non reato	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio B) ufficio
A) querela -	A) querela -	A) ufficio B) ufficio	A) ufficio -

ALTRO DELITTO PERSEGUIBILE D'UFFICIO

Di seguito si riportano alcuni dei delitti perseguibili d'ufficio più facilmente correlati all'ambito d'interesse.

Maltrattamento art. 572 c.p.	“Chiunque ... maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito ...”. Alcune pronunce della Corte di Cassazione riconoscono l'ipotesi di maltrattamenti anche per soli <i>abusi sessuali reiterati per un tempo apprezzabile</i> . In ogni caso, costituiscono maltrattamento non solo le violenze di tipo fisico ma anche le vessazioni psicologiche quali ricatti, inviti al silenzio, sottoposizione di materiale pornografico, ecc
Violenza privata art. 610 c.p.	“Chiunque, con violenza [581] o minaccia [612], costringe a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito ...”. Con questo articolo viene ad essere tutelata la libertà di autodeterminazione, la libertà psichica dell'individuo nella sua volontaria esplicazione, così da punire il comportamento di colui che, mediante minaccia o violenza anche psicologica pone in essere atti idonei a realizzare pressioni sulla volontà altrui, al fine di costringerla a fare, tollerare od omettere qualcosa.
Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato art. 611 c.p.	“Chiunque usa violenza [581] o minaccia [612] per costringere o determinare altri a commettere un fatto costituente reato è punito ...”. Casi in cui le violenze o le minacce sono finalizzate alla commissione di reati, tra i quali possono rientrare le false dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria (art. 371 bis c.p.), la falsa testimonianza (art. 372 c.p.), l'autocalunnia (art. 369 c.p.) ed il favoreggiamento personale (art. 378 c.p.).
Minacce gravi art. 612, 2° comma c.p.	“Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell'articolo 339, la pena è della reclusione fino a un anno e si procede d'ufficio” art. 339: circostanze aggravanti “se la violenza o la minaccia è commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o in modo simbolico, o valendosi della forza intimidatrice derivante da segrete associazioni, esistenti o supposte”.
Stato di incapacità procurato mediante violenza art. 613 c.p.	“Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei [50], in stato di incapacità d'intendere o di volere ...”. E' bene sottolineare le circostanze nelle quali la vittima viene posta in stato di incapacità di intendere e di volere mediante la somministrazione di sostanze.

Lesioni personali perseguibili d'ufficio art. 582 e segg. c.p.	Lesioni personali volontarie lievi, gravi e gravissime: a) Se la malattia ha una durata superiore ai venti giorni b) Se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585 c.p.: <ul style="list-style-type: none">• lesioni personali gravi: pericolo per la vita; malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; indebolimento permanente di un senso o di un organo;• gravissime: malattia certamente o probabilmente insanabile; perdita di un senso; perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile; perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare; permanente e grave difficoltà della favella; deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso; circostanze aggravanti: utilizzo di armi o sostanze corrosive
Atti osceni in luogo pubblico o aperto/ esposto al pubblico art. 527 c.p.	“Chiunque, in luogo pubblico o aperto o esposto al pubblico, compie atti osceni [529: agli effetti della legge penale si considerano osceni gli atti e gli oggetti che, secondo il comune sentimento, offendono il pudore] è punito ...”. <u>Ad es.</u> : locali pubblici, aule scolastiche, carceri, luoghi di lavoro, spazi condominiali, scompartimenti ferroviari, autovetture ferme in luogo pubblico, locali visibili dalla strada, ecc.
Abbandono di persone minori o incapaci art. 591 c.p.	“Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba averne cura, ...”. Tale circostanza ricorre in tutti quei casi in cui sussiste un rischio per l'incolumità della parte lesa.
Sequestro di persona art. 605 c.p.	“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito ...”. Sussiste quando la vittima viene privata per un tempo eccedente la effettiva commissione della violenza sessuale, ad esempio viene chiusa a chiave in un appartamento oppure nell'abitacolo di un'autovettura senza una concreta possibilità di fuggire o di invocare aiuto.
Violazione di domicilio aggravata art. 614, ultimo comma c.p.	“Chiunque si introduce nell'abitazione altrui, o in altro luogo di privata dimora, o nelle appartenenze di essi, contro la volontà espressa o tacita di chi ha il diritto di escluderlo, ovvero si introduce clandestinamente o con l'inganno, ... se il fatto è commesso con violenza sulle cose, o alle persone, ovvero se il colpevole è palesemente armato ...”. Deve intendersi violazione di domicilio aggravata dalla violenza o sulle persone - quando la violenza sessuale viene commessa da persona che entra o si trattiene nell'abitazione della vittima contro la volontà di quest'ultima - o dalla violenza sulle cose, ovvero dall'uso di armi.

MISURE CONTRO LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI FAMILIARI

<p>Induzione, favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione artt. 3 e 4 l. 75/58</p>	<p>Legge Merlin - Legge 20 febbraio 1958, n° 75 “Abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta contro lo sfruttamento della prostituzione altrui”. In particolare all’articolo 4 sono previste una serie di aggravanti tra le quali: inasprimenti di pena in caso si sovrappongano agiti con violenza, minaccia o inganno, se il fatto è commesso ai danni di persona minore degli anni 21 o di persona in stato di infermità o minorazione psichica, naturale o provocata, se il colpevole è un ascendente, un affine in linea retta ascendente, il marito, il fratello o la sorella, il padre o la madre adottivi, il tutore; se al colpevole la persona è stata affidata per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza, di custodia, se il fatto è commesso ai danni di persone aventi rapporti di servizio domestico o di impiego, se il fatto è commesso da pubblici ufficiali nell’esercizio delle loro funzioni; se il fatto è commesso ai danni di più persone.</p>
<p>Prostituzione minorile art. 600 bis, 2° comma c.p.</p>	<p>Con la legge 3 agosto 1998, n. 269, sono state identificate le “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”. All’articolo 2 è dettagliato il reato di prostituzione minorile.</p> <p>a) “Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione ...”</p> <p>b) “... chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa fra i quattordici ed i sedici anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica” (al di sotto dei 14 anni si rientra nel reato di atti sessuali con minorenni di cui all’Art. 609-quarter).</p>
<p>Pornografia minorile art. 600 ter e quater c.p.</p>	<p>Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”, integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.</p> <p>a) “Chiunque, utilizzando minori degli anni diciotto, realizza esibizioni pornografiche o produce materiale pornografico ovvero induce minori di anni diciotto a partecipare ad esibizioni pornografiche...”</p> <p>b) “Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all’adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto ...”</p> <p>c) “Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma ...”</p>
<p>Turismo sessuale (iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile) art. 600 quinques c.p.</p>	<p>“Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito ...”. Già introdotte con precedente dettato legislativo (L. 269/1998), con la legge 6 febbraio 2006, n. 38, sono state introdotte nuove “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”, integrandosi in parte la terminologia della vecchia normativa.</p>

Pare opportuno inoltre segnalare quanto riportato dalla legge seguente, che si pone come un valido strumento per interrompere la violenza e che deve, pertanto, essere conosciuta dagli operatori del settore.

Si ritiene il caso di precisare quanto seguirà.

- Riguardo a quanto contenuto all’art. 1, è stata espressamente prevista l’applicabilità della misura cautelare dell’allontanamento dalla casa familiare per i reati di violazione degli obblighi di assistenza familiare, abuso dei mezzi di correzione e di disciplina, prostituzione minorile, pornografia minorile, detenzione materiale pornografica e i delitti sessuali.

- Riguardo a quanto contenuto all’art. 2, inerente al Titolo IX-bis del c.c., Ordini di protezione contro gli abusi familiari, Art. 342-bis. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari), con la definizione di “condotta causa di grave pregiudizio all’integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell’altro coniuge o convivente,” si deve intendere quella riconducibile ai reati perseguibili a querela quali le percosse, alcuni casi di lesioni personali e di violenza sessuale, nonché la violazione degli obblighi familiari e la minaccia. La condotta non deve integrare un reato perseguibile d’ufficio, nel qual caso l’unica sede per la tutela dei diritti violati rimane il procedimento penale.

Legge n. 154 del 5 Aprile 2001

“Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”

Art. 1. (Misura cautelare dell’allontanamento dalla casa familiare)

2. Dopo l’articolo 282 del codice di procedura penale è inserito il seguente:

«Art. 282-bis. – (Allontanamento dalla casa familiare).

1. Con il provvedimento che dispone l’allontanamento il giudice prescrive all’imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l’autorizzazione del giudice che procede. L’eventuale autorizzazione può prescrivere determinate modalità di visita.

2. Il giudice, qualora sussistano esigenze di tutela dell’incolumità della persona offesa o dei suoi prossimi congiunti, può inoltre prescrivere all’imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa, in particolare il luogo di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti, salvo che la frequentazione sia necessaria per motivi di lavoro. In tale ultimo caso il giudice prescrive le relative modalità e può imporre limitazioni.

3. Il giudice, su richiesta del pubblico ministero, può altresì ingiungere il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto della misura cautelare disposta, rimangono prive di mezzi adeguati. ...

6. Qualora si proceda per uno dei delitti previsti dagli articoli 570, 571, 600-bis, 600-ter, 600-quater, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinques e 609-ocies del codice penale, commesso in danno dei prossimi congiunti o del convivente, la misura può essere disposta anche al di fuori dei limiti di pena previsti dall’articolo 280».

Art. 2. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari)

1. Dopo il titolo IX del libro primo del codice civile è inserito il seguente:

«Titolo IX-bis.

ORDINI DI PROTEZIONE CONTRO GLI ABUSI FAMILIARI

Art. 342-bis. (Ordini di protezione contro gli abusi familiari)

Quando la condotta del coniuge o di altro convivente è causa di grave pregiudizio all’integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell’altro coniuge o convivente, il giudice, qualora il fatto non costituisca reato perseguibile d’ufficio, su istanza di parte, può adottare con decreto uno o più

dei provvedimenti di cui all'articolo 342-ter.

Art. 342-ter. (Contenuto degli ordini di protezione)

Con il decreto di cui all'articolo 342-bis il giudice ordina al coniuge o convivente, che ha tenuto la condotta pregiudizievole, la cessazione della stessa condotta e dispone l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che ha tenuto la condotta pregiudizievole prescrivendogli altresì, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dall'istante, ed in particolare al luogo di lavoro, al domicilio della famiglia d'origine, ovvero al domicilio di altri prossimi congiunti o di altre persone ed in prossimità dei luoghi di istruzione dei figli della coppia, salvo che questi non debba frequentare i medesimi luoghi per esigenze di lavoro.

Il giudice può disporre, altresì, ove occorra l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare, nonché delle associazioni che abbiano come fine statutario il sostegno e l'accoglienza di donne e minori o di altri soggetti vittime di abusi e maltrattati; il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto dei provvedimenti di cui al primo comma, rimangono prive di mezzi adeguati, fissando modalità e termini di versamento e prescrivendo, se del caso, che la somma sia versata direttamente all'avente diritto dal datore di lavoro dell'obbligato, detraendola dalla retribuzione allo stesso spettante.

Con il medesimo decreto il giudice, nei casi di cui ai precedenti commi, stabilisce la durata dell'ordine di protezione, che decorre dal giorno dell'avenuta esecuzione dello stesso. Questa non può essere superiore a sei mesi e può essere prorogata, su istanza di parte, soltanto se ricorrano gravi motivi per il tempo strettamente necessario.

Con il medesimo decreto il giudice determina le modalità di attuazione. Ove sorgano difficoltà o contestazioni in ordine all'esecuzione, lo stesso giudice provvede con decreto ad emanare i provvedimenti più opportuni per l'attuazione, ivi compreso l'ausilio della forza pubblica e dell'ufficiale sanitario».

Art. 3. (Disposizioni processuali)

1. Dopo il capo V del Titolo II del Libro quarto del codice di procedura civile è inserito il seguente:

«CAPO V-bis.

DEGLI ORDINI DI PROTEZIONE CONTRO GLI ABUSI FAMILIARI

Art. 736-bis.

(Provvedimenti di adozione degli ordini di protezione contro gli abusi familiari).

Nei casi di cui all'articolo 342-bis del codice civile, l'istanza si propone, anche dalla parte personalmente, con ricorso al tribunale del luogo di residenza o di domicilio dell'istante ...

Nel caso di urgenza, il giudice, assunte ove occorra sommarie informazioni, può adottare immediatamente l'ordine di protezione fissando l'udienza di comparizione delle parti davanti a sé entro un termine non superiore a quindici giorni ed assegnando all'istante un termine non superiore a otto giorni per la notificazione del ricorso e del decreto. All'udienza il giudice conferma, modifica o revoca l'ordine di protezione.

Art. 5.(Pericolo determinato da altri familiari)

1. Le norme di cui alla presente legge si applicano, in quanto compatibili, anche nel caso in cui la condotta pregiudizievole sia stata tenuta da altro componente del nucleo familiare diverso dal coniuge o dal convivente, ovvero nei confronti di altro componente del nucleo familiare diverso dal coniuge o dal convivente. In tal caso l'istanza è proposta dal componente del nucleo familiare in danno del quale è tenuta la condotta pregiudizievole.

Riferimenti bibliografici

- Adams J.A., Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse, *Child Maltreatment Journal* n. 6, 2001
- Adams J.A., Medical evaluation of suspected child sexual abuse, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* n. 17, 2004
- AOGOI (Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), Sito: www.aogoi.it, link diretto <http://violenza.aogoi.info>
- Ballard T., Spinelli A., Violenza durante la gravidanza, in Romito, P (a cura di) *Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*. Angeli, Milano, 2000
- Baldry A.C., Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio, Angeli, Milano, 2006
- Bonomo S., Lo spazio buono come agente di cambiamento, ASL Città di Milano, 1998
- CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia, 2001
- Dubini V., Curiel P., La violenza come fattore di rischio in gravidanza, Congresso SIGO, 2003
- Gazmararian et al., Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions, *Matern child health Journal*, 2000
- Giolito M.R. et al., Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni, Torino, 2002
- Golding J.M et al., Prevalence of sexual assault history among women with common gynecological symptoms, *International Journal Obstetric Gynaecology*, 2004
- Gonzo L., Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori, un'indagine nella Azienda USL di Bologna, 1995
- Hilden M. et al., A history of sexual abuse and health: an nordic multicentre study, *International Journal Obstetrics Gynaecology*, 2004
- Murphy C.C. et al., Abuse: a risk factor for low bird weight? A systematic review and meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 2001
- Mc Cauley J. et al., Clinical characteristics of women with history of childhood abuse: unhealed wounds, *JAMA*, 1997
- Pallotta N. et al., Prevalenza dei maltrattamenti fisici e/o sessuali in pazienti con disturbi cronici gastrointestinali, *Neurogastroenterologia*, n. 3, 1998
- Reale E., Introduzione ai Seminari di formazione degli operatori sanitari, del 19-20 febbraio, Napoli, 2001
- Romito, P. e Crisma, M., L'esperienza della violenza tra le utenti dei servizi, in Romito, P. (a cura di) *Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Angeli, Milano, 2000.
- Sabbadini L.L., La sicurezza dei cittadini. Molestie e violenze sessuali, ricerca ISTAT, Roma, 1998, aggiornata 2002 e 2004
- Unicef, United Nations Children's Fund - Centro di Ricerca Innocenti, La violenza domestica contro le donne e le bambine, *Innocenti Digest* n° 6, Firenze, 2000
- Terragni L., Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale in Italia, Angeli, Milano, 1997
- Walker E.A. et al., Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect, *A.M. Medical Journal*, 1999
- World Health Organization, *Violence Against Women, Women's Health and Development Programme*, W.H.O., Geneva, 1997.

ANCONA

Donne Giustizia ONLUS

Via Astagno 23
Tel. 071 205376 - Fax 071 205376
N. verde 800 032810
E-mail donne.giustizia@libero.it

ANCONA

COOPERATIVA SOCIALE "LA GEMMA" - CASA RIFUGIO ZEFIRO

Piazza Stamina, 13
Tel. 071 2075383 - Fax 071 2080879
E-mail casarifugio@lagemma.org

AOSTA

CENTRO DONNE CONTRO LA VIOLENZA

Viale dei Partigiani, 52
Tel. 0165 238750 - Fax 0165 42242

BARI

CENTRO ANTIVIOLENZA DESIREE (Associazione Aracne onlus)

Via De Nicolò, 7
Tel. 080 5559566 - Fax 080 5524388
E-mail info@desireecav.it

BARLETTA

CENTRO ANTIVIOLENZA COMUNALE

Piazza A.Moro, 16
Tel. 0883 310293 - Fax 0883 313554

BERGAMO

AIED (Associazione Italiana Educazione Demografica)

Via Angelo Mai, 16
Tel. 035 232600 - 222159
E-mail: aiedbergamo@libero.it

BOLOGNA

CASA DELLE DONNE PER NON SUBIRE VIOLENZA

Via Dell'Oro, 3
Tel. 051 333173 - Fax 051 3399498

BOLOGNA

GRUPPO GIUSTIZIA UDI

Via Castiglione, 26
Tel. 051 232313
E-mail: udi.bo@tin.it

BOLOGNA

S.O.S. DONNA

Via Saragoza, 221/B
Tel. 051 434345
E-mail: bologna@sosdonna.org

BOLZANO

CASA DELLE DONNE ASSOCIAZIONE GEA

Via Del Ronco, 17
Tel. 0471 513399 - Fax 0471 513398
Numero verde 800 27 64 33
E-mail: frau.gea@virgilio.it

BOLZANO

DONNE AIUTANO DONNE

Via Dott. Streiter, 1/B
Tel. 0471 973399
E-mail: frauen.helfen@dnet.it

BRESCIA

ASSOCIAZIONE CASA DELLE DONNE

Via S. Faustino, 38
Tel. 030 2400636
E-mail: casa.delledonne@virgilio.it

BRINDISI

ASSOCIAZIONE IO DONNA

Via Cappuccini, 8
Tel./Fax 0831 522034

CAGLIARI

ASSOCIAZIONE LA LUNA NERA

Via Sonnino, 208
Tel. 070 652525
E-mail: lalunaneraarcidonna@tiscali.it

CASERTA

TELEFONO ROSA

Associazione Spazio Donna
Via Unita' Italiana, 19
Tel. 0823 354126

CATANIA

ASSOCIAZIONE "THAMAIA ONLUS"

Via G.Macherione, 14
Tel. 095 7223990
E-mail: thamaia@tiscali.it

CESENA

CENTRO DONNA

Piazza del Popolo, 9
Tel./Fax 0547 356462
E-mail: centrodonna@comune.cesena.fc.it

CHIETI

TELEFONO ROSA - Associazione Il Filo di Arianna

Via Cesare De Lollis, 23
Tel. 0871 347999

COMO

TELEFONO DONNA

Via Zezio,60
Tel. 031 304585
E-mail: segreteria@telefonodonnacomo.it

COSENZA

TELEFONO ROSA

Centro contro la violenza delle donne "Roberta Lanzino"

Via Caloprese,56
Tel. 0984 36311
E-mail: myia@libero.it

CREMA

ASSOCIAZIONE DONNE CONTRO LA VIOLENZA

Via XX Settembre,115
Tel. 0373 80999

CUNEO

TELEFONO DONNA

Via Carlo Emanuele,34
Tel. 0171 631515
E-mail: telefono.donna@libero.it

FAENZA

SOS DONNA

Via Laderchi,3
Tel. 0546 22060
E-mail: info@sosdonna.com

FERRARA

CENTRO DONNA GIUSTIZIA

Via Terranuova,12/b
Tel. 0532 410335

FIRENZE

ASSOCIAZIONE ARTEMISIA

Via del Mezzetta, 1interno
Tel. 055 602311
E-mail: cfranci@fol.it

FIRENZE

C.A.V. CENTRO ANTIVIOLENZA

Azienda Ospedaliera Unificata Careggi di Firenze

Tel. 055 7947551- 7947493
Fax 055 7947552

FORLI'

CENTRO DONNA COMUNE DI FORLI'

Via Tina Gori,58
Tel. 0543 712660

GENOVA

UDI (UNIONE DONNE ITALIANE) - CENTRO ACCOGLIENZA PER NON SUBIRE VIOLENZA

Via Cairoli,14/7
Tel. 010 2461715/6
E-mail: udige@libero.it

GORIZIA

ASSOCIAZIONE "DA DONNA A DONNA"

Via Roma,13
Ronchi Dei Legionari (GO)
Tel. 0481 474700
E-mail: info@dadonnaadonna.org

GROSSETO

CENTRO ACCOGLIENZA DONNE MALTRATTATE

Via Oberdan, 14
Tel. 0564 413884 - Fax 0564 413884
E-mail: c.antiviolenza@provincia.grosseto.it

LATINA

CENTRO DONNA LILITH

Via Massimo D'Azeglio,9
Tel. 0773 664165
E-mail: c.donnalilith@tele2.it

LA SPEZIA

TELEFONO DONNA

Via Corridoni, 5
Tel. 0187 703338

L'AQUILA

BIBLIOTECA DELLE DONNE MELUSINE c/o AIED

Via Delle Tre Spighe, 1
Tel. 0862 65985
Email: aqme.1@tin.it

LECCO

TELEFONO DONNA C/O UDI

Via Parini, 6
Tel. 0341 363484

LIVORNO

CENTRO DONNA COMUNE DI LIVORNO

Via Largo Strozzi, 3
Tel. 0586 890053

LIVORNO

CENTRO TUTELA GIURIDICA PER DONNE E MINORI

Via Pieroni, 27
Tel. 0586 887009

LUCCA

ASSOCIAZIONE LUNA ONLUS

Via SS. Annunziata, 915
Tel./Fax 0583 997928
E-mail: mail@associazioneluna.it

MANTOVA

TELEFONO ROSA

Via Dario Tassoni, 14
Tel. 0376 225656

MERANO

DONNE CONTRO LA VIOLENZA FRAUEN, GEGEN GEWALT

Corso Liberta', 184
Tel. 0473 222335
N.Verde 80014008
E-mail: perledonne@rolmail.net

MESSINA

CEDAV ONLUS CENTRO DONNE ANTIVIOLENZA

Via Cesareo, 24
Tel. 090 6783035
e-mail: cedav@virgilio.it

MILANO

S.V.S. SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE

Presso Clinica Mangiagalli - Fondazione Policlinico- Mangiagalli -Regina Elena

Via Della Commenda, 12
Tel. 02 55032489- 2373 - Fax 02 55032490
E-mail: svsp@policlinico.mi.it

MILANO

ASSOCIAZIONE SVS - DONNA AIUTA DONNA - ONLUS

Presso Clinica Mangiagalli - Fondazione Policlinico- Mangiagalli -Regina Elena

Via Della Commenda, 12
Tel. 333 6532651
E-mail: svsdad@libero.it

MILANO

CASA DELLE DONNE MALTRATTATE

Via Piacenza, 14
Tel. 02 55015519 - Fax 02 55019609
E-mail: cadmi@tin.it

MILANO

COOPERATIVA CERCHI D'ACQUA

Via Verona, 9
Tel. 02 58430117 - Fax 02 58311549
E-mail: info@cerchidacqua.org

MILANO

CARITAS AMBROSIANA

1. Area Maltrattamento e grave disagio della donna

Via S.Bernardino, 4
Tel. 02 76037252

2. SeD Servizio Disagio Donna

Via Della Signora, 3/A
Tel. 02 76037352
E-mail: maltrattamentodonna@caritas.it

MODENA

ASSOCIAZIONE CASA DELLE DONNE CONTRO LA VIOLENZA ONLUS

Via Del Gambero,77
Tel. 059 361050
E-mail: mostmodena@virgilio.it

MONZA

C.A.D.O.M. - Centro Aiuto Donne Maltrattate

Via Mentana, 43
Tel. 039 2840006 - Fax 039 284451
E-mail: cadomonza@centrodonnemaltrattate.191.it

NAPOLI

CENTRO ANTIVIOLENZA COMUNE DI NAPOLI - Associazione Arci Donna

Via Posillipo, 359 / Parco Carelli, 8/A
Tel. 081 5755015
E-mail: pappaclara@interfree.it

PADOVA

SPORTELLO DONNA DEL COMUNE DI PADOVA

Piazza Capitaniato, 19
Tel. 049 8205017
E-mail: centro.donna@libero.it

PALERMO

LE ONDE ONLUS

Via XX Settembre, 57
Tel. 091 327973
E-mail: leonde@tin.it

PARMA

C.A.V.S. - ASSOCIAZIONE CENTRO ANTI VIOLENZA C.A.V.S.

Ospedale Maggiore Padiglione Rasori

Vicolo Grossardi, 8
Tel. 0521 238885
N. Verde 800090258
E-mail: acavpr@libero.it

PERUGIA

SERVIZIO TELEFONO DONNA - c/o Centro per le Pari Opportunità

Via Mario Angeloni, 63
Tel.075 5045596 - Fax 075 5045591
N°verde 800 861126
E-mail: pariopportunita@regione.umbria.it

PESCARA

TELEFONO ROSA

Piazza Italia, 13
Tel. 085 4210089 - Fax 085 691345
E-mail: telefonorosa@libero.it

PISA

TELEFONO DONNA - Associazione Casa della Donna

Via Galli Tassi, 8
Tel./Fax 050 561628

POTENZA

CENTRO "ESTER SCARDACCIONE"

Via dei Ligustri, 32
Tel. 0971 55551 - Fax 0971 55551

PRATO

LA NARA - Associazione in rete con Unità Operativa di Emergenza e Ginecologia Ospedale di Prato

Tel. 0574 34472 - Fax 0574 405908

E-mail: lanara@alicecoop.it

RAVENNA

LINEA ROSA

Via Mazzini, 57 int. A

Tel./ Fax 0544 216316

E-mail: linearosa@racine.ra.it

ROMA

CENTRALE OPERATIVA "DIFFERENZA DONNA"

coordina 4 centri antiviolenza

Tel. 06 6780537 - E-mail: d.donna@flashnet.it

1) ROMA

CENTRO ANTIVIOLENZA DELLA PROVINCIA DI ROMA

Viale di Villa Pamphili, 100

Tel. 06 5810926 - Fax 06 5811473

E-mail: ceproant@tiscali.it

2) ROMA

CENTRO ANTIVIOLENZA DEL COMUNE DI ROMA

Via Torre Spaccata, 157

Tel. 06 23269049 - Fax 06 23269053

E-mail: cecomant@tiscali.it

3) ROMA

MAREE – CENTRO D'ACCOGLIENZA PER DONNE IN DIFFICOLTÀ

Via Monte delle Capre, 23

Tel. 06 6535499 - Fax 06 65793567

E-mail: centromaree1@virgilio.it

4) ROMA

PERFETTO MIGLIORABILE - CENTRO PER LA PROSTITUZIONE COATTA

Via Monte delle Capre, 23

Tel. 06 6570473 - Fax 06 65746819

E-mail: perfettomigliorabile@libero.it

SALERNO

ASSOCIAZIONE SPAZIO DONNA LINEA ROSA

Piazza Veneto, 2

Tel. 089 254242 - Fax 089 232947

SAVONA

TELEFONO DONNA

Via Sormano, 12

Tel. 019 8313399 - Fax 019 8313269

E-mail: margherita.pira@libero.it

SIRACUSA

ASSOCIAZIONE E CENTRO ANTIVIOLENZA "LE NEREIDI"

Traversa la Pizzuta, 1

Tel. 0931 492752 - Tel. 0931 492383

cell. 3477758401

TORINO

S.V.S. - presso OSPEDALE S.ANNA

Corso Spezia, 60 entrata via Ventimiglia, 1

Tel. 011 3134180

e-mail: svso@oirmsantanna.piemonte.it

TORINO

CASA DELLE DONNE

Via Vanchigia, 3

Tel. 011 8122519 - Fax 011 837479

TRENTO

ASSOCIAZIONE LAICA FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ

Via S.Francesco d'Assisi, 10

Tel. 0461 235008

TREVISO

TELEFONO ROSA

Piazza Duomo, 19 Tel. 0422 583022 Fax 0422 583022

E-mail: telefonorosatreviso@libero.it

TRIESTE

CENTRO ANTIVIOLENZA G.O.A.P.

Via San Silvestro, 5

Tel. 040 3478827 - Fax 040 3478856

e-mail: info@goap.it

VENEZIA MESTRE

CENTRO ANTIVIOLENZA c/o CENTRO DONNA

Viale Garibaldi, 155/A

Tel. 041 5349215 - Fax 041 5342862

VENEZIA

LIDO-VENEZIA - ASSOCIAZIONE LIDODONNA

Via Sandro Gallo, 136

Tel. 041 5266543 - Fax 041 5266543

E-mail: info@lidodonna.it

VERONA

TELEFONO ROSA

Via Marcantonio della Torre, 2/A

Tel. 045 8015831

VICENZA

DONNA CHIAMA DONNA

Via Torino, 11

Tel. 0444 542377



Si ringrazia la Provincia di Milano



FONDAZIONE
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
MANGIAGALLI E REGINA ELENA



Clinica "L. Mangiagalli"
Soccorso Violenza Sessuale - Via Commenda 12 - 20122 Milano
02/55032489 - svs@policlinico.mi.it