



Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 869 DEL 07 OTT. 2019

OGGETTO: PAFV FSN 2017. IMPLEMENTAZIONE DEL CODICE ROSA. ADOZIONE DEI DOCUMENTI: "CODICE ROSA: Linee di indirizzo per il documento attuativo" e "CODICE ROSA: Procedura operativa per i Pronto Soccorso"

STRUTTURA PROPONENTE: CONTROLLO DI GESTIONE

PROPOSTA N. 1168 DEL 03/10/2019

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Alfonso Cavaleri, Referente Az. del PAFV

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Adriano Filadelfo Cracò, Resp. Controllo Gestione

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UO SEF e P.

Il Direttore U.O. Patrimonio

Dr. Antonio La Valle

Da notificare a: Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri Aziendali, Direzioni Sanitarie dei DDSSBB, Procure della Repubblica Provinciali, Sindaci dei Comuni, U.O. Formazione Aziendale, U.O. Educazione alla Salute, UO Comunicazione Istituzionale e Interna, Coordinamento Aziendale PAFV

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 04-10-2019

L'anno duemiladiciannove il giorno SETTE del mese di OTTOBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.186/Serv.1/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Gaetano Mancuso, nominato con delibera n. 415 del 17/06/2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante ~~Dott.ssa PATRIZIA PEDESCO~~ adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Responsabile del Controllo di Gestione, dott. Adriano Filadelfio Cracò:

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017 ed approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, di cui si è preso atto con Delibera n. 816 del 09/06/2017;

Vista la Circolare Assessoriale n. 6 del 7 marzo 2014 recante "Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del CODICE ROSA";

Visto il DA n. 560 del 23 marzo 2012 Linee guida Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia ed alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza;

Visto il DPCM 24 novembre 2017 recante: Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e le aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" pubblicato sulla GU n. 24 del 30.01.2018;

Vista la L.R. del 3 gennaio 2012, n. 3, "Norme di contrasto e la prevenzione della violenza di genere";

Vista la Legge n. 66 del 15.02.1996, "Norme per la violenza sessuale";

Vista la Legge n. 154 del 5 maggio 2001 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari";

Vista la Legge 38/2009 "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in materia di atti persecutori";

Avuto riguardo per il D.A. n. 1584/2018 con il quale sono state adottate le "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Siciliana" e per la nota dell'Assessorato Regionale della Salute prot. n. 9348 del 01.02.2019 recante: "Disposizioni integrative ed attuative per la Gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso di cui al D.A. 1584/2018";

Presa visione dei documenti "CODICE ROSA. Linee di indirizzo per il documento attuativo", di seguito sinteticamente definito come "allegato A"; e "CODICE ROSA. Procedura operativa per i Pronto Soccorso", di seguito sinteticamente definito come "allegato B";

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- **di approvare i documenti citati in premessa** "CODICE ROSA. Linee di indirizzo per il documento attuativo", sinteticamente definito come "allegato A"; e "CODICE ROSA. Procedura operativa per i Pronto Soccorso", sinteticamente definito come "allegato B"; che si ritengono entrambi parte integrante del presente atto deliberativo;
- **di dare mandato alle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri Aziendali di riorganizzare funzionalmente i rispettivi Pronto Soccorso** secondo le indicazioni espresse nel succitato documento "allegato B";
- **di dare mandato al Responsabile del Procedimento per la formale notifica del presente atto deliberativo** alle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri Aziendali e dei Distretti Sanitari di Base, alle Procure della Repubblica Provinciali, ai Sindaci dei Comuni, al Responsabile della U.O. Formazione Aziendale, al Responsabile della U.O. Educazione alla Salute per gli atti consequenziali, secondo quanto indicato nel succitato documento "allegato

A", al Coordinatore Aziendale dei PAFV; nonché alla UO Comunicazione Istituzionale e Interna per la pubblicazione sul website aziendale;

- Che l'esecuzione della deliberazione venga curata dal Controllo di Gestione;
- Che la presente deliberazione sia munita della clausola di immediata esecuzione, per la necessità di adottare in tempi brevissimi documenti operativi ritenuti necessari al contrasto alla violenza di genere.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile del Controllo di Gestione
Dott. Adriano Filadelfio Cracò

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere favorevole
Data 02/10/2019

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

Parere favorevole
Data 07/10/2019

Il Direttore Sanitario
Dott. Gaetano Mancuso

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Adriano Filadelfio Cracò, Responsabile del Controllo di Gestione, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto dei pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

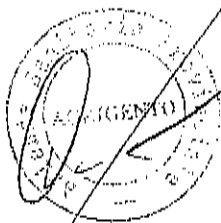
di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Adriano Cracò, Responsabile del Controllo di Gestione.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

Il Direttore Sanitario
Dott. Gaetano Mancuso

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Il Segretario verbalizzante
IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA
UFFICIO DI SEGRETARIA PROPOSTE
DI ATTI E ANUVA
Dott.ssa Patrizia Tedesco





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO



COMUNE
DI AGRIGENTO



PROCURA DELLA REPUBBLICA
DI AGRIGENTO

CODICE ROSA

Linee di indirizzo per il documento attuativo

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
05.05.2017	00	dR. Alfonso Cavaleri Dirigente medico, Referente Aziendale per il Codice Rosa	Dr. Gaetano Mancuso Direttore Sanitario Aziendale ASP Agrigento dR. Rappresentante della Procura di Agrigento dR. Calogero Firetto Sindaco del Comune di Agrigento	dR. Giorgio Giulio Santonocito Direttore Generale ASP Agrigento

INDICE

INDICE	pag. 2
1. PRÉMESSA	pag. 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE, DESTINATARI, RESPONSABILITÀ	pag. 4
3. OBBIETTIVI	pag. 5
4. PIANO DI LAVORO	pag. 5
5. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	pag. 6

1. PREMESSA

La violenza diventa allarme sociale in occasione di eventi eclatanti, creando un clima di straordinarietà rispetto al fenomeno; ma subito dopo si registra un progressivo spegnersi dell'attenzione con un apparente ritorno alla quiete e ad una rassicurante ignoranza: la violenza, che viene condannata da tutti come un crimine odioso, torna tendenzialmente invisibile, specialmente quella quotidiana, che avviene nell'ambito delle mura domestiche; e quella inaccettabilmente perpetrata ai danni di persone fragili.

Dati raccapriccianti diffusi dall'ISTAT parlano di circa 1 milione di donne che ogni anno subiscono violenze, soprattutto nella fascia d'età tra 16 e 24 anni, il 70 % delle quali avvenute tra le mura domestiche e il 93% mai denunciate.

È necessario distinguere le situazioni conflittuali dalle situazioni di maltrattamento, contrastando la tendenza a identificare come conflitto/litigio tra coniugi situazioni dove avvengono atti o comportamenti maltrattanti, anche gravi e reiterati.

Per non scrivere della violenza sulle madri, che rappresenta un fenomeno diffuso e ancora ampiamente sottovalutato, alla base di molti casi di violenza assistita subita da minori. In molti casi il maltrattamento inizia durante la gravidanza mettendo a rischio la salute psicofisica e la vita stessa, sia delle madri che dei bambini.

Ed ancora sulla violenza tra le coppie di adolescenti: un fenomeno ancora poco indagato, ma che presenta caratteristiche preoccupanti.

Due adolescenti su 10 subiscono violenza psicologica, verbale, fisica o sessuale; più della metà degli abusi in questa fascia d'età viene commesso all'interno della coppia. La violenza o l'abuso sessuale subiti nei rapporti di coppia adolescenziali sono predittivi di rapporti violenti/abuso sessuale in futuro.

Sulla scorta delle indicazioni contenute nella GURS del 9 maggio 2014, e sulle esperienze maturate nella nostra e in altre Regioni, il "Codice rosa" nasce come un intervento congiunto di una équipe interistituzionale, composta da operatori sociosanitari, magistrati, forze dell'ordine, che permette di prestare immediate cure mediche, sostegno legale e psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza e nell'ambito delle competenze e responsabilità proprie del campo di intervento.

Questo documento attuativo pertanto, delinea un percorso di garanzia e di accoglienza che nasce al Pronto Soccorso e nelle strutture territoriali della ASP dedicato a chi subisce violenza.

Percorso che non si limita alla presa in carico e alla registrazione di tutti gli elementi utili ad avviare le indagini, ma che realizza una serie codificata e condivisa di azioni sinergiche con la Procura della Repubblica, con le Forze dell'ordine, con il Comune e gli operatori sanitari del Territorio, per monitorare e tenere sotto controllo le situazioni a rischio nei casi di mancata denuncia, per offrire supporto psicologico e per avviare un cammino virtuoso di legalità e di giustizia sociale.

Non solo donne, ma anche anziani, bambini, disabili, omosessuali e immigrati. Persone che possono trovarsi in una situazione di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE, DESTINATARI, RESPONSABILITA'

Le indicazioni descritte in questo documento sono destinate a beneficio di tutti i soggetti adulti e minori, vittime di violenza a scopo sessuale e/o maltrattamento anche psicologico che accedono al Pronto Soccorso Ospedalieri Aziendali; sono rivolte al personale di assistenza sanitaria (medici, coordinatori infermieristici ed infermieri) che operano presso le UU.OO. ospedaliere e territoriali che – secondo le necessità – vengono coinvolte nel processo assistenziale; ed ancora alle macrostrutture istituzionali Procura della Repubblica e Comune, secondo le sottoindicate funzioni e matrici di responsabilità.

ATTIVITA' COINVOLTE	STRUTTURE AZIENDALI E RESPONSABILITA'
PROCURA DELLA REPUBBLICA	• Individuazione di un referente istituzionale per la segnalazione dei CODICI ROSA • Definizione di un percorso di garanzia e di salvaguardia della vittima
SINDACO DEL COMUNE	• Individuazione di un referente istituzionale per la segnalazione dei CODICI ROSA • Identificazione di "case rifugio" o luoghi protetti per l'accoglienza delle vittime
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	• Interlocazione e raccordo con i referenti istituzionali non sanitari previsti dal documento per la integrazione dei percorsi • Validazione, diffusione, notifica ed aggiornamento delle procedure sanitarie
DIRETTORI SANITARI OSPEDALIERI	• Individuazione, arredamento, manutenzione e pulizia quotidiana del locale per i CODICI ROSA • Diffusione e notifica formale del documento attuativo alle UU.OO • Gestione dei contatti con i referenti istituzionali non sanitari
UO FORMAZIONE AZIENDALE	• Formazione specifica del personale medico, infermieristico ed ausiliario
UO EDUCAZIONE ALLA SALUTE	• Progetto educativo da rappresentare nelle scuole e nelle comunità urbane (parrocchie, associazioni, ...)
DIRETTORI UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE	• Notifica formale del documento a tutti gli operatori sanitari della UO • Sorveglianza dei processi e delle attività previste nel documento • Notifica formale alla Direzione Sanitaria di Presidio di eventuali criticità o difformità procedurali, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'assistenza
OPERATORI SANITARI OSPEDALIERI (DIRIGENTI MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, OSS)	• Presa in carico e gestione del paziente secondo le procedure descritte (*) • Notifica formale al Direttore di Unità Operativa di eventuali criticità o difformità procedurali, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'assistenza (*) Le attività descritte in questo documento, come in tutte le procedure, si ritengono appropriate nel paziente medio, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta pertanto fondamentale il ruolo del singolo professionista (con la sua esperienza e competenza) nel decidere se le indicazioni raccomandate possano essere applicate allo specifico caso clinico. Esse pertanto non hanno la finalità di sostituirsi al giudizio del professionista e l'adesione alle stesse non costituisce pertanto garanzia di un buon esito in ogni caso. Metodi alternativi di valutazione e di gestione volti agli stessi fini che si discostano da quelli proposti in questo documento sono accettabili, se documentati. In ogni caso, l'adesione a queste indicazioni non costituisce in sé una garanzia dal punto di vista medico-legale.
OPERATORI SANITARI DEL CONSULTORIO (PSICOLOGI, INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI)	• Presa in carico e gestione della vittima alla dimissione • Identificazione di percorsi e di procedure comuni in collaborazione con la Magistratura e con il Comune da formalizzare in un documento operativo
PERSONALE AUSILIARIO OSPEDALIERO	• Presa in carico e sorveglianza attiva del paziente durante tutta l'erogazione del processo assistenziale, secondo le direttive di volta in volta impartite dal personale medico ed infermieristico

3. OBIETTIVI

Obiettivo principale di questo documento è quello di dare attuazione ad un percorso sanitario assistito, condiviso e protetto nei confronti di vittime adulte o minori che hanno subito abuso sessuale e/o maltrattamento, attraverso un processo tempestivo e pianificato in forma di procedure, azioni condivise e pianificate attuate da tutti gli operatori (sanitari e non) coinvolti nel percorso, con riferimenti chiari e precisi circa le fasi, le modalità di azione, le responsabilità e gli obblighi normativi, garantendo alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale, con il concorso delle Forze dell'Ordine e delle Istituzioni, in primo luogo Magistratura e Comune.

4. PIANO DI LAVORO

Il piano di lavoro prevede i seguenti step operativi, distinti per competenze e responsabilità:

PROCURA DELLA REPUBBLICA

- Individuazione di un referente istituzionale per la segnalazione dei CODICI ROSA, con la definizione di un percorso di garanzia e di salvaguardia della vittima

COMUNE DI AGRIGENTO

- Individuazione di un referente istituzionale per la segnalazione dei CODICI ROSA
- Individuazione di "case rifugio" o "case di prima accoglienza" per la eventuale dimissione protetta delle vittime

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Individuazione di un referente istituzionale per la segnalazione dei CODICI ROSA
- Piano di formazione del personale, improntato non soltanto alla gestione del caso clinico ma soprattutto alle capacità di individuare i segni di una violenza laddove essa sia occultata o non manifesta
- Progetto educativo da portare nelle scuole e nelle comunità urbane (parrocchie, associazioni, comunità di migranti, ...)
- Stesura di una procedura per l'accoglienza e la gestione ospedaliera del paziente in CODICE ROSA
- Stesura di una procedura per la gestione "territoriale" della vittima al momento della dimissione, attraverso le strutture consultoriali.

A tale scopo appare assolutamente necessaria la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale, coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale, che funga da centro di coordinamento dei diversi momenti operativi, propedeutici alla stesura del documento attuativo definitivo; e che costituisca l'interfaccia con le altre strutture o enti a valenza non sanitaria, sviluppando una programmazione condivisa e integrata.

Una sorta di "task force" che:

garantisca l'adozione di protocolli e procedure omogenee;
individu i percorsi formativi necessari;
favorisca l'ampliamento e la specializzazione del patrimonio di conoscenza e di esperienza degli operatori;
effettui un monitoraggio delle attività realizzate, valutandone l'impatto, i punti di forza e le criticità;
curi la raccolta e la elaborazione dei dati disponibili relativi al fenomeno allo scopo di realizzare una attività di reporting e di monitoraggio nel rispetto della privacy delle persone;
faciliti i rapporti con i rappresentanti delle Forze dell'Ordine, delle Istituzioni e della Magistratura.

5. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Piano della Salute 2011- 2013 Regione Siciliana.
- Legge Regionale 14 Aprile 2009 n. 5.
- Legge 15.02.1996 n° 66 "Donne contro la violenza sessuale".
- Rapporto OMS "World report on violence and health" 2002.
- WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. International classification for external causes of injuries. Amsterdam , Consumer Safety Institute, 2001.
- Holder Y et al., eds. Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMHNP /O 1.02). 351.
- Procedura Aziendale della Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa sulla "Gestione dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie".
- Linee guida Regione Siciliana per la "pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza". D. A. n 560 del 23.03.2012 - G.U.R.S. n.17 del 27.04.2012.
- CIRCOLARE 7 marzo 2014, n. 6 dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia "Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del Codice Rosa".
- Convenzione Internazionale per i diritti del fanciullo. (ONU 1989).
- Manuale operativo Codice Rosa; Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa.
- Gli abusi all'infanzia: i diversi interventi possibili. G. Marchueta, Montecchi F. (a cura di); Franco Angeli, 2005
- La violenza assistita intrafamiliare. R. Luberti, M. Pedrocco Biancardi; Franco Angeli, 2005.
- Dai maltrattamenti all'Omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio. Anna Costanza Baldry; Franco Angeli, 2006
- Uomini che uccidono, storie moventi e investigazioni. A.C. Baldry, E. Ferraro; CSE, 2008
- La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta. A. Miller; Raffaello Cortina Editore, 2005
- Riprendersi la vita. I traumi infantili e l'origine del male. A. Miller; Bollati Boringhieri, 2009
- La persecuzione del bambino. Le radici della violenza. A. Miller; Bollati Boringhieri, 2007
- Un silenzio assordante: la violenza occultata su donne e minori. P. Romito; Franco Angeli, 2008
- Gravidanze a rischio ... di violenza. Sette anni di colloqui con le donne. Storie di infelici gravidanze A.C. Baldry, E. Calabrò, L.V. Losacco; in E. Moroli (a cura di) Lanciare la rete nel mare dei diritti. Commissione Pari Opportunità Regione Sardegna, 2000
- Violenza durante la gravidanza. T. Ballard, A. Spinelli; in P. Romito, (a cura di) Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali; Angeli, Milano, 2000
- La violenza come fattore di rischio in gravidanza. V. Dubini, P. Curiel, Congresso SIGO, 2003
- The Battered Women. L. Walker, Harper and Row, New York, 1979
- Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori. Una indagine nella Azienda USL di Bologna. L. Gonzo, 1995
- Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale in Italia. L. Terragni; Angeli, Milano, 1997
- Procedura per il percorso "CODICE ROSA" della Azienda Ospedaliera "Papardo Piemonte" di Messina. Rev 00 del 29.03.2015

Atto 6472 C



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

CODICE ROSA

Procedura operativa per i Pronto Soccorso

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
20.05.2017	00	Gruppo di lavoro per il CODICE ROSA	Dr. A. Seminerio Direttore Sanitario P.O. Agrigento Dr. G. Augello Direttore Sanitario P.O. Canicottì Dr. A. Trigona Direttore Sanitario P.O. Licata Dr. G. Migliazzo Direttore Sanitario P.O. Sciacca	Dott. Gaetano Mancuso Giuntare Sanitaria Aziendale

INDICE

INDICE	pag. 2
PREMESSA	pag. 3
GRUPPO DI LAVORO	pag. 4
1. CAMPO DI APPLICAZIONE, DESTINATARI, RESPONSABILITA'	pag. 5
2. OBIETTIVI	pag. 6
3. STRUTTURE PER IL PERCORSO ASSISTENZIALE: LA STANZA ROSA	pag. 7
4. PROCEDURE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	pag. 8
4.1 L'ACCOGLIENZA	pag. 8
4.2 L'INFERMIERE ADDETTO AL TRIAGE (TRIAGER)	pag. 8
4.3 IL MEDICO DEL PRONTO SOCCORSO	pag. 9
4.4 L'INFERMIERE DEL PRONTO SOCCORSO	pag. 10
4.5 GLI SPECIALISTI: IL GINECOLOGO, IL CHIRURGO, IL PEDIATRA	pag. 11
4.6 L'INFERMIERE DELLA UO SPECIALISTICA	pag. 12
4.7 ALTRI SPECIALISTI CHIAMATI A CONSULTO	pag. 12
4.8 L'ASSISTENTE SOCIALE	pag. 12
4.9 MISURE PROFILATTICHE	pag. 12
5. SCHEMI GRAFICI, FLOWCHART E MAPPE DELLE ATTIVITA'	pag. 14
6. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	pag. 17
7. ALLEGATI	pag. 17

PREMESSA

Questa procedura operativa rappresenta la realizzazione di una delle diverse attività previste nel documento aziendale "CODICE ROSA. Linee di indirizzo per il documento attuativo", in accordo con le indicazioni contenute nella GURS del 9 maggio 2014 e sulla base delle esperienze maturate nella nostra e in altre Regioni.

Il "CODICE ROSA" è un percorso di accoglienza al pronto soccorso dedicato a chi subisce violenza, che si colloca e si armonizza con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, nella quale accedono tutti gli specialisti che dovranno visitare la/il paziente.

Il suo punto di forza è una task force interistituzionale, una squadra formata da personale socio-sanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi), magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria impegnati in un'attività di tutela delle fasce deboli della popolazione, quelle che possono essere maggiormente esposte a episodi di abuso e violenza: donne soprattutto, ma anche minori, anziani, persone vittime di abusi e discriminazioni sessuali.

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

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

Fatte salve le cure mediche, che rappresentano sempre e comunque un dovere istituzionale e deontologico del personale sanitario, il compito principale del gruppo è l'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare a far emergere quegli episodi di violenza in cui le vittime hanno difficoltà a raccontare di essere state oggetto di violenza da parte di terzi: una reticenza dovuta spesso alla paura di ritorsioni.

Alla base dell'attività della task force c'è un protocollo firmato congiuntamente da ASP di Agrigento e Procura della Repubblica. Alle cure si affianca l'azione sinergica e tempestiva della Magistratura e delle Forze dell'Ordine, per rilevare tutti gli elementi utili, avviare le indagini, monitorare e tenere sotto controllo le situazioni a rischio nei casi di mancata denuncia.

Il tutto, nell'ottica della realizzazione di precisi obiettivi:

- favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza assicurando efficaci percorsi dedicati;
- coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per fornire una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso;
- dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso, con la presa in carico territoriale successiva, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle vittime, mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze;
- assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio provinciale;
- ribaltare la logica aberrante che - insita nel semplice obiettivo della persecuzione di un reato - vede la donna come oggetto di tutela invece che soggetto titolare di diritti che le istituzioni hanno il dovere di garantire.

La task force avrà essenzialmente il compito di innescare nella volontà della donna il punto di partenza per cominciare un percorso di uscita dalla violenza, al di fuori dello stereotipo che è parte integrante di quella cultura che alimenta le discriminazioni nei confronti delle donne e le indebolisce.

La cosa che preoccupa di più infatti è l'analfabetismo, costituzionale, legislativo, sociale e culturale che mette a rischio sia l'emersione del fenomeno che le donne stesse.

In questa ottica, è di fondamentale importanza la formazione, che deve essere multi-professionale, interdisciplinare e continua, rappresentando lo strumento essenziale per promuovere le conoscenze,

condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi.

L'attività formativa progettata su temi specifici, coerente con gli aspetti organizzativi e progettuali, deve essere assicurata con continuità a livello aziendale ed extra-aziendale, rivolta al personale dei gruppi operativi e alle sentinelle presenti presso tutte le strutture che istituzionalmente intervengono nel processo socio-assistenziale e deve essere realizzata in collaborazione con Enti, Istituzioni e Centri Antiviolenza della rete territoriale di assistenza.

Tale attività formativa varrà anche a favorire la trasmissione delle esperienze e il confronto tra il personale che opera nell'ambito della cura e della tutela delle persone vittime di maltrattamenti ed abusi, promuovendo l'aggiornamento delle prassi operative.

Infine, è indispensabile assicurare un rapporto costante con gli educatori e gli studenti sul tema della violenza e sulle molteplici implicazioni che il rapporto fra i generi produce, con la realizzazione di corsi, che abbiano come nodo centrale argomenti riguardanti i diritti, l'assistenza e la protezione delle vittime di reato, nonché l'accoglienza delle vittime vulnerabili; al fine di promuovere sane politiche di accoglienza e di solidarietà.

GRUPPO DI LAVORO

Alfonso CAVALERI, dirigente medico, Ospedale «San Giovanni di Dio» di Agrigento (coordinatore)

Elvira BONELLI, Responsabile del Servizio Infermieristico AG1

Carmelina CASA', dirigente medico pediatra, Ospedale di Agrigento

Mariella CICIO, infermiera, UOC MCAU, Ospedale di Sciacca

Maria Rita FALCO ABRAMO, dirigente medico UOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Agrigento

Maria Rita FANARA, assistente sociale, Ospedale di Agrigento

Antonella GALLO CARRABBA, presidente di "TELEFONO AIUTO", Agrigento

Alessandra IACO', dirigente medico UOC MCAU, Ospedale di Sciacca

Marcella INDELICATO, dirigente medico UOC MCAU, Ospedale di Agrigento

Mario LA MANNA, infermiere coordinatore Pronto Soccorso Ospedale di Agrigento

Franca LICATA, infermiera, UOC MCAU, Ospedale di Agrigento

Sabina SCHIFANO, avvocatessa del Foro di Agrigento

Antonino VENEZIA, Responsabile del Servizio Infermieristico AG2

Gabriella VELLA, psicologa, ASP Agrigento

Stefania VIRONE, psicologa, ASP Agrigento

1. CAMPO DI APPLICAZIONE, DESTINATARI, RESPONSABILITA'

Le indicazioni e le procedure descritte in questo documento devono essere applicate a tutti i soggetti adulti e minori, vittime di violenza a scopo sessuale e/o maltrattamento anche psicologico che accedono al Pronto Soccorso Ospedalieri Aziendali; sono altresì destinate al personale di assistenza sanitaria (medici, coordinatori infermieristici ed infermieri) che operano presso le UU.OO. ospedaliere e territoriali che – secondo le necessità – vengono coinvolte nel processo assistenziale, secondo le sottoindicate funzioni e matrici di responsabilità.

OPERATORE INVOLTO NEL PROCESSO	AREE DI RESPONSABILITÀ
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	• Interlocuzione con i referenti istituzionali non sanitari previsti dal documento • Validazione, diffusione, notifica ed aggiornamento del documento
DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO	• Individuazione, arredamento, manutenzione e pulizia quotidiana del locale per i CODICI ROSA • Diffusione e notifica formale del documento attuativo alle UUOO • Gestione dei contatti con i referenti istituzionali non sanitari • Notifica semestrale dei casi di violenza di genere al Dipartimento per la Pianificazione Strategica dell'Assessorato Regionale della Salute - Area Interdipartimentale 2.
UO FORMAZIONE AZIENDALE	• Formazione specifica del personale medico • Formazione specifica del personale infermieristico • Formazione specifica del personale ausiliario
DIRETTORI UNITA' OPERATIVE	• Notifica formale del documento a tutti gli operatori sanitari della UO • Sorveglianza dei processi e delle attività previste nel documento • Notifica formale alla Direzione Sanitaria di Presidio di eventuali criticità o difformità procedurali, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'assistenza
OPERATORI SANITARI (DIRIGENTI MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, OSS)	• Presa in carico e gestione del paziente secondo le procedure descritte (*) • Notifica formale al Direttore di Unità Operativa di eventuali criticità o difformità procedurali, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'assistenza (*) Le attività descritte in questo documento, come in tutte le procedure, si ritengono appropriate nel paziente medio, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta pertanto fondamentale il ruolo del singolo professionista (con la sua esperienza e competenza) nel decidere se le indicazioni raccomandate possano essere applicate allo specifico caso clinico. Esse pertanto non hanno la finalità di sostituirsi al giudizio del professionista e l'adesione alle stesse non costituisce parimenti garanzia di un buon esito in ogni caso. Metodi alternativi di valutazione o di gestione volti agli stessi fini che si discostano da quelli proposti in questo documento sono accettabili, se documentati. In ogni caso, l'adesione a queste indicazioni non costituisce in sé una garanzia dal punto di vista medico-legale.
PERSONALE AUSILIARIO	• Presa in carico e sorveglianza attiva del paziente durante tutta l'erogazione del processo assistenziale, secondo le direttive di volta in volta impartite dal personale medico ed infermieristico

2. OBIETTIVI

Obiettivo principale di questo documento è quello di dare attuazione ad un percorso sanitario assistito, condiviso di una vittima adulta o minore che ha subito abuso sessuale e/o maltrattamento, attraverso un processo tempestivo e pianificato in forma di procedura ad uso di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso, con riferimenti chiari e precisi circa le fasi, le modalità di azione, le responsabilità e gli obblighi normativi, garantendo alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale.

Il fine pertanto è quello di governare un percorso che inizia al pronto soccorso (PS), deve prevedere un iter definito e condiviso, dall'accoglienza alla applicazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione con la attivazione di risorse territoriali che garantisca la continuità assistenziale, la tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale finalizzato al superamento del trauma.

Tale percorso è articolato in una serie di processi, regolamentati da precise procedure atte a:

- evitare alla vittima di violenza passaggi ridondanti, inutili e dolorosi a più reparti o più professionisti;
- fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso, circa fasi, tempi, modalità, responsabilità, tipologia, prelievi ed esami diagnostici;
- fornire indicazioni al fine di garantire un setting idoneo e appropriato per l'esecuzione della visita, dell'ascolto e dell'accompagnamento della vittima in tutte le fasi del percorso;
- garantire l'informazione sulla necessità di follow-up infettivologici e di controllo clinico;
- fornire riferimenti chiari ed univoci a tutti gli attori del percorso rispetto agli obblighi normativi e legislativi.

La serie degli obiettivi è in ogni caso da considerare sotto due diversi scenari:

- **L'intervento in urgenza/emergenza**, che si realizza nel Pronto Soccorso dello stabilimento ospedaliero cui la vittima si è rivolta.
Tale processo rappresenta il primo livello di coinvolgimento del sistema salute, (rapporto OMS del 2014), al fine di assicurare una assistenza di qualità e garantire servizi di diagnosi e trattamento attraverso strumenti idonei non solo da un punto di vista etico-professionale, ma anche giuridico e legale.;
- **L'intervento nel periodo più lungo della post-acuzie**, rappresentato dalla continuità assistenziale incentrata sul sostegno alla vittima e sulla pianificazione di un intervento psico-sociale e legale, in stretta connessione con il territorio e il privato sociale.
L'avvio di tale altro processo virtuoso, deve essere curato dagli operatori che hanno accolto la persona ai centri antiviolenza e ai servizi specifici, anche in ottemperanza alla Legge 119/2013, che sottolinea l'applicabilità dell'art.11 della Legge 38/2009 ai servizi sanitari.
Archiviato il fatto acuto, la finalità di questo obiettivo è quella di costruire una rete di supporti finalizzata alla sicurezza delle vittime e alla riduzione dei rischi di esposizione e di contatto con il soggetto che usa violenza.

3. STRUTTURE PER IL PERCORSO ASSISTENZIALE: LA STANZA ROSA

L'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, con una particolare attenzione all'aspetto dell'emersione di quegli episodi di violenza non palesemente denunciati, comporta l'intervento congiunto di una task force aziendale ed interistituzionale, con il coinvolgimento delle forze dell'ordine, delle procure, dei centri antiviolenza,

Questa attività congiunta, deve avvenire nella più ampia tutela della privacy e del "silenzio" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure. Ne consegue che è necessario, dunque, individuare all'interno del Pronto Soccorso una stanza dedicata, la **STANZA ROSA**, che non deve essere identificata come tale, per ovvi motivi di riservatezza.

Questa stanza è una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche, alla quale può accedere, in alcuni casi specifici o su richiesta della vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine.

Per tale ragione sarebbe opportuno immaginare una stanza collocata in una posizione interna al PS, rispetto all'ingresso principale dedicato al pubblico, per tutelare la riservatezza richiesta dalle particolari condizioni derivanti dai casi di violenza e per consentire che il colloquio possa essere riservato allontanando, ove possibile, eventuali accompagnatori, al fine di creare un clima di fiducia indispensabile a rassicurare ed incoraggiare la donna nelle sue scelte.

Inoltre la stanza dovrebbe essere dotata di un doppio ingresso/uscita così da consentire un'apertura di passaggio al personale di polizia o giudiziario, o consentire, comunque, un'uscita alternativa per la sicurezza della vittima.

L'importanza del repertamento e della conservazione dei materiali raccolti assume rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché una incongrua raccolta o custodia dei reperti stessi, può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore. Per tali ragioni la stanza deve essere dotata di frigo/freezer per la conservazione di quanto repertato.

Di seguito sono riportati gli standard di strutture e di attrezzature ritenuti necessari.

STANDARD STRUTTURALI PER IL CODICE ROSA - LA STANZA ROSA	
STRUTTURE	STANZA ANONIMA ALLOCATA IN PROSSIMITA' DEL P.S. doppio ingresso (se possibile)
	BAGNO INTERNO
	COLORE PARETE TINTA TENUE (rosa o celeste)
	ILLUMINAZIONE STANZA (LUCE CALDA)
	IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE
	FRIGORIFERO con FREEZER per la conservazione dei reperti
	PARAVENTI MOBILI
	TAVOLO, SEDIE
	LAMPADA ORIENTABILE PER USO GINECOLOGICO
	PARAVENTI MOBILI
ATTREZZATURE	MACCHINA FOTOGRAFICA ALTA RISOLUZIONE
	KIT ESAMI BIOLOGICI
	KIT REPERTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI MATERIALI RACCOLTI
	LETTINO GINECOLOGICO DI ULTIMA GENERAZIONE con sistema elettronico di movimento
	COPERTE TERMICHE
	CARRELLO VISITA E MEDICAZIONE opportunamente attrezzato

4. PROCEDURE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Alla fine di questo paragrafo sono riportate ampie e numerose rappresentazioni grafiche delle attività previste dal percorso assistenziale, secondo le competenze e le tempistiche descritte nel documento stesso.

Ciò nonostante, appare opportuno stigmatizzare alcuni aspetti della procedura, che appaiono di particolare interesse ai fini della buona riuscita della progettualità.

La procedura riconosce due percorsi assistenziali diversi e complementari:

- **VITTIMA DI MALTRATTAMENTO O ABUSO**
- **VITTIMA DI VIOLENZA O TENTATA VIOLENZA SESSUALE**

Gli aspetti di entrambi i percorsi sono riferiti ai singoli momenti operativi dell'iter o al singolo professionista chiamato di volta in volta in causa.

4.1 L'ACCOGLIENZA

L'accoglienza al Pronto Soccorso rappresenta il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la vittima e gli operatori del servizio. La caratteristica di questa relazione "di reciprocità" è, dal punto di vista della vittima, il sentirsi accolta, ascoltata; di avere la percezione di trovarsi nel luogo giusto per la soluzione dei suoi problemi; di avvertire la sensazione che il racconto e la esposizione della esperienza vissuta sia ritenuta valida e credibile; e ancora, di cogliere negli interlocutori quella sicurezza e quella competenza tecnica che possano garantirla da azzardate interpretazioni o suggestioni che possano in qualche modo giustificare la violenza.

Tale setting richiede da parte degli operatori:

- un approccio centrato sull'ascolto (gli operatori devono acquisire tutte le informazioni necessarie a sviluppare una prima risposta competente sul problema);
- la massima attenzione durante il racconto della vittima;
- una grande puntualità e precisione nella raccolta e nella organizzazione documentale dei dati riferiti, riguardanti l'evento e il contesto;
- una grande competenza, realizzabile e misurabile non solo nella fase dell'accoglienza, ma anche durante le fasi successive della attuazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche e dell'allertamento e della consultazione di tutti gli altri "attori" del percorso.

Qualità e caratteristiche, quelle sopra rappresentate, che sono di difficile realizzazione in un luogo così convulso ed articolato quale quello dell'area di emergenza.

Pertanto, stante la delicatezza degli argomenti oggetto dell'accesso dell'utente in Pronto Soccorso, si raccomanda a tutti gli operatori di sapere cogliere i segnali e decodificare richieste di aiuto inespresse, umanizzando il più possibile il percorso di assistenza e cura, trattando con la dovuta riservatezza i dati sensibili.

4.2 L'INFERMIERE ADDETTO AL TRIAGE (TRIAGER)

Esegue il triage in pronto soccorso, assegnando il "CODICE ROSA" a tutte le persone adulte che si rivolgono al Pronto Soccorso, dichiarando di aver subito percosse, lesioni, maltrattamenti, violenza sessuale, sia in caso di accesso diretto (sola o accompagnata da altre persone o da Forze dell'Ordine) o attraverso intervento del 118. Tale codice, che viene aggiunto ai classici codici già esistenti (rosso, giallo, verde, bianco), **NON VIENE DATO MATERIALMENTE ALL'UTENTE**, ma innesca una serie di procedure e comportamenti da adottare con tempestività, riservatezza, rispetto della privacy.

Fatta eccezione per i codici rossi, tutti i casi di codice rosa hanno la precedenza, rappresentando di fatto dei codici gialli.

Nelle more di un aggiornamento del software di triage, il triager assegnerà un codice giallo (se non di gravità superiore) con l'aggiunta a penna "CODICE ROSA" seguito dalla sigla VD (ad indicare una violenza dichiarata) o dalla sigla VS (per indicare un caso di violenza sospetta). Tale precisazione servirà a quantificare il numero di vittime di violenza di genere che per tracciare eventuali accessi ripetuti al Pronto Soccorso.

Espletate le operazioni di triage, i codici rosa vanno accompagnati nella stanza per il codice rosa (o, nelle more che essa venga allestita, in altra allocazione riservata, individuata dalla Direzione Sanitaria di Presidio) per la raccolta della anamnesi; tale ambiente rappresenterà il luogo di riferimento per tutti gli operatori intervenuti nel processo assistenziale, fatte salve tutte quelle procedure operative che necessitano di ambienti di cura specifici e dedicati, avendo cura in ogni caso di "umanizzare" il più possibile i contatti, i percorsi, l'approccio.

4.3 IL MEDICO DEL PRONTO SOCCORSO

Prende in carico il paziente proveniente dal triage, nel rispetto (quanto più possibile) delle tempistiche imposte dal codice colore. Esegue la prima visita medica, dopo il colloquio preliminare. Nelle more del perfezionamento della informatizzazione della procedura, il medico del Pronto Soccorso utilizza la modulistica cartacea, modello CR01 (vedi allegato), avendo cura di rilevare:

- se si tratta di un caso di maltrattamento / abuso o di violenza sessuale
- nell'anamnesi: le modalità di inizio, la frequenza e la durata dei maltrattamenti o abusi sessuali, la presenza di minacce verbali, il tipo di relazione con l'aggressore, accessi e referti di pronto soccorso preesistenti per lesioni. Accertarsi se la vittima ha già sporto denuncia o intende sporgere denuncia.
- nell'esame obiettivo: descrizione accurata della sede e delle lesioni presenti anche con documentazione fotografica delle stesse, su richiesta della polizia giudiziaria e previo consenso della vittima.

Attiva tutte le altre consulenze e/o indagini di laboratorio ritenute necessarie secondo le procedure usuali, cercando di evitare il più possibile passaggi inutili, ripetuti o non appropriati. Redige un referto accurato e dettagliato delle attività.

Qualora venga riscontrata la condizione di violenza fisica, richiederà l'intervento del SERVIZIO SOCIALE. In caso di assenza dell'Assistente Sociale (fuori orario di servizio), il medico compilerà una apposita scheda di segnalazione (vedi allegato: modello CR_02), che sarà inoltrata al Servizio Sociale il giorno successivo all'evento dal Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso.

E' fondamentale da parte del medico di Pronto Soccorso e dei professionisti coinvolti, la presa di coscienza della delicatezza e dell'importanza di questo momento, prestando particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- presentarsi e presentare il servizio;
- anticipare alla persona, quali saranno i momenti e gli interventi, spiegando ciò che si fa nel momento in cui viene fatto, anche per restituirlo, dal punto di vista psicologico ed emotivo, il controllo di quanto succede;
- richiedere il consenso per ognuno di questi passaggi (è raro che vengano rifiutati alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire no consente di porre quei limiti e confini che la violenza ha annullato);
- se lo ritiene necessario chiamare e far intervenire per un primo colloquio la Psicologa dell'Azienda che si coordinerà con il Servizio Sociale;
- raccogliere le informazioni relative alla denuncia (se ha già effettuato querela di parte, se intende presentarla, se non intende presentarla) e fornire informazioni chiare rispetto al proprio ruolo professionale ma anche al proprio mandato istituzionale (il/la professionista è un Pubblico Ufficiale tenuto al segreto professionale, avendo però in alcune fattispecie degli obblighi di legge circa la denuncia).

Qualora la vittima non avesse sporto denuncia, segnala immediatamente il caso alle Forze di Polizia. Prima della eventuale dimissione, deve garantire dettagliate informazioni sulla offerta di un aiuto e di un supporto psicologico, contattando durante l'orario di servizio la UO Servizio Sociale, o indicandone e favorendo le modalità di approccio o di contatto.

Dopo attenta valutazione dei referti provvederà all'analisi di tali esiti e alla decisione della dimissione o del ricovero.

In caso di dimissione dovranno essere attivati i servizi territoriali dal Servizio Sociale Aziendale. Il medico potrà valutare, nel caso la vittima giunga al Pronto Soccorso in fascia notturna e presenti un forte disagio (assenza di supporto esterno, assenza di un accompagnatore/accompagnatrice, rischio di reiterazione del reato subito) di trattenerla in ospedale fino al giorno dopo, in Osservazione Breve, quando potrà essere inviata direttamente al Centro Antiviolenza e/o ai servizi territoriali preventivamente allertati dal Servizio Sociale Aziendale.

Se il medico decide di dimettere la vittima, provvederà ad informare la stessa sulla eventualità di eseguire medicazioni, controlli e follow up, fissando per quanto possibile gli appuntamenti; inoltre indirizzerà la vittima al Centro Antiviolenza/Associazioni per un adeguato supporto, per il tramite del Servizio Sociale.

Qualora ci sia stata violenza sessuale, controlla l'esattezza della procedura secondo la checklist prevista nello stesso modello CR_01.

4.4 L'INFERMIERE DEL PRONTO SOCCORSO

Subito dopo la visita medica, mette in atto le prescrizioni del medico, provvedendo ad eventuali medicazioni, al prelievo ematico per il laboratorio nonché alla somministrazione della terapia farmacologica prescritta.

4.5 GLI SPECIALISTI: IL GINECOLOGO, IL CHIRURGO, IL PEDIATRA

Ancor prima della visita specialistica, deve garantire un colloquio riservato, allontanando ove possibile eventuali accompagnatori, al fine di creare un clima di fiducia, rassicurare ed incoraggiare la donna nelle sue scelte. Se necessario, può richiedere l'intervento dello psicologo, e la consulenza di altri specialisti (chirurgo, psichiatra).

Prima di effettuare la visita, il ginecologo chiederà il CONSENSO all'esecuzione di fotografie, all'ispezione corporale e alla raccolta di materiali biologici utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica ed ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici, facendo firmare l'apposito modulo per il consenso già contenuto nella cartella clinica (vedi modello CR_01). Compilerà poi l'apposita cartella clinica guidata che sarà opportunamente conservata ed eventualmente rilasciata in copia su richiesta delle autorità competenti (Procura, Forze dell'Ordine, ...).

Qualora si tratti di un caso di violenza sessuale, è compito del ginecologo provvedere alla raccolta di campioni biologici, richiedendo gli esami già indicati nella cartella (vedi modello CR_01).

In base agli esami richiesti (test tossicologici, alcolemici, microbiologici, genetici) i campioni verranno esaminati nei rispettivi laboratori specialistici.

Si sottolinea ancora una volta l'importanza della repertazione e della conservazione dei materiali raccolti per le implicazioni di ordine giudiziario. E' estremamente importante garantire il rispetto della catena di custodia dei reperti: pertanto la richiesta di analisi ai vari laboratori dovrà riportare la firma di tutto il personale coinvolto nelle varie fasi, secondo quanto indicato nella cartella stessa.

A conclusione dell'iter diagnostico il ginecologo informerà la paziente sulla possibilità di una contraccettione di emergenza, compilerà e rilascerà apposito referto medico.

Se la vittima è un uomo, la procedura sopra descritta sarà adottata presso l'U.O. di Chirurgia Generale.

Si tenga presente che se la persona vittima di violenza sessuale è maggiorenne e capace di intendere e di volere, il reato di violenza sessuale è procedibile solo a querela della parte offesa. Pertanto, se la persona decide di sporgere querela il medico del Pronto Soccorso allenterà la Questura di Agrigento.

Qualora invece la persona non si mostrasse pronta a sporgere querela, previa acquisizione del consenso informato, il ginecologo procederà alla raccolta cautelativa dei materiali biologici ed i campioni prelevati saranno opportunamente conservati in frigo per un tempo massimo di sei mesi (tempo entro il quale è possibile sporgere denuncia per i reati di violenza sessuale) a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

La persona deve essere informata di questa possibilità.

Qualora lo si ritenesse necessario, è consigliabile procedere con un ricovero cautelativo di 24 ore in Ginecologia o in Osservazione Breve, per poter realizzare al meglio l'intervento multidisciplinare.

Laddove la persona non concedesse il consenso agli esami procedurali previsti, si procederà alla visita medica, ad eventuali medicazioni e al rilascio di un referto medico quanto più possibile documentato e completo.

L'operatore sanitario, inoltre, prima di congedare la persona la informerà, se le condizioni logistiche lo permetteranno, sulla esistenza delle strutture di aiuto e sostegno presente sul territorio, sia nel caso in cui decidesse di sporgere querela; sia - a maggior ragione - in caso contrario.

Si ricorda che è dovere del medico che ha rilevato la violenza di genere, procedere ad una formalizzazione della "denuncia di reato", in conformità alle disposizioni vigenti nei casi di reato procedibile d'ufficio e qualora abbia avuto notizia di reato nell'esercizio delle sue funzioni.

Copia della cartella clinica deve essere consegnata in busta chiusa alla Direzione Sanitaria di Presidio, ai fini del monitoraggio e dello studio statistico da inviare semestralmente all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica- Area Interdipartimentale 2.

Qualora la vittima di violenza o di abuso fosse un minore, è indispensabile l'intervento aggiuntivo del pediatra. In questi casi occorre valutare attentamente la possibilità di trattenere il paziente in ospedale al fine di consentirne la messa in sicurezza, fino al primo contatto con l'Assistente Sociale e con lo psicologo (almeno 48 ore).

I casi dei minori devono essere trattati tutti come casi ad alto rischio e quindi con procedure d'urgenza. La ospedalizzazione cautelativa presso la UO Pediatria, permetterà di effettuare una attenta valutazione del caso in un ambiente rassicurante e protetto, a diretto contatto con lo staff medico e del Servizio Sociale, al fine di comprendere – con la discrezionalità e la delicatezza che il caso richiede - quale tipo di abuso o di violenza abbia subito.

Questa tipologia di presa in carico, ha per scopo la salvaguardia del minore, che si realizza pienamente quando viene assicurato un contesto di protezione all'interno del quale si possono attivare i necessari interventi di sostegno e cure. Tali interventi oltre alla protezione fisica, devono garantire quella mentale e psicologica; la valutazione e il trattamento intensivo, dovrà vedere impegnati in modo integrato assistenti sociali, psicologi, medici, neuropsichiatri dell'infanzia.

Il percorso educativo –riabilitativo dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

- entità del danno fisico e psicologico;
- fattori che hanno determinato le condotte pregiudizievoli;
- diagnosi di recuperabilità e prognosi di cambiamento.

Nelle situazioni nelle quali è attivo un procedimento penale, il lavoro valutativo dovrà ASSOLUTAMENTE ASTENERSI da operazioni di indagine sostitutiva di quella dell'Autorità inquirente e da audizioni della vittima.

Per il tramite della Direzione Sanitaria, l'Assistente Sociale dello Stabilimento Ospedaliero, provvederà a segnalare al Responsabile dei Servizi Sociali Territoriali la presenza della vittima e realizzerà gli opportuni contatti con la Questura e la Procura per i Minori presso il Tribunale di Agrigento.

Qualora il ricovero in ospedale fosse inferiore alle 48 ore, potrà essere attivato un ricovero protetto ed immediato (con o senza genitore) in strutture di pronta accoglienza sociale, direttamente dai Servizi Territoriali (consultori, neuropsichiatria infantile), previa comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

In ogni caso, il servizio di Assistenza Sociale Territoriale competente, attiverà la presa in carico per la messa in sicurezza entro 48 ore, prendendo contatto con gli operatori sanitari ospedalieri, in modo tale che – prestate le prime cure e completate le valutazioni – venga predisposto entro i 7 giorni successivi, in modo interdisciplinare e condiviso con i genitori o d'ufficio, un progetto di intervento a più ampio raggio di azione (provvedimenti di separazione dall'aggressore, provvedimenti di tutela, ...).

4.6 L'INFERMIERE DELLA UO SPECIALISTICA

Collabora il medico durante la visita medica, mettendo in atto le prescrizioni terapeutiche ed operative.

4.7 GLI SPECIALISTI CHIAMATI A CONSULTO

Eseguono le consulenze, approfondimenti diagnostici, esami specialistici, documentando la loro attività e restituendo i risultati delle indagini e delle valutazioni (referti).

4.8 L'ASSISTENTE SOCIALE

Fornisce all'utente supporto e sostegno, garantendo adeguata informazione su diritti, percorsi di tutela e sui servizi presenti sul territorio. Se la vittima viene ricoverata, l'Assistente Sociale seguirà il caso clinico durante tutto il percorso ospedaliero fino alla dimissione, in accordo con gli altri servizi della rete cittadina antiviolenza, in una azione coordinata con il Servizio di Psicologia.

Provvederà altresì a tenere i rapporti con le Istituzioni extrasanitarie per il tramite della Direzione Sanitaria di Presidio.

4.9 MISURE PROFILATTICHE

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 malattie sessualmente trasmissibili (MST).

Lo schema consigliato è:

AZITROMICINA 1 gr. per os in unica dose o TETRACICLINA 100 mg. x 2 die x 7 giorni. 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. Parimenti, può essere consigliata la vaccinazione anti-epatite B.

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

Si tenga però presente che le "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" aggiornata al 22.11.2016 dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), ritiene altamente improbabile la trasmissione di HIV per via sessuale al partner non infetto e a sua volta non affetto da malattia sessualmente trasmissibile, da parte del paziente-fonte, anche HIV positivo e in trattamento con farmaci retrovirali.

Nello stesso documento, l'offerta della profilassi post-esposizione, indipendentemente dallo stato sierologico della fonte **non è raccomandata**, in caso di:

- Rapporto vaginale recettivo o insertivo, orale (fare una fellatio), con o senza eiaculazione interna;
- Rapporto insertivo anale;

- Rapporto orale vaginale (cunnilingus), sia fatto che ricevuto;
- Persone che ricevono la fellatio, con o senza eiaculazione interna;
- Altre modalità di esposizione sessuale quali i rapporti non penetrativi (petting);
- Puntura con ago abbandonato/da strada

Purtuttavia, 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 della 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, che deve necessariamente essere prescritta da un infettivologo, stante l'obbligo del piano terapeutico. Può essere di utilità il consulto telefonico con l'infettivologo di altra struttura ospedaliera per la prescrizione appropriata.

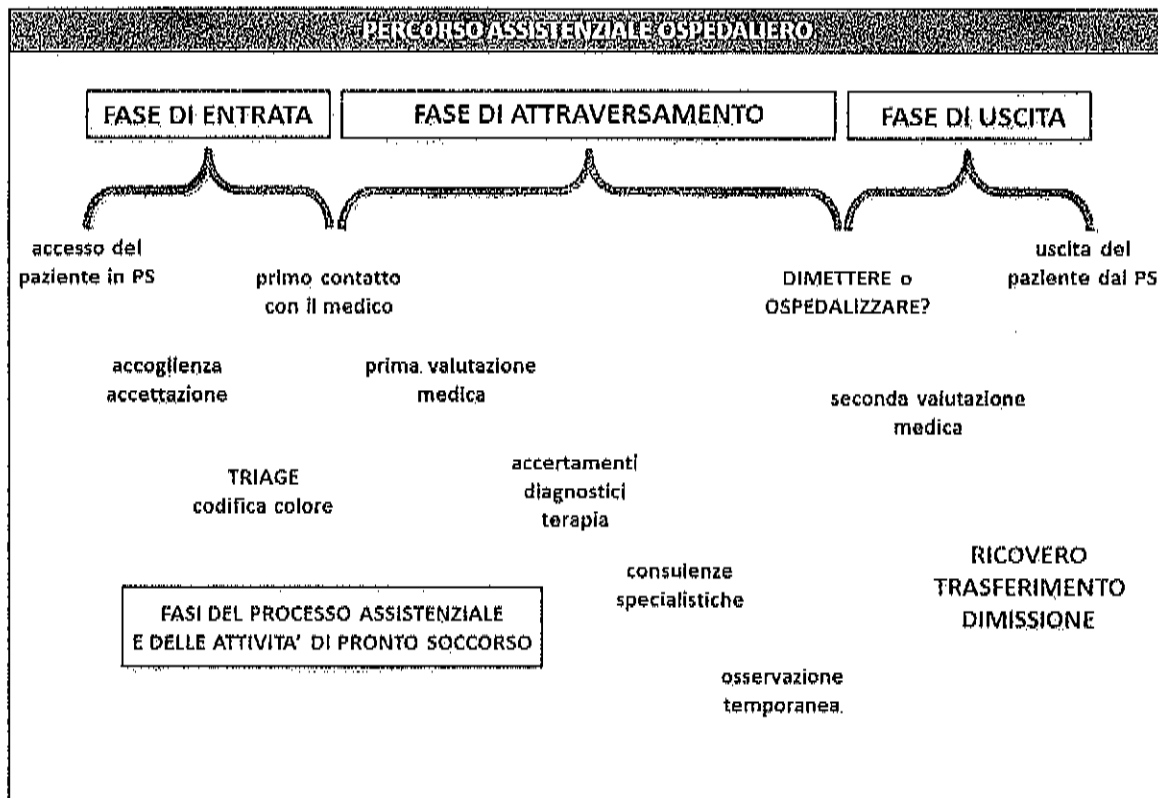
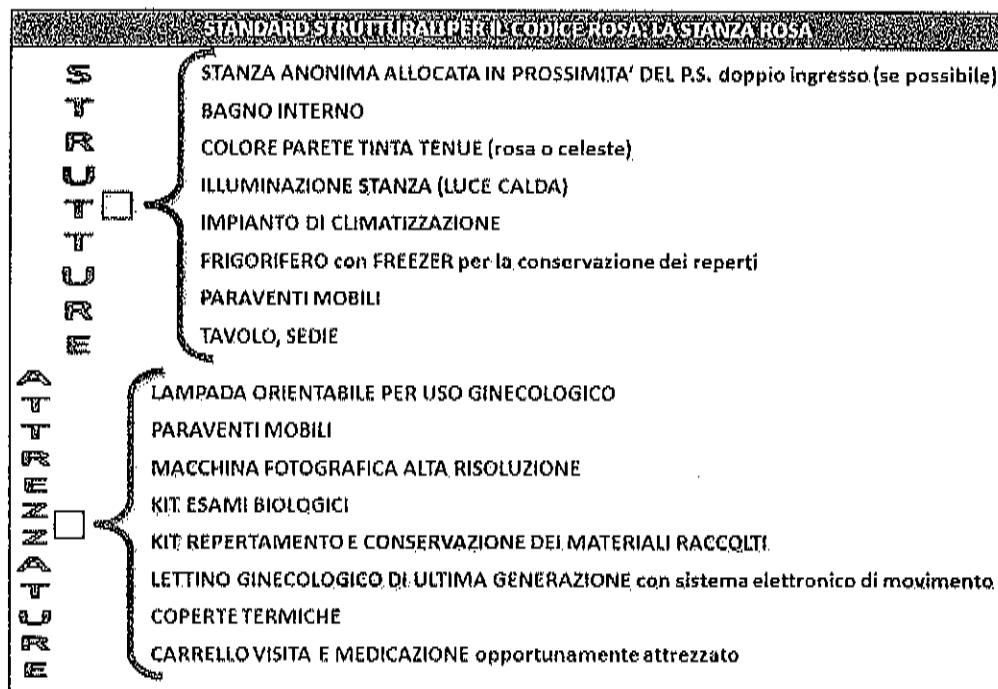
Va in ogni caso discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia.

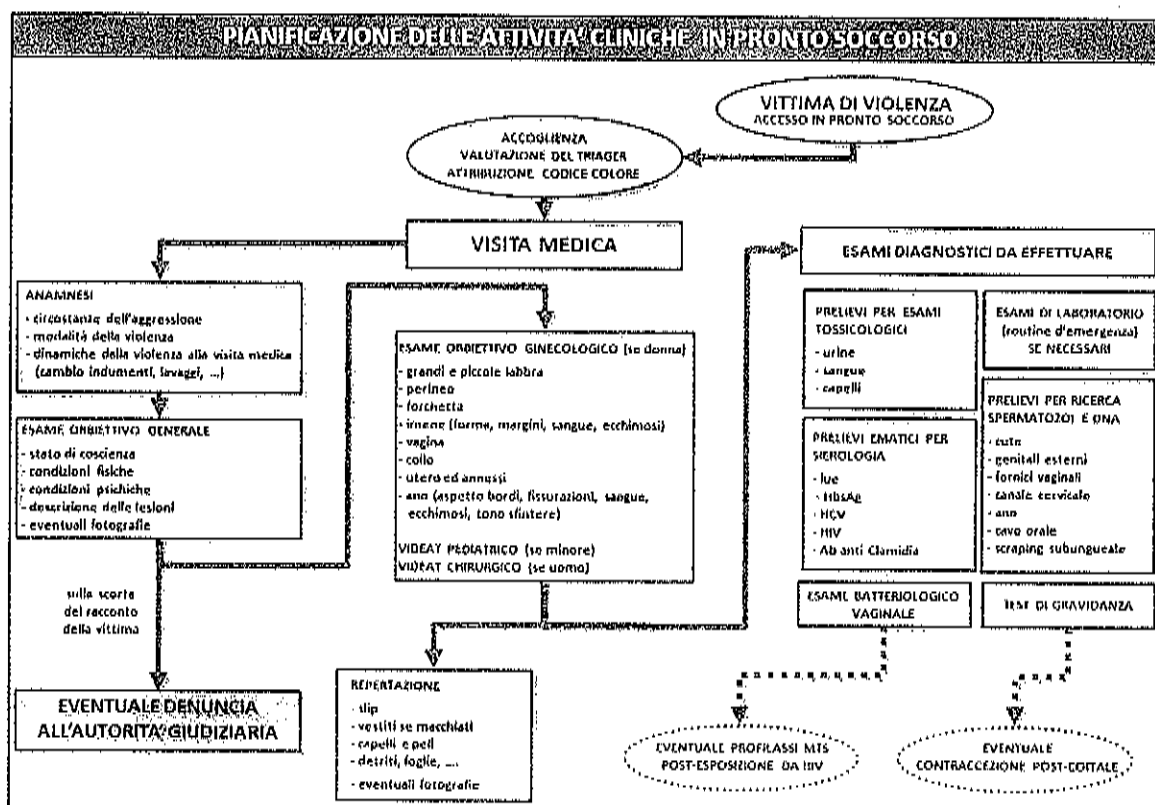
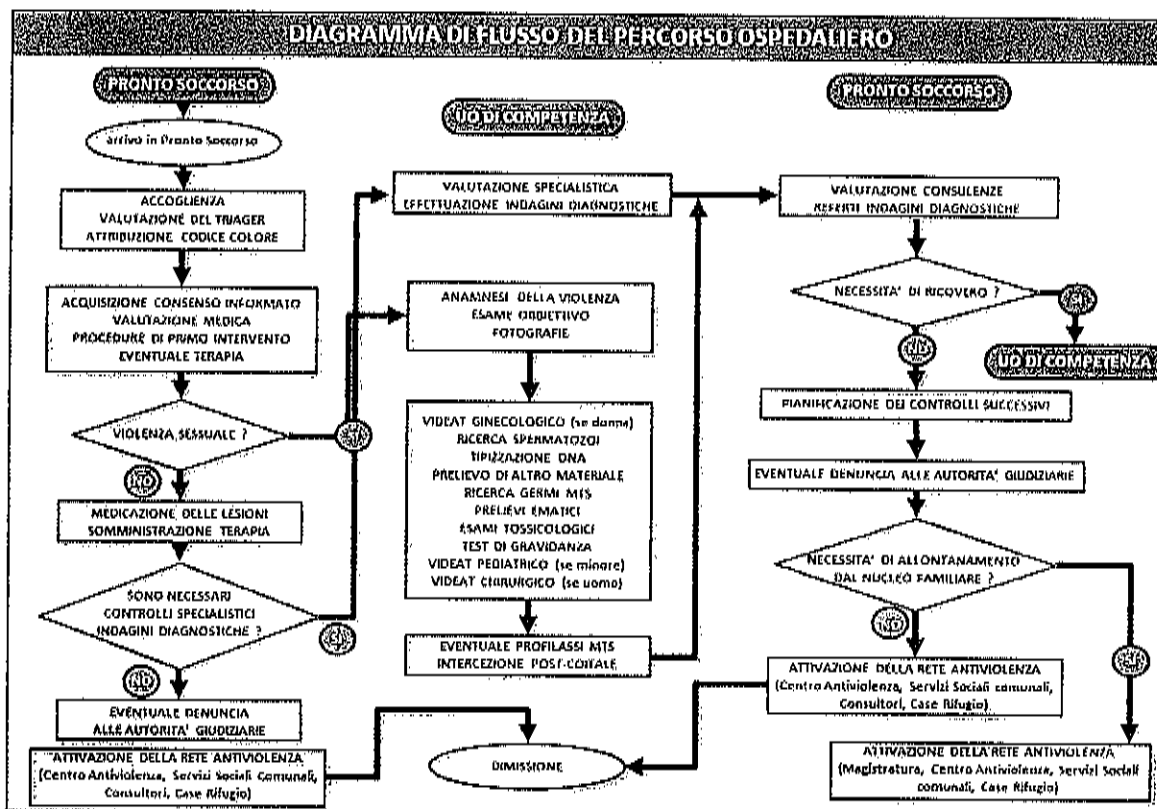
Si tenga comunque presente che la profilassi va iniziata prima possibile, probabilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane.

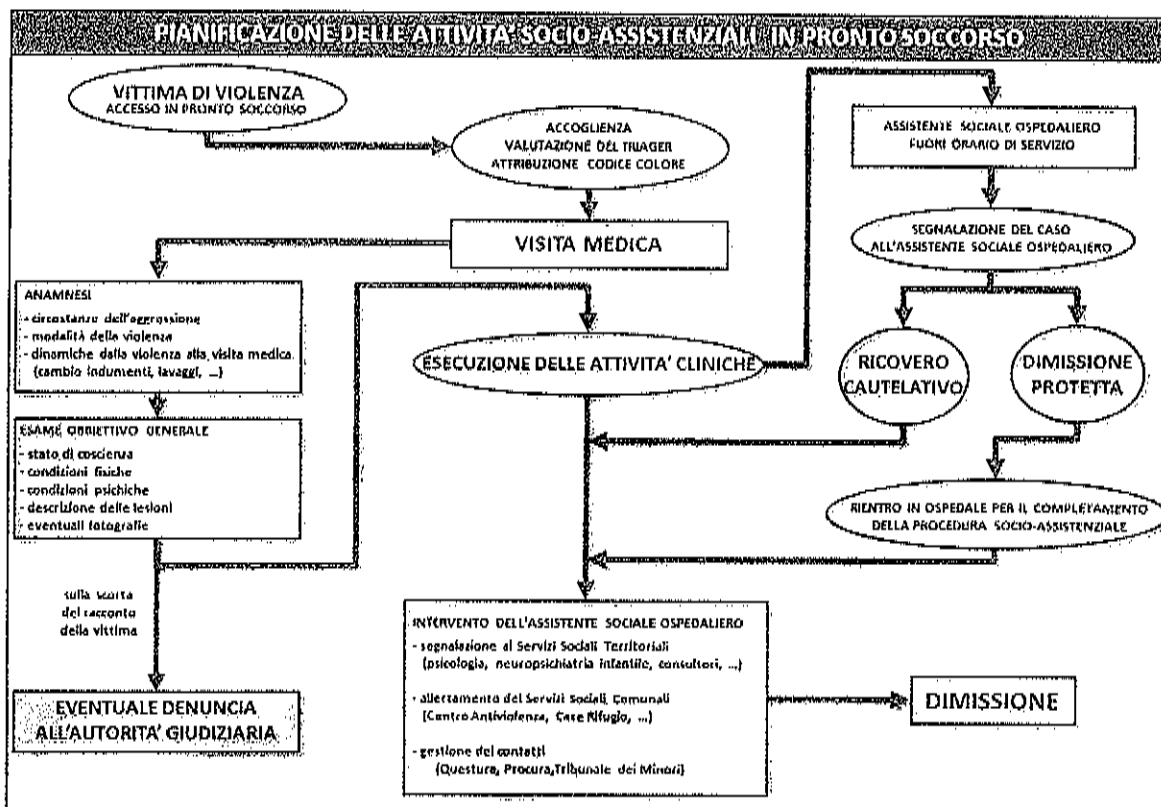
Qualora siano trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale con LEVONOGESTREL 750 mg. 2 cps in unica somministrazione.

5. SCHEMI GRAFICI, FLOWCHART E MAPPE DELLE ATTIVITA'

Si riportano di seguito una serie di rappresentazioni grafiche esplicative del percorso socio-assistenziale







MATRICI DI RESPONSABILITA' DELLE ATTIVITA' PREVISTE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE							
ATTIVITA' PREVISTE	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE						
	personale del 118	Infermiere di triage	medico di pronto soccorso	Infermiere di pronto soccorso	medico specialista e consulenti	Infermiere/ostetrica UO ospedaliera	personale del Servizio Sociale
	1	2	3	4	5	6	7
TRASPORTO DELLA VITTIMA IN OSPEDALE							
PRIMA ACCOGLIENZA, VALUTAZIONE E CODIFICA							
PRIMA VISITA MEDICA, VALUTAZIONE CLINICA E PRESCRIZIONE PRIME CURE							
MEDICAZIONI, SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIE FARMACOLOGICHE PRESCRITTE							
RICHIEDA DI ESAMI DIAGNOSTICI, CONSULTI AD ALTRE UU.OO.							
SEGNALAZIONE DEL CASO AL SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE							
ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI RETE TERRITORIALE							
COLLOQUIO DELLA VITTIMA CON RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE							
ALLERTAMENTO UO SPECIALISTICHE (GINECOLOGIA, CHIRURGIA, PEDIATRIA,)							
ESECUZIONE DI PRELIEVI A FINI MEDICO-LEGALI, PRESCRIZIONE CURE SPECIALISTICHE							
VALUTAZIONE ESAMI DIAGNOSTICI GENERALI							
VALUTAZIONE ESAMI DIAGNOSTICI SPECIALISTICI							
DECISIONE DI RICOVERO / DIMISSIONE							
DIMISSIONE ED INFORMAZIONE DI FOLLOW-UP ED ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI RETE							

6. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Piano della Salute 2011- 2013 Regione Siciliana.
- Legge Regionale 14 Aprile 2009 n. 5.
- Legge 15.02.1996 n° 66 "Nonne contro la violenza sessuale".
- Rapporto OMS "World report on violence and health" 2002.
- WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. International classification for external causes of injuries. Amsterdam , Consumer Safety Institute, 2001.
- Holder Y et al., eds. Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMHNP /O 1.02). 351.
- Procedura Aziendale della Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa sulla "Gestione dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie".
- Linee guida Regione Siciliana per la "pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza". D. A. n 560 del 23.03.2012 -G.U.R.S. n.17 del 27.04.2012.
- CIRCOLARE 7 marzo 2014, n. 6 dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia "Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del Codice Rosa".
- Convenzione Internazionale per i diritti del fanciullo. (ONU 1989).
- Manuale operativo Codice Rosa, Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa.
- Il ruolo del ginecologo di pronto soccorso nei casi di violenza sessuale. Proposta di protocollo. Lukic, P. Barbarino, R. Prosperi Porta, P. Agostini, C. Vecchiotti, G. Vetrano; Estratto da Minerva Ginecologia, Vol. 51, n. 11; Ed. MINERVA MEDICA TORINO.
- Linee guida SVS e SVD – Clinica Mangiagalli di Milano.
- Guarire dal Trauma. Judith Lewis Herman; Edizioni Magi, 2007.
- Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni. Giolito M.R. e al.; Torino, 2002.
- Prevalenza dei maltrattamenti fisici e/o sessuali in pazienti con disturbi cronici gastrointestinali. N. Pallotta et al.; Neurogastroenterologia, n. 3, 1998.
- Linee guida per l'attuazione del soccorso "emergenza codice rosa" per donne e minori vittime di violenza sessuale e/o domestica; Azienda Policlinico "Umberto I" di Roma, aprile 2010
- Procedura per il percorso "CODICE ROSA", Azienda Ospedaliera Papardo-Piemonte di Messina. 2015

7. ALLEGATI

modello CR_01 – CASO DI ABUSO, MALTRATTAMENTO, VIOLENZA SESSUALE: cartella clinica

modello CR_02 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER IL SERVIZIO SOCIALE



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

☒ Immediatamente esecutiva dal 07 OTT. 2019

Agrigento, li 07 OTT. 2019

Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco