

TAVOLO INTERISTITUZIONALE PERMANENTE DEL CIRCONDARIO DEL TRIBUNALE DI ROMA

“Linee di indirizzo per la rete di assistenza e protezione, anche sanitaria, in favore di persone minorenni vittime di violenza domestica ed abusi sessuali”.

Premessa

Nell’ambito delle attività del Tavolo Interistituzionale permanente per la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere e domestica, istituito presso il Tribunale e la Procura di Roma, è stata deliberata la costituzione di un “Gruppo di lavoro” per la redazione di *“linee condivise per un percorso protetto e specializzato nella assistenza, anche sanitaria, in favore di persone minorenni vittime di violenza domestica ed abusi sessuali”*.¹

Prendendo le mosse dalla centralità della “vittima”, il Gruppo di lavoro ha “attenzionato” le condizioni delle persone minori di anni 18, che si abbia ragionevole motivo di ritenere siano vittime di violenza fisica e/o psicologica, di patologia delle cure e di abusi sessuali, nell’intento di conciliare le finalità diagnostico-terapeutiche con quelle giudiziarie (in particolare investigative) e protettive, nella convinzione che si tratti di obiettivi tra loro compatibili.

Lo scopo perseguito è di assicurare alle vittime minorenni la cura, la protezione e la salute, anche psicologica, e al contempo di favorire l’accertamento dei fatti attraverso un efficace e stabile coordinamento tra le istituzioni interessate, in particolare, quelle sanitarie e giudiziarie.

Il documento è, dunque, espressione del confronto multidisciplinare tra diverse professionalità, si è avvalso delle competenze acquisite nei diversi settori dai componenti del Gruppo di lavoro, in particolare dei magistrati, delle forze di polizia, dei rappresentanti di alcune strutture ospedaliere di pronto soccorso² e delle operatrici dei Centri Antiviolenza³ che già operano in alcune strutture sanitarie,

¹ Il documento è stato elaborato con il contributo di Magistrati degli Uffici Giudiziari del Distretto di Roma, di appartenenti alla polizia giudiziaria (Arma dei Carabinieri e Polizia di Stato), di Avvocati del Consiglio dell’Ordine di Roma e della Camera penale di Roma, di medici delle strutture sanitarie specializzate operanti nella Regione Lazio (, Osp. Pediatrico Bambino Gesù, Osp. A.Gemelli, Aziende Ospedaliere S.Camillo-Forlanini e Pol. Umberto I, Assessorato Sanità Regione Lazio), di esperti di Biologia e Tossicologia (Cattedra di Genetica Forense dell’Università di Tor Vergata e di Medicina Legale dell’ Università Agostino Gemelli), di psicologi dell’Ordine degli Psicologi del Lazio, e di Avvocati dei Centri Antiviolenza Differenza Donna ONLUS, BeFree cooperativa sociale, Telefono Rosa, con il coordinamento della Dott.ssa Maria Monteleone.

² Nella specie, in particolare, dell’Ospedale Bambino Gesù, del Policlinico A. Gemelli, dell’Ospedale S. Camillo-Forlanini e del Policlinico Umberto I di Roma.

³ In questo caso dei Centri Antiviolenza: Differenza Donna ONLUS, BeFree cooperativa sociale.

con l'intento di delineare un percorso di effettiva assistenza e protezione socio-sanitaria e giudiziaria, definendo una condivisa metodologia di valutazione clinica e medico-legale, di gestione dei dati di rilevanza probatoria e di presa in carico della vittima minorenni.

Nello stesso tempo, si è ritenuto di fondamentale importanza favorire la rilevazione dei casi sommersi e scongiurare il rischio di errori che potessero ripercuotersi sulle esigenze di protezione del minore compromettendo (talvolta irreparabilmente) le attività investigative.

Come è noto, anche il nostro Paese è stato interessato negli ultimi decenni da un progressivo incremento di gravi e subdole forme di violenza, soprattutto domestica, e di abusi sessuali su persone di minore età, fenomeni che si caratterizzano anche per le complesse modalità esecutive e, quindi, di accertamento, e che impongono interventi tempestivi e specializzati.

Questa inquietante realtà ha ispirato un importante consesso internazionale, il Consiglio D'Europa, nella predisposizione della Convenzione di Lanzarote⁴ *“sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali”*, adottata dal Consiglio d'Europa nel 2012, sottoscritta e ratificata anche dal nostro Paese, ai cui principi fondamentali- nel seguito enunciati in via di sintesi- occorre fare riferimento:

- *tutte le forme di abuso sessuale riferite ai minori mettono seriamente a rischio la salute e lo sviluppo psico-sociale dei minori;*
- *comune deve essere l'obiettivo di proteggere i minori dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali indipendentemente da chi ne è l'autore;*
- *si devono adottare misure legislative o di altra natura necessarie per fornire assistenza e protezione, a breve e a lungo termine, alle vittime per garantire il loro recupero fisico e psico-sociale;*
- *le misure adottate dovranno tenere nel debito conto le opinioni, le necessità e le preoccupazioni del minore;*
- *qualora i genitori o le persone alle quali è affidato il minore siano coinvolti in fatti di sfruttamento o di abuso sessuale commessi nei suoi confronti, le procedure di intervento adottate prevedono la possibilità di allontanare il presunto autore dei fatti o di allontanare la vittima dal suo ambiente familiare;*
- *le indagini e i procedimenti penali devono avvenire nell'interesse superiore e nel rispetto dei diritti del minore, dovendosi adottare sempre un approccio protettivo nei confronti delle vittime, assicurando che le indagini ed i procedimenti penali non aggravino il trauma sofferto dal minore e che la risposta penale sia seguita da adeguato sostegno ed assistenza;*

⁴ La Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali, firmata il 25 ottobre 2007 a Lanzarote, in Spagna, è stata ratificata dall'Italia con la Legge n.172 del 2012 ed è entrata in vigore il 23/10/2012.

- *le informazioni dovranno essere fornite alle vittime in maniera adatta alla loro età e al loro grado di maturità, nonché in una lingua che possono comprendere;*
- *le audizioni del minore abbiano luogo senza alcun ritardo ingiustificato dopo la segnalazione dei fatti alle autorità competenti, vengano condotte da professionisti formati a tal fine, il numero delle audizioni sia limitato al minimo e allo stretto necessario per lo svolgimento del procedimento penale e le audizioni della vittima, o di un minore testimone dei fatti, possano essere oggetto di registrazioni audiovisive.*

Come rimarca la stessa Convenzione, affinché detti principi possano trovare concreta realizzazione, sono opportune misure atte a garantire:

- *il “coordinamento, a livello nazionale o locale, dei diversi organismi incaricati della protezione dei minori [...] in particolare nei settori [...] della sanità, dei servizi sociali, delle forze dell'ordine e delle autorità giudiziarie”;*
- *“lo sviluppo di partenariati o altre forme di cooperazione tra le autorità competenti, in particolare i servizi di assistenza sanitaria, i servizi sociali, le autorità giudiziarie [...]”;*
- *una specifica attenzione al “reclutamento, alla formazione e alla sensibilizzazione” delle persone che hanno regolari contatti con i minori, anche in ambito socio-sanitario, giudiziario e di pubblica sicurezza.*

Centrale è il tema della formazione di tutti gli operatori che entrano in contatto con i minori, tanto che la stessa Convenzione, premessa la necessità che dette persone *“abbiano un'adeguata conoscenza dei fenomeni di sfruttamento e di abuso sessuali di minori, dei mezzi per individuarli”*, si premura di sottolineare l'esigenza che le norme sulla riservatezza, imposte dalla legislazione interna a determinati professionisti, non costituiscano per costoro un ostacolo *“alla possibilità di segnalare ai servizi competenti in materia di protezione dei minori, qualsiasi situazione in cui vi sono fondati motivi di ritenere che un minore sia vittima di sfruttamento o di abuso sessuale”*.

Analoghe le disposizioni della Convenzione del Consiglio d'Europa *“sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica”*, aperta alla firma ad Istanbul l'11/05/2011⁵, che riguarda anche tutti i minorenni.

Nell'affermare che *“i bambini sono vittime di violenza domestica anche in quanto testimoni di violenze all'interno della famiglia”* (c.d. violenza psicologica o assistita) questo Documento internazionale:

⁵ La Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, è stata adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed aperta alla firma ad Istanbul l'11 maggio del 2011. L'Italia ha sottoscritto la Convenzione il 27 settembre 2012 e il Parlamento ha autorizzato la ratifica con legge n. 77/2013.

- incoraggia la formazione in materia di cooperazione coordinata inter-istituzionale;
- richiede che sia garantito alle vittime l'accesso ai servizi sanitari e sociali;
- richiede che tali servizi dispongano di risorse adeguate e di figure professionali adeguatamente formate per fornire assistenza alle vittime ed indirizzarle verso i servizi appropriati.

Altri profili importanti sui quali la Convenzione si sofferma (artt. 50 e 51) riguardano l'adozione di misure volte a garantire che le autorità incaricate della prevenzione e della protezione possano procedere alla *“raccolta delle prove”*, a *“valutare il rischio di letalità, la gravità della situazione e il pericolo di reiterazione dei comportamenti violenti, al fine di gestire i rischi e garantire, se necessario, un quadro coordinato di sicurezza e di sostegno”*.

A questi principi si è ispirato il legislatore italiano con il D.P.C.M. del 24/11/2017 recante: *“Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza”*⁶, che demanda anche agli attori competenti la formalizzazione di protocolli operativi di rete, specifici e strutturati, per garantire il raccordo operativo e la comunicazione tra le strutture sanitarie e ospedaliere ed i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento.

Questa la cornice normativa ed i valori considerati dal Gruppo di lavoro, nella consapevolezza delle criticità che caratterizzano il percorso di rilevazione e contrasto della violenza agita sui minori e, tuttavia, perseguendo l'obiettivo di redigere linee di indirizzo multidisciplinari ed –auspicabilmente–efficaci.

Per tali ragioni, una attenzione specifica è stata posta sugli operatori sanitari delle strutture di pronto soccorso pediatrico, che devono essere particolarmente formati e specializzati, per far sì che, in presenza di evidenze obiettive o di fondato sospetto che un minore sia rimasto vittima di una qualche forma di violenza, possano operare in un efficace coordinamento sia all'interno della struttura sanitaria che con gli altri protagonisti della rete giudiziaria e sociale.

Solo in tal modo potrà essere favorito il disvelamento di casi *“sommersi”*, con la individuazione di forme di abuso e di maltrattamento mascherate, difficilmente accessibili, atipiche, non dichiarate, che costituiscono il numero maggiore dei casi

⁶ Si tratta di Linee attuative della L. n. 208/2015, che prevedono l'istituzione nelle aziende sanitarie ospedaliere di un percorso di protezione e tutela delle persone vittime di altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti e *stalking*, e sono volte a rendere operativo il percorso di assistenza socio-sanitaria, diretto alle donne vittime di violenza, ivi comprese quelle di età inferiore ai 18 anni, ed ai loro figli minorenni, testimoni o vittime di violenza; le Linee guida sono finalizzate a *“garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle vittime a partire dal triage [..]”* per *“rendere attivo e operativo nelle aziende sanitarie e nelle aziende ospedaliere, il percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza”*.

in senso assoluto (si pensi, a titolo esemplificativo, alle varie forme e modalità della violenza domestica, o all'abuso emozionale in ambiente familiare).

Nello stesso tempo si intende assicurare ai pazienti minorenni pari opportunità di accesso, omogeneità di valutazione clinica e uniforme refertazione e repertazione dei dati di valenza probatoria, attraverso un modello operativo che possa favorire la individuazione di ogni forma di violenza su loro agita, ivi comprese quelle connesse al diffondersi dell'uso disinvolto e dell'abuso di sostanze alcoliche, stupefacenti ed incapacitanti.

In tale contesto, ove si prospetti la necessità di procedere al repertamento di campioni biologici o tossicologici, o di oggetti, si valuta oltremodo utile definire al meglio le procedure per una corretta gestione di questi dati tecnici di valenza probatoria, con una specifica attenzione alle tematiche connesse all'uso di sostanze incapacitanti, la cui diffusione, secondo i dati più recenti, è direttamente correlata alla consumazione di violenze sessuali, soprattutto in danno di donne minori di anni 18.

La fase dell'emersione

La violenza e l'abuso su soggetti minorenni sono fenomeni complessi, multiproblematici e multidisciplinari, in gran parte sottostimati e sommersi, che cagionano gravi conseguenze alle giovani vittime, sia nel breve che nel lungo periodo, ragione per la quale anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato il ruolo cruciale del sistema socio-sanitario nella sua rilevazione.

Le ragioni della sua complessità e della difficile rilevazione vanno ricondotte a diversi fattori, tra i quali emergono:

- la particolare vulnerabilità delle vittime (spesso bambini molto piccoli o con disabilità);
- le differenti forme di maltrattamento esistenti, amplificate dalla diffusione della Rete e dei *social*;
- la severità delle conseguenze, anche psicologiche, e potenzialmente traumatiche, sulla salute a breve, medio e lungo termine, causate dall'esposizione, ancor più se prolungata, a forme di violenza fisica, sessuale e/o psicologica;
- il contesto in cui spesso la violenza nasce (l'ambiente domestico);
- l'impossibilità di considerare degli "indicatori specifici" che possano, contro ogni ragionevole dubbio, almeno nella maggior parte delle situazioni, consentire il riconoscimento dei casi di violenza.

Il fenomeno della violenza su minori è caratterizzato da varie espressioni cliniche non di rado concomitanti:

- Maltrattamento fisico: qualificato dal ricorso alla violenza fisica, come aggressioni, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica. *“Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di*

minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire” (WHO 2006).⁷

- Maltrattamento psicologico: costituito da forme di comunicazione e/o comportamenti che si configurano come ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, minacce, indifferenza, rifiuto, denigrazione in modo continuato e duraturo nel tempo.
- Patologia delle cure (trascuratezza/negligenza): si riferisce all’inadeguatezza o all’insufficienza di cure rispetto ai bisogni fisici, psicologici, medici ed educativi propri della fase evolutiva del/la bambino/a o adolescente da parte dei loro tutori. Include: incuria (cure carenti), discuria (cure non in linea con la fase evolutiva e le necessita` del minore) e ipercura (cure somministrate in eccesso, di cui la forma più nota è la Sindrome di Munchausen per procura).
- Abuso sessuale: in termini generali si intende il coinvolgimento in attività sessuali di una persona non consenziente o non consapevole, sul piano giuridico e, con riguardo ai bambini (per la Convenzione di Lanzarote sono tali i minori degli anni 18), si intende il loro coinvolgimento in atti sessuali in tempi e con modalità ritenute illegittime e sanzionate penalmente.
- Violenza assistita: definita come “il fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulti e minori”⁸.

Merita una trattazione più articolata il tema dell’“abuso sessuale”, oggetto di specifica disposizione nella Convenzione di Lanzarote (art. 18), che ne definisce anche i contorni fondamentali, prevedendo che siano sanzionati come reati i seguenti comportamenti:

- praticare attività sessuali con un minore che non abbia raggiunto l’età legale per praticare tali attività;
 - praticare attività sessuali con un minore: a) facendo uso di costrizione, della forza, o di minacce; b) abusando di una riconosciuta posizione di fiducia, di autorità o di influenza su di esso, inclusi i casi in cui ciò avvenga in famiglia; c) abusando di una situazione di particolare vulnerabilità del minore, segnatamente a causa di disabilità fisica o mentale o di una situazione di dipendenza.
 - dipendenza.
- Per il nostro ordinamento oltre ai casi in cui gli atti sessuali siano compiuti con esercizio di violenza o minaccia - sanzionati, ove compiuti in danno di minorenni, con pene più gravi (artt. 609 bis, 609 ter c.p.)- è sempre ritenuto

⁷ I documenti si possono consultare:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf

⁸ Definizione CISMAI, Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri, 2017.

illecito e sanzionato penalmente il compimento di atti sessuali (art. 609 quater c.p.):

- con un minore di anni 14;
- con un minore di anni 16, se il colpevole è l'ascendente, il genitore anche adottivo o il di lui convivente, il tutore o altra persona cui il minore sia affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia, o che abbia una relazione di convivenza;
- con un minore di età compresa tra 16 e 18 anni, se le medesime persone (l'ascendente, il genitore anche adottivo o il di lui convivente, il tutore o altra persona cui il minore sia affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia, o che abbia una relazione di convivenza) compiono atti sessuali con abuso dei poteri connessi alla loro posizione;
- con un minore di età compresa tra i 14 e 18 anni, se gli atti sessuali sono compiuti abusando della fiducia riscossa presso il minore o in ragione dell'influenza esercitata per la qualità e l'ufficio ricoperto o per particolari relazioni di convivenza domestica o lavorativa;

Sono considerate lecite – e, quindi, non sanzionate – soltanto le attività sessuali compiute tra minori che abbiano raggiunto gli anni 13, purché la differenza di età tra di essi non superi i quattro anni, e non vi siano violenza, minaccia, abuso di autorità o abuso delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona al momento del fatto.

Per definire i contorni dell'abuso sessuale su un bambino occorre fare riferimento alla normativa di settore, nella quale assume un ruolo centrale la nozione di “atto sessuale”, ravvisabile secondo i giudici della Corte di Cassazione⁹ in “*tutti quegli atti indirizzati verso zone erogene, e che siano idonei a compromettere la libera determinazione della sessualità del soggetto passivo e ad entrare nella sua sfera sessuale con modalità connotate dalla costrizione, sostituzione di persona, abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica*”.

Gli operatori devono, altresì, considerare che la realtà odierna è molto complessa, perché, come è stato rilevato soprattutto da alcune organizzazioni impegnate nel contrasto alla violenza sui minori¹⁰, l'abuso sessuale sui bambini ha assunto

⁹ C.f.r.: Cass. Sez. 3, Sent. n. 7772 del 02/05/2000.

¹⁰ Secondo i dati diffusi da Telefono Azzurro “*Quello che sappiamo è che milioni di bambini nel mondo sono vittime di sfruttamento sessuale ed abuso. In Europa, quasi 18 milioni di bambini sono risultati essere vittime di abuso sessuale (WHO, 2013). Online ogni 7 minuti una pagina web mostra immagini di bambini abusati sessualmente*”.

Nel 2017 sono stati individuati 78.589 URLS contenenti immagini di abuso sessuale su minori. Oltre la metà delle vittime, il 55%, ha meno di 10 anni. Nel 40% dei casi l'abusante è conosciuto online (IWF, 2017). Si tratta quindi di un fenomeno drammaticamente diffuso, verosimilmente sottostimato e trasversale agli ambiti; anche l'ambiente sportivo, ad esempio, è un contesto in cui possono perpetrarsi episodi di questo tipo. In una ricerca inglese, il 29% dei soggetti intervistati riferiva di aver subito molestie sessuali, sia di tipo fisico che verbale (NSPCC, 2011).

Dati aggiornati possono essere consultati nel Dossier 2023 di Telefono Azzurro del 5 maggio 2023 presentato nella “Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia”.

dimensioni ancora più preoccupanti per il fatto che la “Rete” e le nuove tecnologie informatiche e telematiche hanno costituito un terreno fertile in cui il fenomeno ha trovato nuovi canali di diffusione e nuove forme di espressione, quali: il *sexting* (l'invio di testi o immagini sessualmente esplicite tramite Internet o telefono cellulare), la *sextortion* (metodo di estorsione utilizzato da criminali per ricattare una persona sulla base di immagini o filmati che mostrano la vittima mentre compie atti sessuali), il *grooming* (adescamento di un minore in Internet tramite tecniche di manipolazione psicologica volte a superarne le resistenze e a ottenerne la fiducia per abusarne sessualmente) e il *live distant child abuse* (il compimento di abusi su minori a distanza), che coinvolgono bambini di età sempre più bassa.

Per tutte le indicate ragioni, la rilevazione degli abusi sessuali su bambini necessita del contributo specializzato di diverse professionalità (cd. multidisciplinarietà), coinvolgendo non solo aspetti sanitari, ma anche psicologici, sociali e giuridici.

Costituisce un dato acquisito il fatto che nelle ipotesi in esame la diagnosi non è quasi mai possibile sulla base di “segni fisici”. Infatti, nella letteratura internazionale¹¹ è riportato che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici.

Del pari, non è possibile, effettuare diagnosi certe sulla base di “indicatori comportamentali specifici”. Spesso sono presenti segni comportamentali “aspecifici”, rivelatori di una situazione di disagio, per cui è indispensabile che la valutazione di ogni singolo caso avvenga ad opera di una équipe di personale specializzato, della quale faccia parte anche uno psicologo o un neuropsichiatra infantile, ed ove possibile il medico legale.

Per queste ragioni, è indispensabile anche la presenza di personale sanitario formato e specializzato fino dalla fase dell'accoglienza e, comunque, dal momento nel quale i sanitari ipotizzano che il paziente possa essere vittima di violenze o di abusi.

Il Pronto Soccorso pediatrico rappresenta, quindi, un osservatorio privilegiato per valutare e rilevare dette situazioni, configurando la sede più opportuna per accogliere una struttura multi-professionale e specializzata che si avvalga di procedure operative condivise (a livello psico-socio-sanitario e giudiziario) e che sia operativa sin dal primo ingresso della giovane vittima.

L'intervento multidisciplinare deve, quindi, avere molteplici obiettivi:

¹¹ WHO, *Child maltreatment*, 19 September 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>; TELEFONO AZZURRO, *Dossier Pedofilia*, 2021, <https://114.it/wp-content/uploads/2021/05/Dossier-Pedofilia-2021.pdf>; FERGUSSON D. M., MULLEN P. (1999), *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*, Sage Publications, usa-uk-India (trad. it. Abusi sessuali sui minori. Un approccio basato sulle evidenze scientifiche, Centro Scientifico Editore, Torino 2004); DETTORE D., FULIGNI C. (2008), *L'abuso sessuale sui minori*, McGraw-Hill, Milano

- rendere possibile la rilevazione dei casi di abuso su minore sospetti o sommersi;
- garantire sempre un'accoglienza protettiva al minore volta a sostenere il paziente;
- raccogliere elementi di contesto e anamnestici utili ai fini di chiarire/supportare la fase diagnostica e terapeutica;

Profili giuridici di interesse

Quanto finora rappresentato rende ineludibile un efficace coordinamento tra professionalità diverse e la condivisione di alcune principali tematiche, anche di natura giuridica, che è opportuno costituiscano comune patrimonio per i professionisti coinvolti nella rete, e ciò in ragione della qualità delle vittime (talvolta bambini in tenera età), della circostanza che i delitti si consumano spesso in ambiente familiare, del fatto che solo in casi rarissimi sono ravvisabili tracce evidenti/univoche della violenza agita, e che testimoni dei fatti sono soltanto le vittime, persone in condizioni di particolare vulnerabilità.

La specificità e la complessità delle descritte situazioni ha indotto gli stessi giudici della Corte di Cassazione¹² ad affermare che le indagini in questo specifico settore criminale richiedono un “*punto di equilibrio*” tra la necessità di accertare i fatti, l'esigenza di proteggere il minore da nuove condotte criminose, e quella di tutelarne l’*“integrità psicofisica”*, anche perché la stessa si riflette non solo sullo sviluppo della vittima, ma anche sulla *“genuinità dell’apporto che il teste può fornire alla ricostruzione dei fatti”* stessi.

Quindi, assumono significativo rilievo le corrette modalità di acquisizione dei mezzi di prova, l'attenzione specifica ai tempi ed ai modi dell'ascolto del minore, così da scongiurare il rischio di una vittimizzazione secondaria¹³; non da ultimo, assume rilievo anche il ruolo di potenziale testimone dell'operatore sanitario che entra in contatto con il minore, sia per ciò che avviene alla sua presenza (testimonianza diretta), sia per quanto a lui riferito dalla piccola vittima (testimonianza indiretta).

Gli operatori che intervengono - in ogni fase del percorso assistenziale - devono essere consapevoli dell'importanza di prestare la massima attenzione a ciò che avviene alla loro presenza (descrizione delle condizioni obiettive del paziente, se piange e/o si lamenta, natura delle ferite), di modo che, attraverso il loro racconto, l'autorità giudiziaria competente possa acquisire contributi utili all'accertamento dei fatti.

¹² Cfr. Cass. Sez. 3 sent. N. 5854 del 2013.

¹³ Espressione con la quale si indicano tutte le sofferenze, anche psicologiche, che derivano per la vittima di un reato non per effetto diretto dell'offesa ricevuta, ma quale conseguenza delle procedure e delle risposte delle istituzioni conseguenti alla sua denuncia.

Nello stesso tempo, devono saper “ascoltare” quello che il minore ritiene di voler confidare o dichiarare spontaneamente alla loro presenza, nonché tutte le circostanze che caratterizzano il suo racconto (può accadere, ad esempio, che sia la stessa vittima a riferire le circostanze nelle quali ha riportato le lesioni per le quali è stato richiesto l'intervento sanitario).

Con riguardo a quanto apprende dalle dichiarazioni del paziente e dai suoi dati anamnestici, l'operatore è considerato un testimone “indiretto”: ciò significa che, qualora il minore successivamente non sia più in grado di rendere testimonianza, perché si rifiuta di riferire nuovamente quanto prima detto o, come accade talvolta, dimentichi (in tutto o in parte) le circostanze che hanno determinato il suo ricorso alle cure dei sanitari, egli potrà essere escusso come testimone, cosicché il narrato del minore potrà essere recuperato ed assumere valore probatorio proprio attraverso la testimonianza dell'operatore socio-sanitario che ha raccolto dette confidenze.

Per tutte queste ragioni, è bene che anche il personale sanitario, formato e specializzato, abbia cura di annotare nella stessa documentazione sanitaria, le circostanze più importanti, ivi compresi i possibili dettagli di quanto riferito spontaneamente dal minore, come pure eventuali dichiarazioni contrastanti da lui rese, riferendo tutto agli investigatori nel modo più fedele possibile.

Fatte salve - in via evidentemente prioritaria - tutte le esigenze cliniche e di cura, è bene sempre “ascoltare” quanto racconta il paziente, non trascurando di considerare che spesso la vittima comunica, anche in quei frangenti, più con i gesti e i comportamenti che con le espressioni verbali; in questo senso, è fondamentale che l'operatore sanitario manifesti una certa disponibilità all'ascolto, senza per ciò dover “esaminare”, “interrogare” o “giudicare” il paziente, ma nella prospettiva che quanto appreso possa favorire l'accertamento della verità e, di conseguenza, essere di aiuto al paziente stesso.

Alla professionalità e alla specializzazione di ogni operatore è rimessa la valutazione dell'importanza/gravità del dichiarato, in rapporto all'ipotesi di abuso formulata e, quindi, la decisione, qualora si disponga del necessario apparato tecnico, di registrare il racconto, acquisendolo in un contesto di spontaneità, nel quale non devono essere rivolte domande specifiche sul “fatto”, e con modalità che non devono nuocere, anche solo psicologicamente, al minore stesso.

La complessità del tema è nota, per questo l'ascolto del minore, anche nelle circostanze indicate, deve essere circondato da regole e cautele che vanno conosciute ed applicate sempre; pertanto, secondo le previsioni stesse della Convenzione di Lanzarote (art. 35), si deve tenere conto dell'età, delle sue condizioni soggettive, il colloquio si deve svolgere in un luogo opportuno adatto allo scopo, deve essere condotto da professionisti addestrati e, ove possibile, è necessario che

sia sempre sentito dalle stesse persone, ma anche che il numero dei colloqui sia limitato al minimo strettamente necessario.¹⁴

Il percorso sanitario

Nel trattamento del minore che sia stato vittima di abuso, un ruolo prioritario riveste la stabilizzazione di eventuali quadri di acuzie medica o chirurgica che il paziente dovesse manifestare all'ingresso nella struttura ospedaliera cui si rivolge. Una volta trattata la eventuale condizione organica, è possibile procedere alla valutazione del quadro clinico a fini medico-legali.

Qualora, durante il percorso diagnostico-clinico, dovessero emergere elementi che facciano ipotizzare che il paziente minorenni possa essere stato vittima di una qualche forma di violenza o abuso all'interno del nucleo familiare, e l'accompagnatore sia un familiare che si sospetta possa essere l'autore e/o il corresponsabile, occorrerà avere massima cautela ed assumere tutte le precauzioni specifiche circa i tempi e le modalità con cui acquisire e fornire le informazioni, tenendo in considerazione l'opzione di eseguire la raccolta anamnestica in assenza dell'accompagnatore.

Nei casi di particolare rilevanza in cui paia fondata l'ipotesi che il minorenni sia *“moralmente o materialmente abbandonato, o sia esposto nell'ambiente familiare a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psicofisica e vi sia, quindi, l'emergenza di provvedere”* alla sua protezione tramite la Polizia Giudiziaria, dovrà essere contattato il Pubblico Ministero di turno presso il Tribunale per i Minorenni.

In caso di pazienti stranieri, si valuterà l'intervento urgente di un mediatore culturale e/o di un interprete.

Qualora il minorenni venga accompagnato in Pronto Soccorso dalle Forze dell'Ordine, si dovrà procedere, limitatamente ai profili medico-legali, secondo le disposizioni impartite dall'Autorità Giudiziaria, la quale dovrà essere informata e consultata per ogni specifica esigenza.

Rilevazione – diagnosi

Il minorenni può giungere in Pronto Soccorso accompagnato da adulti che riferiscano il sospetto di violenza fisica e/o psicologica e/o abuso sessuale, oppure è possibile che, nel corso di una valutazione clinica, emergano segni e/o sintomi conclamati o sospetti di violenza.

¹⁴ In argomento: 1) CUZZOCREA V., SCALI M., SPIZZICHINO E. (2021), *Le vittime nel processo penale. Dall'ascolto alla valutazione psicologico-giuridica: aspetti descrittivi, strumenti operativi e buone prassi*, Franco Angeli, Milano;2) MONTELEONE M., CUZZOCREA V. (2016), *La dichiarazione delle vittime vulnerabili nei procedimenti penali*, in “Processo penale e Giustizia”, 1, pp. 93-109; 3)MAZZONI G., ROTRIQUENZ E. (2012), *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori*, Giuffrè, Milano ; CASO L. VRIJ A. (2009), *L'interrogatorio giudiziario e l'intervista investigativa*, il Mulino, Bologna.

Può anche accadere che sia lo stesso paziente a dichiarare di aver subito una qualche forma di violenza fisica e/o di abuso sessuale, ed in tal caso, al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso, l'infermiere di *triage* procederà ad una prima valutazione dello stato di salute, assegnando il codice di priorità modulato sulle condizioni cliniche.

Molte condizioni di abuso si presentano chiaramente come tali all'accesso in Pronto Soccorso: in tal caso, la rilevazione della condizione di abuso e l'attivazione del percorso clinico non dovrebbero sollevare problemi; in altri casi, l'abuso è misconosciuto, è cioè "mascherato" da altre condizioni patologiche. Per la rilevazione di tali casi sommersi, si rende opportuno procedere ad una attività di *screening* che potrebbe essere svolta già dall'infermiere di triage.

Tutti gli operatori sanitari del Pronto Soccorso (preferibilmente pediatrico o comunque dotato di personale con competenze pediatriche) che accolgono un paziente minorenne, è opportuno che conoscano e dispongano di un elenco di indicatori interpretabili come "fattori di rischio" per l'abuso.

L'attività di *screening* dovrà essere riportata all'interno della documentazione sanitaria prevista per i singoli casi e può essere utile il ricorso ad una tabella specifica sulle modalità di screening:

- Dichiarazione/accuse di un abuso;
- Dichiarazione o sospetto di violenza domestica;
- Dichiarazione o sospetto di molestie sessuali o stupro;
- Bambino esposto all'uso di sostanze stupefacenti;
- Storia di precedenti abusi o di violenze domestiche;
- Anamnesi che non spiega le cause delle lesioni o delle patologie rilevate, anamnesi incoerente sulla causa delle lesioni, anamnesi non compatibile con l'obiettività clinica rilevata¹⁵;
- Bambino in condizioni di abbandono;
- Grave trascuratezza fisica (patologia delle cure);
- Evidente e grave mancanza di tempestività di cure mediche e mancato rispetto di cure mediche specificamente raccomandate che abbia pregiudicato la salute di un minore;
- Ripetuti accessi/visite mediche (anche in altri ospedali) per incidenti domestici/trauma accidentale;
- Ecchimosi inspiegabili;
- Ustioni inspiegabili o ustioni estese a più del 10% della superficie corporea, ustione da sigaretta, ustioni sui genitali;
- Evidenza di lesioni traumatiche avvenute in tempi diversi (lesioni policrone) in particolare se sotto i 3 anni;
- Fratture senza storia coerente che le possa giustificare. Fratture in bambini sotto i 3 anni;

¹⁵ Le incongruenze anamnestiche (reticenza, racconti contraddittori tra le informazioni e/o la dinamica dei fatti riferita e l'obiettività clinica) rappresentano un importante indicatore che dovrà essere accuratamente valutato nella successiva fase della raccolta dell'anamnesi.

- Annegamento/asfissie meccaniche violente; Precipitazione.

Nel caso di *screening* positivo per una o più condizioni di abuso, verrà assegnato un codice di priorità non inferiore all'urgenza (arancione).

E' fortemente indicato che il minorenne sia accolto al "pronto soccorso pediatrico" con l'accortezza:

- di garantire riservatezza e protezione in una stanza dedicata;
- di assicurare che non sia lasciato solo. E', pertanto, importante valutare se sia indicata (o meno) la presenza di un accompagnatore di fiducia che assicuri l'assistenza affettiva;
- di acquisire informazioni da chi lo accompagna, in particolare se si tratta di operatori del 118 e/o delle Forze dell'Ordine, o familiari, di quanto emerso durante il trasporto e del contesto in cui è stato prelevato il paziente;
- di attivare la visita medica e, ove necessario, la presenza di mediatori culturali e linguistici;
- di riportare le informazioni di maggior rilievo nella cartella di *triage*.

La visita medica

In caso di *screening* positivo, il personale sanitario (solitamente il pediatra e gli infermieri di PS) che ha proceduto alla rilevazione, dovrà procedere attivando un percorso assistenziale, individuando i trattamenti diagnostici e terapeutici più adeguati alla situazione clinica del paziente.

In questa fase, il personale che effettua la rilevazione potrà (rectius: dovrà) avvalersi delle figure specialistiche più idonee.

Figure mediche indispensabili per ogni tipologia di abuso sono: il pediatra del PS, gli specialisti con competenza di neuropsichiatria infantile e gli psicologi con competenze specifiche.

Nel rispetto delle regole di massima accoglienza e di minima invasività, è opportuno che la valutazione clinica e, in special modo, la visita del paziente, siano effettuate (per quanto possibile) alla presenza degli specialisti interessati ed indispensabili.

La raccolta anamnestica deve costituire la guida per il successivo esame clinico, poiché è fondamentale e necessario valutare sempre la congruenza tra questa e le evidenze cliniche.

L'incongruenza rappresenta un *marker* di sospetto abuso (vedi indicatori) e richiede di indagare ulteriormente circa la storia clinica fisiologica e patologica remota (non solo malattie pregresse, terapie in atto e allergie) ponendo particolare attenzione a precedenti traumi o interventi chirurgici, particolarmente quelli in area genitale, infezioni o infiammazioni locali.

La raccolta anamnestica può avvantaggiarsi della collaborazione di personale sanitario specializzato (solitamente psicologi).

Di tutti gli aspetti più significativi emersi durante il colloquio anamnestico, dovrà darsi atto (in modo fedele) nella cartella clinica di Pronto Soccorso.

In particolare, si raccomanda di acquisire informazioni inerenti:

- al tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- alla pulizia delle zone lesionate, al cambio di indumenti; alla minzione, alla defecazione, a vomito o pulizia del cavo orale;
- all'assunzione di farmaci;
- agli eventuali precedenti accessi al Pronto soccorso dello stesso minore anche in altri ospedali della città;

L'esame obiettivo deve riguardare tutti i distretti corporei, ponendo molta attenzione alle reazioni emotive del paziente ed ai suoi comportamenti relazionali, in un'ottica di non invasività, deve avere, come prima finalità, l'esaustivo inquadramento clinico, che deve essere conseguito con l'intervento di una *equipe* multidisciplinare.

In particolare, si raccomanda:

- di descrivere le lesioni riscontrate in maniera dettagliata circa la sede, il numero e la tipologia, impiegando una terminologia medica condivisa;
- di documentare fotograficamente le lesioni riscontrate includendo, se possibile, nel campo un righello o un altro riferimento di dimensione; (al riguardo si rinvia a quanto precisato in apposito paragrafo);
- di richiedere ulteriori accertamenti strumentali e di laboratorio e/o consulenze specialistiche in casi particolari;

Nei casi di violenza fisica e/o sospetto maltrattamento fisico, dovranno essere valutati dagli specialisti specifici accertamenti diagnostico strumentali (es. Rx, TAC e RM, ECO), in coerenza con il quadro clinico.

Il ruolo primario delle indagini di "*imaging*" è di valutare la presenza/assenza di lesioni traumatiche per una migliore cura del bambino, anche se i reperti possono essere usati per fini medico-legali. Stante l'età dei pazienti indagati, è fondamentale (compatibilmente con le necessità cliniche e medico legali) ridurre la radioesposizione, bilanciando il rischio radiogeno con le indicazioni cliniche e le finalità diagnostiche, al pari di ogni altra condizione patologica.

Ove sorga il sospetto di patologia delle cure è necessario esaminare lo stato nutrizionale, lo stato della dentatura per valutare la coerenza tra età anagrafica e psico-fisica, ed è opportuno richiedere le consulenze e gli esami di laboratorio e strumentali in relazione allo stato clinico.

Nei casi di sospetto abuso sessuale, è indicato integrare l'*equipe* multidisciplinare con un consulente chirurgo o medico-legale che abbia specifica competenza nell'esame degli organi genitali.

Durante l'esame obiettivo generale, nei casi di sospetto abuso sessuale si dovrà porre particolare attenzione al riscontro di:

- lesioni da compressione, abrasioni, lacerazioni o tagli nella mucosa del vestibolo del cavo orale (labbra);
- lesioni da graffio, morso, ecchimosi da suzione a livello del collo e delle mammelle;
- lesioni da afferramento ai polsi e alle braccia;
- lesioni da difesa alle mani e alle braccia;
- unghiate, escoriazioni ed ecchimosi a livello delle varie regioni corporee.

Nella visita dei genitali, si dovrà prestare particolare attenzione a unghiate, escoriazioni ed ecchimosi sulla superficie interna delle cosce o sulle natiche oltre alle lesioni vulvari e dei genitali esterni e allo stato dell'imene.

La visita a livello genitale sui minori deve tener conto di svariati elementi, primo fra tutti quello dell'età, e considerare l'evenienza, non rara, di una obiettività clinica sostanzialmente negativa.

Dovendosi ridurre al minimo essenziale l'invasività per il paziente, valgano le seguenti indicazioni:

- la misurazione del diametro dell'ostio imenale NON è richiesta;
- evitare l'utilizzo di *speculum* per l'ispezione della vagina, a meno che i benefici clinici superino i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni intra-vaginali che necessitino di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare);
- evitare l'uso di tamponi e cateteri di Foley per visualizzare l'imene (si ricorda infatti che l'imene è molto sensibile e si può facilmente provocare dolore);
- nell'ispezione anale si raccomanda di:
 - o separare i glutei utilizzando i palmi delle mani;
 - o non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e indicare, nella relazione, la durata della manovra;
 - o evitare l'esplorazione rettale perché non fornisce elementi utili alla definizione della diagnosi a meno che i benefici clinici superino i rischi (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni ano-rettali che necessitino di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare).

In ogni caso, la tecnica usata per l'ispezione genitale dovrebbe essere indicata in cartella, nella quale si descriverà la morfologia imenale ricordando l'influenza ormonale sull'anatomia genitale, le varianti anatomiche normali (imene puntiforme, a risvolto di manica, cribroso, semilunare, settato, fimbriato, anulare, a tasca).

In alcuni casi, può essere opportuno effettuare:

- *Screening* per le malattie sessualmente trasmesse, approfondendo l'anamnesi e l'esame obiettivo nonché eventualmente acquisendo tamponi vaginali e anali per la ricerca di *N.gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, HSV I e II e prelievo ematico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II,

- C.trachomatis e VDRL e PTHA. - *Screening* per lo stato di gravidanza (Bhcg gonadotropina corionica umana);
- Prelievi di liquidi (sangue/urine) per ricerca di farmaci, sostanze stupefacenti e/o alcoliche a scopo clinico e/o giudiziario. Per le modalità di prelievo, repertazione e conservazione di liquidi biologici a scopo giudiziario si rimanda alle linee guida che seguono;
 - Prelievi di materiale biologico sul corpo (formazioni pilifere, cute, genitali ecc.) e/o sugli indumenti della presunta vittima, per l'identificazione dell'aggressore. Per le modalità di prelievo, repertazione e conservazione di materiale biologico a scopo giudiziario si rimanda alle linee guida che seguono.

La rete, la valutazione del rischio e la protezione del minore

Un aspetto importante riguarda il raccordo tra l'intervento sanitario (diagnostico e terapeutico) e quello giudiziario, che dovrà essere particolarmente tempestivo qualora emergano esigenze di protezione del minore, ovvero specifiche necessità di repertare tracce del reato che si ipotizza commesso.

Le ragioni che possono richiedere un contatto - più che sollecito - tra sanitari che operano nel pronto soccorso ospedaliero e la polizia giudiziaria, sono diverse e la loro valutazione è strettamente correlata alla gravità dei fatti che si ipotizzano avvenuti, soprattutto laddove vi siano elementi per ritenere che siano prossimi rispetto alla presa in carico della vittima.

In questa valutazione assumono significativo rilievo le affermazioni dei giudici della Corte di Cassazione, i quali, riguardo alla redazione del referto hanno sottolineato l'importanza della collaborazione degli esercenti la professione sanitaria, poiché forniscono *“per vicende riguardanti la persona, elementi tecnici di giudizio a pochissima distanza dalla commissione del fatto, insostituibili ai fini di un efficace svolgimento delle indagini”*¹⁶.

Nel medesimo contesto, occorre anche considerare l'eventualità che il minore, ove dimesso e riaffidato alle stesse persone di riferimento, sia esposto al rischio di un grave pregiudizio; in tale ipotesi devono essere attivate tutte le iniziative idonee a proteggerlo, in particolare ove le condotte criminose subite presentino le caratteristiche della abitudine (maltrattamenti, sia fisici che psicologici) e/o della ripetitività (abusi sessuali), soprattutto se avvenute all'interno dell'ambiente familiare.

Il tema è di tale rilevanza che nelle “Linee guida di cui al DPCM del 2017”, con riguardo alla donna vittima di violenza anche accompagnata dai figli minori, è espressamente previsto che qualora sia rilevato in pronto soccorso un rischio medio/alto per la sua incolumità, debba rimanere insieme ai figli minori in

¹⁶ Cass. Sez. 6, *Sentenza n. 51780* del 29/10/2013.

“osservazione breve intensiva” (OBI), o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore al fine di garantirne la protezione e la messa in sicurezza.

La medesima opportunità, a maggior ragione, deve essere consentita laddove il minore sia persona offesa del reato e debba essere protetto, talvolta, anche dagli stessi familiari, in attesa delle disposizioni dell'autorità giudiziaria competente, da individuarsi nel Pubblico Ministero presso il Tribunale per i minorenni.

Compatibilmente con le risorse disponibili, si auspica che nelle strutture sanitarie siano impartite disposizioni interne che favoriscano ogni più opportuno e tempestivo coordinamento con gli organi di polizia giudiziaria territoriale (posti di polizia interni, Stazioni dei Carabinieri, Commissariati di polizia) e, soprattutto, prevedano che nei casi di urgenza e di maggiore gravità sia assicurata la possibilità di un rapporto diretto e tempestivo con le strutture investigative specializzate nel contrasto alla violenza nei confronti delle vittime vulnerabili.

Al riguardo si consideri che nel Circondario del Tribunale di Roma sono stati istituiti nuclei specializzati all'interno delle forze dell'ordine da individuarsi nella *IV Sezione del Nucleo Investigativo Carabinieri Roma* e nella *IV Sezione Squadra Mobile di Roma*, il cui personale opera in stretta collaborazione con un Pubblico Ministero ordinario, che è altrettanto specializzato, e con il pubblico ministero presso il tribunale per i minorenni, entrambi sempre reperibili per ogni urgenza¹⁷.

Al termine del percorso diagnostico-terapeutico, è necessario garantire, oltre alla continuità dell'assistenza medica, anche la protezione psicologica, sociale e giuridica del minore stesso, valutando i tempi e le modalità dell'informazione all'autorità giudiziaria (obbligo del referto), ed anche l'attivazione della rete degli operatori dei servizi pubblici “socio-sanitari”, con particolare riferimento alla rete ospedaliera e dei servizi territoriali delle ASL (TSMREE e consultori familiari) ma anche dei Centri Antiviolenza, che intervengono secondo protocolli stipulati con le Direzioni sanitarie, secondo le indicazioni del DPCM del 2017, con un approccio condiviso ed integrato, ad esclusivo vantaggio del minore.

Va ribadito l'auspicio che il minore sia sempre assistito in questo percorso in una area “protetta/dedicata”, così da garantire anche la sicurezza e la riservatezza, che operi personale formato e specializzato, che sappia interloquire con un linguaggio

¹⁷ Ferma restando la possibilità della segnalazione al Numero Unico di emergenza che è il 112, i riferimenti per le indicate strutture specializzate sono :

-la IV Sezione del Nucleo Investigativo Carabinieri Roma – via in Selci 88/d- tel 06.48942997

Centralino Nucleo Investigativo Carabinieri Roma: 06.48942931-2911 (attivo h. 24)

E.mail: provrmninv4sz@carabinieri.it

E.mail: provrmninv@carabinieri.it

-la IV Sezione Squadra Mobile di Roma - “Violenza domestica e di genere, reati in pregiudizio dei minori, reati contro la libertà sessuale” – via di San Vitale 15 – dalle ore 8.00 alle ore 20.00, dal lunedì al sabato, ai seguenti numeri: 06.4686.2931 – 3809 - 3838 – 3812. Dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e festivi: 334.6903295 - Sala situazioni Squadra Mobile (specificando che si richiede di contattare personale della IV sezione) Pec: dipps172.00M0@pecps.poliziadistato.it

“adatto alla sua età e al suo grado di maturità, ed a lui comprensibile” (art. 31 Convenzione di Lanzarote).

Questo richiede che ciascun operatore non solo abbia un approccio empatico e non giudicante, ma usi espressioni adeguate, tenga conto anche delle eventuali disabilità del minore e, se straniero, possa instaurare un dialogo efficace ed adeguato, anche attraverso l’ausilio di un mediatore culturale o linguistico.

In sintesi: si deve procedere con un approccio “personalizzato” ed “individualizzato” sul bambino assistito in quel determinato e specifico contesto.

L’attuazione delle indicate linee di indirizzo richiede una operatività ed una efficienza organizzativa che potrebbero essere concretamente favorite dal ruolo determinante che il legislatore internazionale, ed anche quello del nostro Paese, hanno riconosciuto ai Centri Antiviolenza ed alle Case Rifugio, che svolgono una attività particolarmente qualificata, efficace e propositiva nell’assicurare sostegno ed effettività nella protezione alle vittime, anche minorenni, di violenza domestica (ivi compresa quella assistita) e sessuale.

Lo stesso DPCM del 2017 prevede che *“i Centri antiviolenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia ed a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso”*, nella prospettiva di assicurare la migliore assistenza possibile al minore, ivi compresa – eventualmente - quella di tipo legale, nonché la tutela dei suoi diritti e bisogni, secondo le indicazioni della stessa normativa internazionale (c.f.r. Convenzione di Istanbul artt. 9, 25, 26).¹⁸

E’, altresì, auspicabile che secondo procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità organizzativa - peraltro mutuata dall’esperienza consolidata dei cc.dd. “codici rosa” - vengano stipulati specifici protocolli tra i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio e le direzioni sanitarie, nei contesti che stiamo valutando, per favorire la continuità della protezione del minore, dalla fase del Pronto Soccorso a quelle successive.¹⁹

La collaborazione tra tutti gli attori della rete assume fondamentale rilievo in questa specifica fase del percorso di assistenza e protezione, perché è in questo

¹⁸ Nella Convenzione di Istanbul l’art. 25, per quanto riguarda il supporto alle vittime di violenza sessuale, è previsto che: *“Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per consentire la creazione di centri di prima assistenza adeguati, facilmente accessibili e in numero sufficiente, per le vittime di stupri e di violenze sessuali, che possano proporre una visita medica e una consulenza medico-legale, un supporto per superare il trauma e dei consigli.”*

¹⁹ Accordi e convenzioni, già operativi da tempo, sono stati stipulati con le rispettive Direzioni Sanitarie da Differenza Donna ONLUS (al Pol. Umberto I, al Policlinico Tor Vergata, al G.B. Grassi di Ostia, ed altre analoghe strutture nella medesima Regione) e da BeFree Cooperativa sociale (all’ospedale S.Camillo-Forlanini).

momento che deve essere valutato l'eventuale rischio della sua esposizione a nuove condotte violente o abusanti derivante dalla eventuale dimissione.

Si deve, al riguardo, formulare un giudizio complesso, che richiede multidisciplinarietà nella sua elaborazione, e che potrebbe assumere rilevanza (come già precisato) anche ai fini dell'adozione del provvedimento di *“intervento della pubblica autorità”* previsto dall'art. 403 c.c., qualora si ipotizzi che minore, nel suo stesso ambiente familiare, sia esposto a grave pregiudizio.²⁰

L'ipotesi impone di sollecitare l'intervento urgente del pubblico ministero di turno presso la Procura della Repubblica per i minorenni, competente in relazione al luogo in cui si trova il minore, attraverso il contatto diretto con gli indicati organi di polizia giudiziaria; nell'attesa di disposizioni, è sempre possibile il ricovero del minore in *“osservazione breve intensiva”* (OBI) secondo le previsioni del DPCM del 2017.

Il Referto

Il referto è un atto di segnalazione/denuncia *“tipico”*, in quanto la legge lo pone ad esclusivo carico dell'esercente una professione sanitaria, disciplinandone i presupposti, il contenuto, le modalità dell'inoltro all'autorità giudiziaria (artt. 334 c.p.p.), e prevedendo anche l'applicazione di una sanzione penale in caso di omissione (art. 365 c.p.).

L'adempimento di tale obbligo è senz'altro centrale nell'azione di contrasto alla violenza sui minori, e ciò trova conferma nella circostanza che la stessa Convenzione di Lanzarote lo ha trattato in alcune specifiche disposizioni (artt. 5 e 12) riguardanti proprio le persone che nel settore della salute hanno regolari contatti con i bambini.

Dopo aver sottolineato l'esigenza che esse possiedano *“un'adeguata conoscenza dello sfruttamento e degli abusi sessuali relativi ai minori, dei mezzi per riconoscerli”*, il Documento internazionale richiede che sia prevista *“la possibilità di segnalazione di sospetti di sfruttamento o di abusi sessuali, ed anche “l'esigenza che le norme sulla riservatezza imposte dalla legislazione interna a determinati professionisti chiamati a lavorare a contatto con dei minori, non costituisca un ostacolo alla possibilità, per questi professionisti, di segnalare [...] ogni situazione di un minore nei*

²⁰ La disposizione è stata oggetto di una importante modifica legislativa ad opera del comma 27 dell'art. 1 della legge n. 206/2021 (entrato in vigore il 22 giugno 2022) che ha riguardato sia gli aspetti procedurali, divenuti molto precisi e scanditi nei tempi, che il merito del provvedimento che può essere adottato *“Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o si trova esposto, nell'ambiente familiare, a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psicofisica e vi è dunque emergenza di provvedere”*.

confronti del quale essi abbiano motivi ragionevoli per ritenere che egli sia vittima di sfruttamento o di abusi sessuali”.

Analoghe le disposizioni della Convenzione di Istanbul (art. 28) con riguardo alla violenza domestica e di genere, secondo le quali deve essere garantito che le norme sulla riservatezza, previste per alcune figure professionali (tra i quali vi sono anche i medici) *“non costituiscano un ostacolo alla loro possibilità, in opportune condizioni, di fare una segnalazione alle organizzazioni o autorità competenti, qualora abbiano ragionevoli motivi per ritenere che sia stato commesso un grave atto di violenzao che si possano temere nuovi gravi atti di violenza.”*

La denuncia, nella forma del referto, di fatti *“che possono presentare i caratteri di un delitto”* (art. 365 comma 1 c.p.), non è quindi affidata alla discrezionalità di chi esercita una professione sanitaria, ma costituisce un preciso obbligo giuridico, in tutti i casi nei quali questi abbia acquisito la notizia prestando *“la propria assistenza o opera”* (art. 365 c.p.)²¹, gravando, quindi, anzitutto sul medico chirurgo, sull’infermiere, sull’ostetrico e sullo psicologo.

L’obbligo del referto non sorge soltanto quando vi sia la certezza tecnica di un reato procedibile d’ufficio, ma anche nei casi di dubbio *“ragionevole”*: cioè quando sussista il dubbio diagnostico circa l’eventuale rilevanza giuridica del fatto, soprattutto in presenza di un paziente di minore età. A tal proposito, la Corte di Cassazione²² ha affermato che *“l’obbligo di riferire si configura per la semplice possibilità che il fatto presenti i caratteri di un delitto perseguibile di ufficio, secondo un giudizio riferito al momento della prestazione sanitaria in relazione al caso concreto”*; in altri termini, *“il sanitario è esentato dall’obbligo di referto solo quando abbia la certezza tecnica dell’insussistenza del reato”*²³.

Quanto al profilo formale, è bene ricordare che secondo quanto previsto dalle disposizioni del codice di procedura penale (art. 334 comma 1), vi è l’obbligo di fare pervenire il referto entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente, al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui è stata prestata assistenza; in mancanza di detti destinatari, il referto dovrà essere inoltrato nei medesimi termini all’ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

Il Magistrato competente è il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale ordinario, ovvero quello presso il Tribunale per i minorenni qualora si ipotizzi che anche l’autore del fatto reato sia minore degli anni 18; in ogni caso, il Magistrato dovrà essere individuato in relazione al luogo dove svolge la propria attività la persona tenuta alla redazione dell’atto.²¹

²¹ Si tratta del delitto di *“omissione di referto”* per il quale è prevista la sanzione penale della multa fino ad E.516, 00.

²² c.f.r Sez. 6, Sentenza n. 51780 del 29/10/2013;

²³ Cass. Sez. 6, Sentenza n. 51780 del 29/10/2013;

La medesima disposizione (art. 334 c. 2 c.p.p.) determina quale debba essere il contenuto del referto che deve indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza, le generalità, il luogo e le circostanze dell'intervento, ma anche:

- fornire “ *le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che hanno causato o può causare*”;
- precisare le modalità di invio all'ospedale del minore e le persone che lo hanno accompagnato;
- distinguere ogni aspetto “accertato”, da quanto “riferito”, sia da parte del minore, che dell'accompagnatore o di altri;
- riportare, fedelmente, l'eventuale racconto spontaneo del minore, descrivendo anche il “linguaggio non parlato”, ad es. “pianto, sofferenza, etc. sia del minore che dell'accompagnatore (sulle modalità dell'ascolto si rinvia alla trattazione specifica).

L'obbligo di referto è posto a carico di tutti coloro che hanno prestato assistenza, pertanto qualora siano intervenuti più professionisti è sufficiente la redazione di un solo referto che sia sottoscritto da tutti gli interessati.

Con riguardo specifico ai delitti di violenza ed abuso commessi in danno di minorenni è utile ricordare quali siano i delitti più diffusi che sono procedibili di ufficio:

- le lesioni volontarie (art. 582 c.p., cioè inferte con dolo) che determinano una malattia nel corpo o nella mente; in sintesi, sono attualmente procedibili di ufficio se la vittima è minorenne, anche i seguenti casi di interesse in questa sede:
 - le lesioni che determinano una malattia di durata superiore a venti giorni;
 - le lesioni gravi e gravissime (art. 583 c.p.: che mettono in pericolo la vita della p.o., che determinano l'indebolimento permanente di un senso o di un organo, o una malattia certamente o probabilmente insanabile o la perdita di un senso. ecc.);
 - le lesioni che determinano una malattia di durata inferiore ai 20 gg. qualora ricorrano le seguenti circostanze:
 - 1) quando il fatto è commesso contro il discendente, se si è agito per motivi abietti e futili, si sono adoperate sevizie o se si è agito con crudeltà verso la persona; se vi è stata premeditazione o è stato utilizzato un mezzo venefico o insidioso, o se le lesioni sono state poste in essere per consumare un altro reato;
 - 2) se le lesioni sono commesse in occasione della commissione dei delitti di maltrattamenti contro familiari e conviventi, prostituzione minorile, pedopornografia, sfregio permanente, violenza sessuale;
 - 3) se le lesioni sono commesse dall'autore di atti persecutori in danno della persona offesa minorenne;
 - 4) se le lesioni sono commesse adoperando sostanze venefiche o altri mezzi insidiosi.
- l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.);

- i maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.); si noti che, secondo la vigente formulazione della norma, il minore che assiste ai maltrattamenti si considera comunque persona offesa dal reato;
- le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis c.p.);
- l'adescamento di minorenni (art. 609 undecies c.p.)
- gli atti persecutori in danno di minorenni (art. 612 bis);
- gli atti persecutori (art. 612 bis) e la diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (art. 612 ter c.p.);
- la violenza sessuale, gli atti sessuali con minorenne, la corruzione di minorenne, la violenza sessuale di gruppo (artt. 609 bis e seguenti);
- la prostituzione minorile (art. 600 bis c.p.);
- la pornografia minorile (art. 600 ter c.p.);
- la detenzione di materiale pedopornografico (art. 600 quater c.p.);
- l'abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.).

Indubbiamente, il delitto più diffuso è quello delle lesioni volontarie, ragione per la quale è opportuno approfondire tale tematica.

Sebbene la vigente legislazione preveda la procedibilità a querela delle lesioni volontarie inferte al minorenne con prognosi di guarigione entro 20 giorni, si richiama l'attenzione dell'esercente la professione sanitaria sull'ipotesi appena citata, in quanto occorre considerare che le lesioni possano essere la "spia" di reati più gravi, procedibili di ufficio, quali: l'abuso dei mezzi di correzione (art. 571 c.p.), i maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.), o l'abbandono di minori (art. 591 c.p.).

Pertanto, in presenza di lesioni volontarie su minorenne prodotte in ambiente domestico (ad es. nella famiglia o nella scuola), qualunque sia la prognosi effettuata (e cioè anche se inferiore ai 20 giorni), è opportuno che il referto sia comunque redatto e trasmesso sia alla Procura ordinaria (in quanto le condotte potrebbero essere sintomatiche della consumazione di altri delitti più gravi), sia alla Procura per i minorenni (potendo le medesime condotte essere rivelatrici di situazioni comunque pregiudizievoli per il paziente minorenne).

Repertazione - profili tecnico-scientifici e giuridici

Ai fini dell'accertamento della verità dei fatti delittuosi che si ipotizza abbiano avuto come vittima un minorenni, assume notevole importanza la tempestiva e corretta acquisizione di tutte le tracce potenzialmente utili, di modo che, attraverso le indagini di natura tecnico-scientifica, sia possibile acquisire elementi probatori che possono confermare o smentire la commissione del delitto ed, ove necessario, favorirne l'identificazione dell'autore.

Anche in questo ambito gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo fondamentale, per tale ragione si ritiene utile fornire alcune indicazioni sugli aspetti più rilevanti sulla repertazione e conservazione delle tracce, rinviando, in ogni caso, a quanto previsto dal DPCM del 2017 sulle linee guida nazionali per le aziende sanitarie ed ospedaliere, che ne ha fatto oggetto di un apposito allegato nel quale ha recepito le linee guida per il corretto repertamento di tracce biologiche per le analisi di genetica forense, curato dall'Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani²⁴.

Laddove nel corso dell'intervento sanitario emergano evidenze che il minore possa essere rimasto vittima di violenze e/o di abusi sessuali, si dovrà contestualmente valutare la possibilità che sulla vittima stessa o sui suoi indumenti siano rinvenibili tracce utili ai fini sopra indicati. Sarà, quindi, necessario procedere ad una loro corretta repertazione e conservazione, predisponendo un'ideale "catena di custodia", con tempi e modalità adeguati a preservarle da possibili inquinamenti, così da renderle utilizzabili in sede processuale, e ciò anche a tutela dei diritti della difesa dell'eventuale indagato.

Occorre, infatti, evidenziare che le tracce biologiche ((sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc) sono un validissimo strumento per la formulazione di una diagnosi o di un sospetto diagnostico, ad esempio, di violenza sessuale e/o maltrattamento, ma nello stesso tempo possono anche costituire una "prova tecnica" essenziale per accertare la sussistenza del delitto ipotizzato.

I prelievi verranno effettuati anche sulla base di quanto riferito dalla stessa vittima, purché sia ragionevole ritenere che, considerato il tempo trascorso dall'evento, detta operazione possa rivelarsi utile ai fini dell'accertamento dei fatti²⁵.

²⁴ Il DPCM del 24 novembre 2017 "*linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*," riguardo alle modalità di svolgimento della visita medica rinvia ad uno specifico Allegato A) sul trattamento diagnostico e terapeutico fornito dal Ministero della Salute e per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento" rinvia all' Allegato C) curato dalla "Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I) consultabile all'indirizzo: <https://www.gefi-isfg.org/temp/2202201374428.pdf>

²⁵ Qualora ricorra il fondato sospetto che sia stata commessa violenza sessuale occorre considerare che 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 ragione della gravità dei fatti ipotizzati, deve valutarsi anche la necessità/opportunità di attivare con urgenza l'intervento della polizia giudiziaria, al fine di consentire l'avvio immediato delle investigazioni (sopralluoghi, ispezioni, perquisizioni e sequestri), soprattutto quelle di natura tecnico-scientifica da svolgere, eventualmente, anche sul luogo di commissione del fatto.

Al riguardo saranno gli stessi operatori sanitari a fornire alla polizia giudiziaria tutte le informazioni disponibili, ivi comprese quelle acquisite dalla vittima, soprattutto nei casi in cui abbia indicato luoghi determinati, o determinabili, particolarmente nella ipotesi in cui l'evento sia avvenuto in tempi molto recenti.

Le procedure da mettere in atto dipendono dalla tipologia delle prove acquisibili che, a loro volta, sono strettamente connesse con la natura e le modalità di consumazione del delitto.

Così, ad esempio, se nel caso di maltrattamenti in famiglia con lesioni clinicamente evidenziate, oltre a descriverle dettagliatamente, si ritiene utile (e sufficiente) che siano acquisite le relative immagini fotografiche, qualora, invece, si ipotizzi una violenza sessuale e la vittima sia in stato di (totale o parziale) incapacità determinata dalla sospetta somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, sarà essenziale acquisire e conservare correttamente le tracce biologiche (ad es.: tracce di sperma reperibili nel corso della visita ginecologica, campioni biologici utili all'individuazione delle sostanze droganti somministrate) come pure ogni reperto (es. indumenti della vittima, peli pubici), utili anche per l'eventuale estrazione del DNA del violentatore.

Anche in questa complessa fase va usata ogni più doverosa attenzione e cautela per evitare ulteriori disagi psicologici alla stessa vittima, scongiurando il pericolo che possa determinarsi una "vittimizzazione secondaria": per questo, ad esempio, è opportuno raccogliere i prelievi in modo sequenziale e nella stessa seduta.

L'utilizzabilità in sede legale dei campioni biologici prelevati alla vittima è condizionata dalla correttezza delle modalità di prelievo e di conservazione onde evitare i rischi di contaminazione e/ degradazione, per questo è necessario garantire la loro integrità ed autenticità attraverso la cd. "catena di custodia". Questo implica che, subito dopo il prelievo, la provetta contenente il campione/reperto sia sigillata, ove possibile/disponibile con etichette "antiefrazione", e sia contrassegnata con nome e cognome del paziente/vittima ed eventuale numero del verbale di PS, nonché firmata dall'operatore.

Occorre predisporre un apposito verbale, relativo alla *catena di custodia*, che contenga le informazioni relative ai campioni prelevati, la data delle operazioni svolte, le generalità di chi le ha eseguite e la sottoscrizione di ogni operatore intervenuto.

Ogni prelievo deve essere fatto "in doppio" (per quelli di sangue ed urina è sufficiente aliquotare il volume ottenuto in due provette distinte); i tamponi biologici, possibilmente in doppio per esigenze cliniche ed investigative, è indicato che siano effettuati sia nelle zone tipiche - orale, periorale, vaginale, perivaginale, vulvare, anale, peniena - che in zone dove l'aggressore si presume abbia effettuato dei tocamenti, si è potuto accostare con i genitali o con la bocca, etc.;

Nel procedere, si avrà cura di:

- indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un tampone) e mascherina;
- utilizzare tamponi provvisti di materiale essiccante che possono essere conservati a temperatura ambiente. Diversamente, i tamponi dovranno essere conservati a -20°C (congelatore). Evitare sempre l'utilizzo di tamponi con mezzo di coltura. Se possibile utilizzare tamponi certificati DNA free;
- se si ipotizza che vi sia stata penetrazione orale, è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico;
- ricercare e prelevare tramite tamponi il materiale biologico dell'autore del reato sulla cute della vittima;
- eseguire i prelievi di materiale biologico eventualmente presente (ad esempio su una lesione da morso o su un'ecchimosi da suzione), strofinando delicatamente il tampone sulla superficie, sede di lesione;
- eseguire tamponi sotto le unghie della vittima tramite tamponi subungueali;
- eseguire il prelievo di materiale eventualmente presente tra i capelli e peli pubici, utilizzando una pinza sterile;
- prendere un tampone buccale della vittima, con la sua collaborazione;
- le buste contenenti i reperti vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto;

I reperti saranno conservati presso la struttura ospedaliera, con la modalità indicate, fino a quando saranno consegnati all'autorità giudiziaria per il seguito di competenza, ivi compreso il sequestro ed i successivi accertamenti tecnici, per queste ragioni è quanto mai necessario che gli organi di polizia li acquisiscano nel più breve tempo possibile.

Considerato che, spesso, le tracce, pur presenti, non sempre sono visibili ad occhio nudo, l'indicazione è che tutti gli indumenti devono essere repertati (ivi compresi eventuali assorbenti, pannolini o quanto a contatto con le regioni intime) e che deve utilizzarsi un telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la vittima per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti o sul suo corpo. Al termine delle operazioni repertare anche il telo.

Le modalità operative richiedono di:

- indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina;
- aiutare nella svestizione, qualora gli indumenti siano quelli che la vittima indossava al momento del fatto;
- indicare chiaramente le zone dove vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati;
- maneggiare con cautela gli indumenti, repertarli singolarmente, in buste o contenitori traspiranti (contenitori in plastica sono da evitare in quanto possono creare un ambiente umido che favorisce la degradazione del DNA), perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli su se stessi;

- sigillare le buste contenenti i reperti ed apporre su ciascuna l'identificativo del reperto;

E' altresì frequente che si debba procedere al repertamento di "indumenti bagnati", i quali renderanno necessaria la procedura di essiccazione onde preservarne la rilevanza probatoria; in questa ipotesi, è altamente indicato che gli operatori sanitari li mettano subito a disposizione dell'autorità giudiziaria che provvederà all'adozione dei provvedimenti di sequestro e contestualmente assicurerà l'intervento delle strutture tecnico-scientifiche (RIS dei Carabinieri, Polizia Scientifica) per le necessarie operazioni di essiccazione e conservazione.

In ogni caso, qualora sia possibile, al fine di evitare la proliferazione di muffe, detti indumenti dovranno - nel frattempo-essere conservati in congelatore a -20 °C.

Documentazione fotografica

Tra i mezzi di prova più importanti si annoverano i "documenti" in quanto strumenti rappresentativi di fatti, di persone o cose, ed in particolare le fotografie, dispositivi indispensabili per dimostrare/attestare, ad esempio, le lesioni (lividi, graffi, ematomi), la loro sede, l'estensione, la forma, come pure - eventualmente - la loro datazione.

Basti considerare che la fotografia, ad esempio di una importante lesione cutanea, ha un effetto "visivo" - quindi efficacia probatoria - di gran lunga superiore ad ogni possibile descrizione - anche dettagliata - che possa essere effettuata dal sanitario (si pensi ad una immagine che riproduca le "lesioni" cagionate da un tentativo di strangolamento).

E' quindi auspicabile che, ove possibile, determinate "circostanze" (ad es. ferite, condizioni cutanee, ecc.) siano documentate attraverso le fotografie che dovranno essere allegate - anche, o soltanto, in formato digitale - al referto che verrà redatto.

Peraltro, la medesima indicazione è contenuta nel DPCM del 2017- sulle linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere, che nell'allegato relativo al trattamento diagnostico-terapeutico, prevede la "*realizzazione di documentazione fotografica relativa a tutte le lesioni o agli esiti di lesioni obiettivati*" ed evidenzia come "*le fotografie rappresentano un elemento di forte tutela ...poiché rendono "osservabili" le lesioni anche a distanza di tempo*".

Trattandosi di una attività che riguarda persone minorenni, sospette vittime di reati, l'operatore acquisirà la documentazione fotografica con modalità che escludano (quanto più possibile) il rischio di vittimizzazione secondaria, quindi avrà cura:

- *di procedere nel rispetto dei diritti della vittima;*
- *di tenere in debito conto il punto di vista, i bisogni e le preoccupazioni della vittima;*
- *di adottare un approccio protettivo che non aggravi il trauma subito;*

Modalità operative in caso di sospetta somministrazione di sostanze incapacitanti

Un fenomeno criminale in costante aumento è la violenza sessuale, anche tra soggetti minorenni, perpetrata in danno di persone che sono sotto l'effetto di sostanze denominate "droghe da stupro", quindi in stato di incapacità fisica e/o psichica (totale o parziale), non in grado di dare un valido consenso all'atto sessuale.

Le sostanze che possono essere utilizzate per provocare tale condizione nella vittima sono numerosissime, e vanno dall'alcol etilico e farmaci sedativo-ipnotici di ampia diffusione, quali benzodiazepine, loro analoghi e barbiturici, antistaminici, psicofarmaci, alle droghe d'abuso classiche o di nuova tipologia, fino ad arrivare a quella che viene spesso conosciuta per le sue caratteristiche come "la droga dello stupro" per eccellenza, ovvero il GHB.

Tali sostanze, la maggior parte delle quali insapori, inodori ed incolori, vengono utilizzate al fine di produrre sedazione, sonnolenza, rilasciamento della muscolatura volontaria, alterazioni del comportamento, amnesia anterograda.

Anche in queste ipotesi, le indagini tossicologiche da effettuarsi in ambito medico legale, debbono essere rigorosamente corrette dal punto di vista formale oltre che tecnico, richiedono specifica affidabilità tossicologico-forense, in modo tale da poter essere utilizzate dalle autorità inquirenti per potere con maggiore probabilità evidenziare la somministrazione/assunzione di tali sostanze, e quindi dimostrare l'effettiva condizione in cui versava la vittima al momento della violenza, consentendo anche di perseguire il responsabile.

Nel caso in cui vi sia il sospetto da parte del sanitario, o venga prospettato dalla vittima, dell'utilizzo - anche volontario - di sostanze "incapacitanti", è fondamentale la sollecita e corretta raccolta di campioni biologici per la ricerca di tali sostanze che va condotta con metodologia che abbia caratteristiche probatorie e segua quanto stabilito dalle linee-guida del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani. 26

Detta esigenza assume specifico rilievo nei casi di violenza sessuale con sospetta somministrazione di GHB, ipotesi nella quale è importante ricordare che la raccolta dei campioni biologici deve essere tempestiva, dal momento della presa in carico del paziente, ed effettuata nelle prime ore dalla riferita/sospetta violenza subita, ma sempre considerando come obiettivo primario la salute psico-fisica del minore, nei termini sopra già precisati.

I campioni biologici per le analisi tossicologiche verranno prelevati in sede di accesso al pronto soccorso e dovranno seguire la corretta catena di custodia, come già precisato per quelli raccolti per le indagini genetiche.

²⁶ Le linee sono consultabili all'indirizzo:

<https://www.gtfi.it/wp-content/uploads/2023/02/LineeGuidaGTFI-MaterialeBiologico-rev06-08giu2022.pdf>

Al riguardo, è opportuno ricordare che ogni sostanza, in base alla sua farmacocinetica, al metabolismo e ai quantitativi assunti, è rilevabile nel sangue o nelle urine solo per un periodo di tempo limitato: in genere nel sangue alcune ore e nelle urine alcuni giorni.

Non, è pertanto, utile il prelievo di un campione ematico se i fatti si riferiscono ad oltre 12 ore precedenti il prelievo stesso. Analogamente, non è utile un prelievo di urine se i fatti sono avvenuti a distanza di oltre 48-72 ore dall'accesso in pronto soccorso.

A titolo esemplificativo, si riporta una tabella con i tempi di rilevabilità delle più comuni sostanze incapacitanti, pur precisando che si tratta di tempi approssimativi e che tale tabella non è esaustiva, dato il gran numero di sostanze che possono essere potenzialmente utilizzate e le caratteristiche farmacocinetiche delle diverse sostanze anche appartenenti alla stessa classe farmacologica.

Sostanza	Rilevabilità nel sangue	Rilevabilità nelle urine
Alcol etilico	Alcune ore	Circa 12 ore, a seconda della quantità
Benzodiazepine	12-24 ore	3-7 giorni
GHB	4-8 ore	8-12 ore
Barbiturici	Alcune ore	2-7 giorni
Cocaina	24 ore	2-4 giorni
Cannabinoidi	2-6 ore	7-14 giorni
Morfina-eroina	12 ore	2-3 giorni
Metadone	24 ore	3-4 giorni
Amfetamine e MDMA	12-24 ore	2-4 giorni

Se la sospetta somministrazione di sostanze rientra nei tempi indicati di rilevabilità, si preleveranno, sempre nell'interesse e con le modalità che siano di minore disagio per il minore:

- un campione di sangue in provetta sterile eparinizzata (almeno 4 ml), da suddividere in 2 aliquote;
- un campione di urina in contenitore sterile (almeno 5 ml), da suddividere in due aliquote.

È possibile suddividere in tre aliquote un singolo campione prelevato a scopo clinico, sigillando successivamente i due campioni destinati all'attività giudiziaria. La quantità di ogni campione per l'attività giudiziaria sarà di 2-5 ml per ogni aliquota.

Su tutte le provette/campioni si apporrà il nome e cognome del paziente (o codice univoco relativo al paziente) e l'identificativo del centro e del sanitario che ha

effettuato il campionamento e verranno conservate in congelatore a -20°C. ove possibile, saranno sigillate con etichette antieffrazione.

Nel caso in cui l'accesso al pronto soccorso superi i tempi indicati (più di quattro giorni dall'assunzione delle sostanze sopra indicate), il prelievo di fluidi biologici non è più utile per le indagini tossicologiche; sicché, eventualmente, potrà essere preso in considerazione il prelievo di un campione di capelli (cd. " *campionamento matrice cheratinica* ") per procedere agli accertamenti necessari.

Il compimento di questo atto non riveste carattere di urgenza, potrà quindi essere effettuato in un momento successivo secondo le disposizioni che impartirà l'autorità giudiziaria competente. Tuttavia, esigenze di completezza rendono utile la conoscenza di alcune principali nozioni sulle modalità del campionamento, al fine di assicurarne la possibile rilevanza probatoria.

Il prelievo dei capelli, utile ai fini investigativi, può essere effettuato²⁷ soltanto dopo circa 21 giorni (dopo tre settimane) dall'evento e fino a circa tre-quattro mesi dallo stesso, ed in caso di sospetta somministrazione di GHB, si deve prevedere un ulteriore prelievo a distanza di circa due mesi dagli eventi²⁸.

Qualora ricorra detta situazione, è auspicabile che la circostanza venga evidenziata nella redazione del referto e segnalata all'autorità giudiziaria al pari delle altre " *notizie* " che, secondo il disposto dell'art. 334 c.p.p., " *servono a stabilire [...] i mezzi con i quali il fatto è stato commesso* ", perché possa tempestivamente disporre tutti gli accertamenti tecnici ritenuti necessari.

Conclusioni

Il gruppo di lavoro:

- *auspica* che le linee di indirizzo siano diffuse tra gli operatori della rete antiviolenza territoriale interessati, anche attraverso iniziative di formazione nell'ambito della

²⁷ Ove ci si trovi nel termine indicato si deve procedere al prelievo di almeno due ciocche di capelli (almeno 50-100 mg equivalenti all'incirca allo spessore di una matita) nella regione del vertice posteriore, tagliando il più possibile vicino alla radice, e ciascuna deve essere isolata con un laccetto (un piccolo elastico o con una attache) prima del taglio e successivamente fissata ad un foglio di carta o a carta stagnola al fine di evidenziare la zona prossimale (quella vicina al taglio) evitando slittamenti assiali dei singoli fusti che compongono la ciocca stessa. Le ciocche, che costituiranno due reperti, devono quindi essere poste in involucri (bustine di plastica o di carta), sigillati singolarmente con etichetta antieffrazione e conservate a temperatura ambiente (un campione deve essere sempre conservato per eventuali ulteriori analisi disposte dall'AG

²⁸ Si tratta di accertamenti del tutto particolari che potranno essere effettuati presso strutture Tossicologie Forensi Universitarie che procederanno con i tempi e le modalità che saranno successivamente indicati dalla stessa Autorità Giudiziaria che procede alle indagini. Attualmente, nel Circondario del Tribunale di Roma la Tossicologia Forense di riferimento è quella dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli e della Sezione di Medicina legale, Sicurezza Sociale e Tossicologia forense dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

magistratura, delle forze dell'ordine, dell'avvocatura, dei servizi socio-sanitari, dei centri antiviolenza e delle case rifugio;

- *prospetta l'opportunità dell'adozione, in via sperimentale, di protocolli per una prima attuazione delle linee di indirizzo nelle strutture di pronto soccorso pediatrico dell'ospedale Bambino Gesù, del Policlinico Gemelli, dell'Osp. S.Camillo-Forlanini e del Policlinico Umberto I, strutture sanitarie già articolate ed organizzate come Centri HUB & Spoke secondo il piano regionale del Lazio.*

Roma

TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

PROCURA DELLA REPUBBLICA DI ROMA

TRIBUNALE PER I MINORENNI DI ROMA

PROCURA PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DI ROMA

COMANDO PROVINCIALE ARMA DEI CARABINIERI

QUESTORE DI ROMA

CONSIGLIO ORDINE AVVOCATI DI ROMA

CAMERA PENALE DI ROMA

ASSESSORATO SANITA' REGIONE LAZIO

OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'

POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI

AZIENDA OSPEDALIERA S.CAMILLO-FORLANINI

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO UMBERTO I

UNIVERSITA'DI TOR VERGATA –CATTEDRA GENETICA FORENSE

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO

DIFFERENZA DONNA ONLUS

BEFREE COOPERATIVA SOCIALE

TELEFONO ROSA