

# Violenza sessuale in un bambino/adolescente: come comportarsi all'arrivo in Pronto Soccorso

*Sexual abuse in children and adolescent: the first approach in ED*

E. Barbero,<sup>1</sup> C. Rossi,<sup>2</sup> F. Poletti,<sup>3</sup> S. Mazza,<sup>4</sup> L. Fuser,<sup>5</sup> R. Visentin,<sup>6</sup> L. Boscardini,<sup>6</sup> G. Ballardini,<sup>6</sup> A. Guala<sup>6</sup>

**Key words:** *abuso, violenza sessuale, prevenzione malattie sessualmente trasmesse, raccolta prove di indagine, check list*

## Riassunto

Affrontare un caso di violenza sessuale significa affrontare una serie di situazioni complesse a valenza clinica, psicologica e legale, e la situazione è ancora più delicata se ad essere coinvolto è un bambino/adolescente. L'arrivo in Pronto Soccorso prevede una serie di adempimenti medici ed una serie di adempimenti per la raccolta di prove che serviranno successivamente alla Magistratura per le indagini.

Questo lavoro è una check list di azioni da effettuare nelle prime ore dall'arrivo in pronto soccorso: la visita e la documentazione fotografica, i prelievi da effettuare e la loro conservazione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, la contraccezione di emergenza.

## Premessa

Nessun medico vorrebbe trovarsi nella situazione di dover coordinare gli accertamenti e le cure di un/una paziente che ha subito violenza, soprattutto se violenza sessuale, ed in realtà questi sono eventi rari che raramente capitano ai pediatri di Pronto Soccorso. Ma quando capitano dobbiamo essere pronti a trattare le "ferite" fisiche e psichiche per ridurre il più possibile le conseguenze della violenza

e raccogliere le prove che potranno aiutare le Forze dell'Ordine a trovare ed incriminare il colpevole.

Questo lavoro è un lungo promemoria (tipo check list) di cose da fare per evitare di dimenticare atti ed azioni che devono essere attuati nel breve periodo. Un solo medico deve assumersi la responsabilità di coordinamento per le ore successive all'arrivo in PS del/della paziente, magari chiamando a casa il reperibile che continuerà il turno lasciato scoperto. Non trascuriamo poi l'offerta della eventuale contraccezione di emergenza e della profilassi delle malattie sessualmente trasmesse.

Questo articolo non fornisce statistiche, non contiene linee guida perentorie, non offre risposte assolute ai quesiti che ci poniamo e che ci vengono posti sul tema della violenza sessuale/domestica... in questo speriamo di non lasciarvi scontenti e disillusi.

Perché scriverlo allora? Rappresenta, senza supponenza e senza pregiudizi, la piccola voce, il convincimento, le poche certezze, i molti ostacoli imprevisi, che il gruppo di lavoro sull'abuso della ASL VCO si è trovato ad esprimere ed affrontare in tre anni di lavoro; lavoro che pensiamo di mettere a disposizione di tutti con la speranza che molte delle difficoltà da noi incontrate possano essere così già previste e risolte.

## Perché tre anni, perché la ASL VCO

Tre anni perché, nonostante si tratti di un reato millenario, ma divenuto "fenomeno" sociale e mediatico e percepito come tale solo in questi ultimi tempi, le istituzioni e i mass media sembrano essersi decisi a portare allo scoperto e curare questa ulcerazione del tessuto sociale che coinvolge tutti: giovani e vecchi, ricchi e poveri, donne e uomini, professionisti e disoccupati, laureati ed analfabeti.

In particolare la Regione Piemonte, dove chi scrive vive e lavora, dal 2008 ad oggi ha dimostrato di voler circoscrivere questa piaga, investendoci risorse umane (molte delle quali davvero brillanti!), tempo e soldi, formulando leggi, stanziando fondi per il patrocinio legale gratuito alle vittime di violenza e per la fondazione di case

<sup>1</sup> SOC Medicina Legale, ASL VCO

<sup>2</sup> SOC Laboratorio Analisi, ASL VCO

<sup>3</sup> SOC Malattie Infettive, ASL VCO

<sup>4</sup> SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza, ASL VCO

<sup>5</sup> SOC Ostetricia/Ginecologia, ASL VCO

<sup>6</sup> SOC Pediatria, ASL VCO – Regione Piemonte

Indirizzo per la corrispondenza (Corresponding author):

Andrea Guala,

SOC Pediatria, Ospedale Castelli, via Crocetta 1, Verbania

Tel/Fax 0323-541330, cell. 339-2977745

andrea.guala@aslvc.it

Tabella 1	
AZIONI PREVISTE IN CASO DI VIOLENZA.	
1)	accoglienza e triage
2)	consenso al trattamento dei dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie
3)	anamnesi accurata e storia dell'aggressione
4)	esame obiettivo completo (compresa documentazione fotografica)
5)	esecuzione accertamenti
6)	acquisizione prove giudiziarie
7)	richiesta consulenze specialistiche
8)	attivazione della rete con altri servizi e strutture territoriali
9)	informativa alla Autorità Giudiziaria
10)	refertazione da consegnare alla vittima
11)	controllo della proceduta tramite check list
12)	dimissione della vittima o ricovero per motivi medici o di protezione

Tabella 2	
CODICI DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA.	
Codici di diagnosi ICD 9 CM da utilizzarsi in caso di violenza:	
Tipologia di abuso	Codice ICD -9-CM2007
Abuso sessuale di maggiore di anni 14	99583
Abuso sessuale di minore di anni 14	99553
Maltrattamento di maggiore di anni 14	99580
Maltrattamento di minore di anni 14	99554

segrete, creando team di studio, numeri verdi-Help e, non ultimo, chiedendo alle Province ed alle ASL di attivarsi per conoscere meglio il fenomeno e quindi combatterlo.<sup>1,2,3,4</sup>

Perché l'esperienza della ASL VCO: quando la Regione ha attivato i primi corsi di formazione molti operatori sanitari della nostra (come delle altre ASL Piemontesi) vi hanno partecipato.

Di questi, uno sparuto gruppo di "pasionarie" ha deciso di portare avanti in modo istituzionale la stesura di un protocollo operativo, prettamente sanitario, che evitasse agli operatori coinvolti (medici, infermieri, ostetrici, biologi, forze di polizia, autorità giudiziaria e quanti altri) di andare in panico davanti ai casi di violenza sessuale, prima perché emotivamente sono esperienze alle quali non si è preparati e che ti coinvolgono molto (nel senso del rifiuto o della totale identificazione con l'esperienza della vittima) e secondo perché ci si rende conto che bisogna intervenire "scientificamente e con metodo" non solo nel prestare soccorso alla persona violentata, ma anche per dare compimento a tutti quegli atti, a valenza medico-legale, che possono/potrebbero/potranno servire a trovare il colpevole ed evitare altre ingiustizie.

Ci si riferisce qui non solo alla reiterazione del reato, ma anche -ad esempio- alla trasmissione di malattie veneree. Sui danni non corporali, bisogna dire che non siamo ancora e purtroppo sufficientemente attrezzati! Il corpo guarisce ma, com'è noto, le ferite dell'anima sono le più difficili da cicatrizzare.

Il punto dal quale occorre partire con convinzione è che NESSUNO può essere costretto da ALTRI a compiere od essere coinvolto in atti sessuali contro la sua volontà.

Non è qui il caso di scrivere un "trattatello" sulla violenza sessuale; si da per scontato che almeno fra gli specialisti direttamente coinvolti, le basilari conoscenze di legge siano assodate.<sup>5,6</sup>

Certo non aiuta la continua evoluzione dei costumi, la normativa non facile da interpretare, l'abbassamento dell'età minima fra gli adole-

scenti del primo rapporto sessuale, il fatto che alcuni atti sessuali -tipici la masturbazione e la fellatio- non siano più percepiti come tali bensì come un gioco, la diffusione di alcolici e droghe anche fra i giovanissimi con il relativo abbassamento di coscienza, una certa cultura che porta a considerare out chi non si adegua alle tendenze del gruppo, ivi comprese quelle sessuali. Ma queste sono cose note.

Nelle realtà provinciali come la nostra, il fenomeno non è diffuso in maniera inquietante ma certo sta assumendo proporzioni che non ci si aspettava: il nostro gruppo di lavoro, in collaborazione con altri Enti e soprattutto con la Procura della Repubblica, ha pensato in primo luogo di sensibilizzare gli operatori sanitari che lavorano sia sul territorio che negli ospedali, nonché quelli delle scuole e delle forze dell'ordine. Il risultato è stato un aumento considerevole delle segnalazioni/denunce di violenza.

Sui fatti specifici (veridicità, gravità, individuazione dei colpevoli) giova ricordare che gli operatori sanitari non hanno un ruolo se non in veste di consulenti/ ausiliari/segналatori alle Forze dell'Ordine. Compete poi a queste ultime fare le verifiche del caso e procedere di conseguenza.<sup>5</sup>

Difatti una delle prime indicazioni che ci sentiamo di dare è: **non fate mai commenti su quello che la vittima vi racconta, scrivete "riferisce", non fate gli investigatori, non esprimete giudizi morali: MAI.** Se avete difficoltà oggettive o soggettive a gestire il caso chiedete l'aiuto degli altri specialisti e ricordate che non si è mai soli ma che nel tempo si costruisce una "rete" di addetti in grado di supportarsi l'uno con l'altro (ed a volte anche di sopportarsi), ciascuno per la propria competenza.

Per stilare il Protocollo Operativo che segue, il Gruppo ci ha impiegato quasi 3 anni. Sembra un tempo infinito e lo è.

Un grosso ostacolo è stato rappresentato dal fatto che diversi reparti/servizi hanno dovuto coordinarsi fra loro, condividere idee e procedure "obtorso collo".

Un secondo scoglio contro il quale ci si continua ad infrangere è la carenza di personale, di tempo e...duole dirlo, di collaborazione e buona volontà.

Non si può cambiare la testa delle persone, né siamo così presuntosi da pensare che la nostra proposta sia l'"unica proposta" possibile. Sta di fatto che se non altro è diventato un protocollo validato dall'ASL e che l'unica risorsa a nostra disposizione per modificare atteggiamenti e modo di pensare è la formazione.

Il Protocollo viene prodotto in sintesi; chi volesse può mettersi in contatto con qualcuno di noi per suggerire, chiedere, migliorare.

Vi ringraziamo sino d'ora per la collaborazione e lo sforzo che farete nel leggere l'articolo. Chissà, domani potrebbe servire!

## Introduzione

Secondo l'indagine ISTAT<sup>7</sup> resa nota nel febbraio 2007 (ultimi dati ufficiali disponibile nel nostro paese) sono 6 milioni e 743 mila le donne tra 16 e 70 anni che dichiarano di essere state vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita e la quasi totalità dei casi di violenza non è denunciata.

Con Delibera di Giunta Regionale n.14-12159 del 21 settembre 2009 dal titolo "Coordinamento della rete sanitaria per l'accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza sessuale e domestica" la Regione Piemonte delega alle ASL la formulazione ed applicazione di un protocollo, a valenza sanitaria, chiedendo contestualmente di nominare dei referenti. Gli obiettivi generali e specifici sono riassunti in tabella 1.

Il lavoro da noi svolto è stato quello di coordinare le competenze e le professionalità delle strutture operative che in un qualche modo sono coinvolte in ogni caso clinico di violenza:

- SOC Medicina Legale
- SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza (DEA)
- SOC Ginecologia-Ostetricia
- SOC Pediatria
- SOC Direzione Sanitaria
- SOC Laboratorio Analisi
- SOC Anatomia Patologica
- SOC Trasfusionale
- Consultori familiari.

Presso i PS degli ospedali dell'ASL, la Ginecologia, la Pediatria ed i Consultori sono presenti un raccogliatore contenente tutti gli stampati ed i Kit-violenza (vedi dopo) allestiti dal gruppo di lavoro. Sono inoltre presenti presso le strutture operative "cliniche" i codici DRG da utilizzare in caso di violenza-maltrattamento (tabella 2).

### Cosa fare (e cosa non fare)

Il primo compito di ogni operatore è l'accoglienza e l'ascolto delle esperienze che la vittima decide di svelare, senza fare commenti ed esprimere giudizi di alcun genere.

Altri accorgimenti operativi sono:

- offrire spiegazioni su tutto l'iter
- porre con tatto le domande
- avere un atteggiamento rassicurante, disponibile e di ascolto
- non parlare con la vittima davanti ad altri utenti; verificare chi è l'accompagnatore e non parlare davanti a lui (potrebbe essere il violentatore!)
- non fare commenti e non esprimere giudizi
- non deve esserci troppa gente nel locale di visita ma solo gli operatori *competenti*
- fare gli accertamenti strettamente necessari e *possibilmente in loco*
- avvisare eventuali consulenti, se *ritenuto opportuno*

### Per i casi di abuso sessuale:

#### A) Accoglienza e triage

in caso di violenza cui si associno lesioni gravi

- prima valutazione clinica con assegnazione di codice di gravità rapportato all'entità delle lesioni riportate
- valutazione sanitaria da parte del medico con esame obiettivo<sup>8,9</sup>
- acquisizione del consenso, oltre che alla acquisizione delle prove giudiziarie (se la vittima è in grado di esprimerlo)
- attività diagnostica e terapeutica correlata
- acquisizione reperti, fotografie, prelievi come da protocollo
- compilazione del *referto*, utile per la denuncia all'Autorità Giudiziaria
- osservazione presso Astanteria/ ricovero in reparto idoneo

#### B) Accoglienza e triage

in caso di violenza senza lesioni gravi

- prima valutazione clinica con assegnazione di codice di gravità apporato all'entità delle lesioni riportate
- valutazione sanitaria da parte del medico con esame obiettivo
- invio ai seguenti reparti che prenderanno in consegna i casi e completeranno l'iter diagnostico-terapeutico e legale:
  - vittima minore di anni 14 (maschi e femmine): → **Pediatria**
  - vittima dai 14 anni (femmine): → **Ginecologia**
  - vittima dai 14 anni (maschi): → **DEA**
- acquisizione del consenso, oltre che alla acquisizione delle prove giudiziarie (se la vittima è in grado di esprimerlo)
- attività diagnostica e terapeutica correlata
- acquisizione reperti, fotografie, prelievi come da protocollo
- compilazione del *referto*, utile per la denuncia all'Autorità Giudiziaria
- osservazione presso Astanteria/ ricovero in reparto idoneo o dimissione con indicazioni sul percorso successivo

Consegna dei numeri di telefono degli **Sportelli Antiviolenza** presenti sul territorio

### Anamnesi accurata e storia dell'aggressione

- Compilazione scheda raccolta dati (anagrafici, data aggressione, fotografie, prelievi materiale biologico, screening malattie sessualmente trasmesse, test di gravidanza)

In caso di ricovero le procedure verranno espletate dal medico di guardia e dall'ostetrica/infermiera di turno; è comunque previsto che il **medico di guardia chiami SEMPRE il medico reperibile**, in modo da potersi dedicare con calma ed attenzione alla vittima.

L'iter dovrà essere completato **immediatamente** oppure nel più breve tempo possibile.

Tabella 3

#### MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE E LORO TERAPIA PREVENTIVA.

STI	TERAPIA	POSOLOGIA
Gonorrea	Ciprofloxacina Ceftriaxone	500 mg 1 cp 250 mg IM dose singola
Chlamidia	Azitromicina Doxiciclina	1 g in monodose 200 mg il 1 giorno poi 100 mg x 2 per 7 giorni
Trichomonas e vaginosi	Metronidazolo	Ovuli oppure 2 g per OS in unica somministrazione oppure 500 mg x 2 per 7 giorni
Sifilide	Penicillina	2.4 MU IM singola dose

<b>CHECK LIST</b>	
P.O. DI _____	U.O. DI _____
<b>DATI RELATIVI ALLA VITTIMA</b>	
Cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Medico: _____ data e ora _____ Altro operatore _____ data e ora _____	
<input type="checkbox"/> compilazione scheda dati anamnestici <input type="checkbox"/> " " " " dati clinici  <input type="checkbox"/> Informazione <input type="checkbox"/> Consenso  <input type="checkbox"/> prelevare indumenti <b>Imbustarli separatamente nei sacchetti di carta predisposti</b> ----- <input type="checkbox"/> fotografie _____ <b>mettere nome/sigla, data, ora, nome dell'operatore</b> ----- Prelievi: <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> capelli (x tossicologia) <input type="checkbox"/> urine (x tossicologia) <input type="checkbox"/> altro: <b>inviare subito un campione al laboratorio; tenere due campioni per successive indagini: <u>inviare a Laboratorio Analisi di VERBANIA</u></b> ----- Tamponi/ vetrini <input type="checkbox"/> vaginale (entro 48 ore) <input type="checkbox"/> rettale (entro 24 ore) *** <input type="checkbox"/> cavità orale (immediatezza) ***precisare per ricerca spermatozoi <b>inviare subito un campione al laboratorio; tenere due campioni per successive indagini: <u>inviare a Laboratorio analisi di VERBANIA</u></b>	<input type="checkbox"/> Lue <input type="checkbox"/> marKers epatite B e C <input type="checkbox"/> HIV <b>Inviare subito un campione al laboratorio; tenere due campioni per successive indagini: <u>inviare a Laboratorio Analisi di VERBANIA</u></b> ----- Tossicologia <input type="checkbox"/> drugs test <input type="checkbox"/> alcolemia <b>inviare subito un campione al laboratorio; tenere due campioni per successive indagini: <u>inviare a Laboratorio Analisi di VERBANIA</u></b> ----- <input type="checkbox"/> Test di gravidanza  <input type="checkbox"/> Somministrazione Contraccezione Emergenza  <input type="checkbox"/> Informazione inerente necessità di ripetere esami  <input type="checkbox"/> consegna copia scheda alla paziente  Referto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tamponi/ Esami ematochimici/vari: <input type="checkbox"/> neisseria G <input type="checkbox"/> trichomonas <input type="checkbox"/> clamidia	

Figura 1.

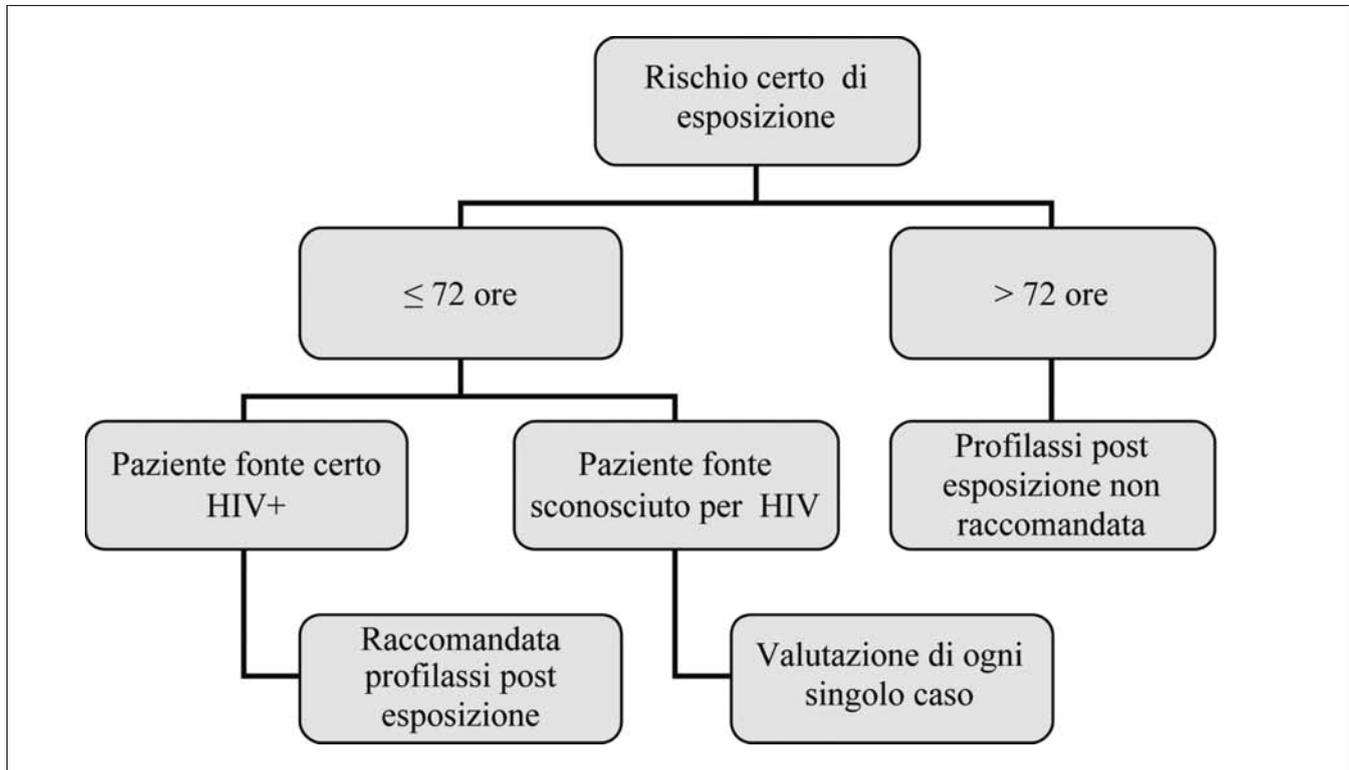


Figura 2.

Albero decisionale post esposizione per HIV

**Coordinatore** è il medico esaminatore.

- *Acquisizione consenso previa informativa* (consenso informato)
- *Esame obiettivo completo* (da trascrivere sulla scheda raccolta dati)
- *Acquisizione prove giudiziarie*: esecuzione accertamenti (vedi Repertazione e catena di custodia)
- *Richiesta consulenze specialistiche* (compresa Medicina Legale)
- *Attivazione rete* di rapporti con altri servizi e strutture territoriali
- *Informativa autorità giudiziaria*: la tempestiva denuncia può aiutare a catturare i colpevoli
- *Controllo della procedura* (CHECK LIST) (figura 1)
- *Consegna alla vittima delle impegnative per la ripetizione degli esami atti a verificare eventuali contagi a distanza di 6 mesi (contenute nel kit)*
- *Comunicazione alla vittima da parte del medico esaminatore dei risultati degli accertamenti eseguiti*
- *Richiamo telefonico della vittima da parte del medico esaminatore per la ripetizione degli esami a 6 mesi di distanza*

**Repertazione e catena di custodia<sup>10</sup>**

**KIT VIOLENZA:** presso la ASL VCO il kit viene fornito dalla SOC Pediatria e contiene tutto il materiale occorrente, come di seguito riportato:

1. Tamponi con asta di legno ed astuccio di cartone per la reperazione di campioni biologici per le indagini genetiche.
2. Vetrini ed due astucci porta vetrini (un astuccio bianco per il vetrino che resta all'ospedale per la ricerca di spermatozoi e l'esame batteriologico-morfologico, e uno azzurro per il vetrino

3. fissativo tipo Citofix o alcool 95° (non presenti nel Kit e forniti eventualmente dall'Anatomia Patologica)
4. buste di carta di diverso formato
5. buste di plastica ed etichette antimanomissione
6. provette per indagini sierologiche o tossicologiche
7. tamponi per esame batteriologico-culturale e per la ricerca di Chlamydia e Mycoplasma

I kit sono presenti presso i DEA, i PS, le Pediatrie, le Ginecologie ed i Consultori dell'ASL.

Il materiale presente nel Kit non sempre viene utilizzato tutto; il kit può pertanto essere reintegrato, previa individuazione di un operatore competente (che presso la ASL VCO è la Caposala della Pediatria).

**Accettazione**

In Laboratorio Analisi è stato creato una sezione on line apposita alla voce "ESAMI PROGETTO ROSA AZZURRO" consultabile solo dai reparti interessati.

Scegliere cliccando le singole voci degli esami che si intendono richiedere: verranno stampate così anche le relative etichette da apporre a provette e/o tamponi per le analisi di laboratorio.

- Ab anti HIV
- HBs Ag

<b>PROFILASSI</b> consigliata in caso di violenza sessuale	
In caso di rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore se non sono trascorse più di 72 ore dall'evento si consiglia la seguente profilassi:	
1) Ceftriaxone (Rocefin) 250mg i.m. (somministrazione unica)	
2) Azitromicina (Zitromax) 500mg cp. per os: 1 gr in unica somministrazione	
3) Metronidazolo (Flagyl) 250 mg cp.: 2 gr per os in unica somministrazione	
oppure 1gr +1 gr dopo 12 ore	
4) Profilassi antitetanica: in caso di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo.	
5) Vaccinazione anti-epatite B: contattare SOC ISP (ex-Igiene Pubblica)	
6) Profilassi HIV: contattare SOC Malattie Infettive	
7) Intercezione post-coitale: levonorgestrel (Norlevo 1 cpr 1,5 mg ) (presente nel Kit)	
NB : La somministrazione di tutti gli antibiotici inizia durante la consulenza ginecologica	

Figura 3.

- Ab anti HBs
- Ab anti HBe
- HBe Ag
- Ab anti virus epatite C
- Ab anti Herpes Virus 2 IgG
- Beta – HCG
- Micoplasmi urogenitali
- Test amplific. Chlamydia
- Coltura Trichomonas vaginalis
- Coltura tampone vaginale
- Treponema pallidum IgG
- HPV genotipo
- Ricerca spermatozoi

### Repertazione

1. **Indumenti:** devono essere raccolti in busta di carta e conservati in luogo idoneo dopo aver sigillato e firmato la busta.
2. **Scraping ungueale** (su indicazione anamnestic): scraping subungueale con stuzzicadenti, uno per la mano dx, uno per la sx, ognuno in una provetta contrassegnata.
3. **Peli del pube:** far stendere la vittima su della carta pulita; con un pettine pulito, pettinare più volte verso il basso, avendo cura di far cadere i peli sulla carta. Ripiegare la carta e imbustare.

4. **Peli pube strappati:** prelevare con pinzette pulite eventuali peli presenti sul corpo della vittima, inserire ciascuna formazione pilifera in singole bustine di carta o provette, etichettare.
5. **Tampone vaginale su indicazione anamnestic** (entro 7-10 giorni): fare 2 tamponi strisciati a livello dei fornic, genitali esterni. Nel caso la vittima non si fosse lavata, eseguire 2 tamponi a livello delle grandi e piccole labbra.
6. **Tampone anale e rettale su indicazione anamnestic** (entro 5 giorni): fare 2 tamponi esterni inumiditi con fisiologica sterile (cute perineale), fare 2 tamponi interni.
7. **Tampone orale su indicazione anamnestic** (entro 24 ore): fare 1 tampone arcata superiore e un tampone nella arcata inferiore.
8. **Capelli strappati:** inserire i capelli (possibilmente fissarli con un cerotto all'interno della busta contrassegnando radice/punta) sigillare la busta, etichettare.
9. **Dischetto per campione saliva** (entro 24 ore), far sputare al centro del dischetto.

### Come procedere dopo il prelievo dei tamponi a scopo medico-legale

**MEMO:** portavetrino bianco → scopi sanitari/personale sanitario  
portavetrino blu → scopi medico-legali/ Forze dell'Ordine  
Per le indagini genetiche si effettuano sempre 2 tamponi per ogni sede di prelievo.

NB. I prelievi per le indagini genetiche vanno eseguiti con guanti sterili e possibilmente con mascherina.

#### 1. **Tampone n°1:**

è quello usato per il prelievo da ciascuna sede di ricerca degli spermatozoi (ad es. vagina); si strisciano 3 vetrini.

→ il primo va fissato con alcool 95°; deve essere consegnato all'Anatomia Patologica e serve per la ricerca di spermatozoi / colorazione secondo Papanicolau (**porta vetrino bianco**).

→ il secondo va fissato con alcool 95° ed è destinato al Laboratorio Analisi per l'esame batteriologico-morfologico (portavetrino bianco)

→ il terzo vetrino da consegnare alle forze dell'ordine va essiccato all'aria e inserito nel **porta vetrino blu**: verrà poi inserito nella busta del kit contenente il tampone per le indagini genetiche (vedi punto successivo).

#### 2. **Tampone n°2 :**

serve per il prelievo nelle diverse sedi di ricerca degli spermatozoi (ad es. vagina).

Occorre farlo essiccare bene all'aria (almeno 30') Il tampone essiccato contrassegnato e rimesso nella sua custodia va messo nella busta di carta del kit per le indagini genetiche, insieme al porta vetrino blu. Sigillare la busta e firmarla.

Sarà cura del Laboratorio procedere alla custodia ed alla conserva-

zione del materiale imbustato per 1 anno, decorso il quale il materiale potrà essere eliminato.

### Screening delle malattie sessualmente trasmesse

Lo scopo è definire dal punto di vista diagnostico il “tempo zero” per poter correlare all’abuso l’eventuale insorgenza di patologie future (tabella 3).

1. **Provetta tappo giallo** per il CPE (Centro Produzione Emoderivati) che esegue i seguenti esami: TPHA, HIV, markers epatite B, HCV.

Dopo il prelievo la provetta etichettata viene messa nella busta di plastica sigillata con la striscia adesiva rossa, firmata nell’apposito spazio e conservata in frigorifero a 2-4° in attesa del conferimento al CPE, nel più breve tempo possibile.

2. **Provetta tappo blu** per il Laboratorio che esegue il dosaggio della beta-HCG: procedere al **prelievo in doppio**: etichettare le provette, metterle in due buste di plastica sigillate con la striscia adesiva rossa, firmare nell’apposito spazio. Consegnare in Laboratorio.

3. **Provetta tappo fucsia** per il Laboratorio che esegue la determinazione degli anticorpi anti Herpes: procedere al **prelievo in doppio**: etichettare le provette, metterle in due buste di plastica sigillate con la striscia adesiva rossa, firmare nell’apposito spazio e consegnare in Laboratorio.

4. **Tamponi del secreto vaginale** per esame batteriologico, ricerca Chlamydia, Mycoplasma, Trichomonas, HPV (quest’ultimo deve essere effettuato solo in pazienti che hanno già avuto rapporti sessuali, o in minori nei quali si abbia il sospetto siano stati vittime di abusi ripetuti precedenti all’evento in esame).

Etichettare i campioni e conservarli a temperatura ambiente fino alla consegna in Laboratorio.

Contrassegnare sul modulo della catena di custodia gli esami richiesti e consegnati.

NB: i prelievi per questi esami vanno effettuati dopo tutti gli altri tamponi (criterio della priorità); il materiale occorrente è presente nel Kit violenza.

### Esami tossicologici

Da fare se vi è il dubbio anamnestico che alla vittima siano state somministrati alcool/stupefacenti.

Si intendono per esami tossicologici il prelievo di urine e sangue (eventualmente una ciocca di capelli lunga almeno 6 cm), seguire le procedure già in uso per il prelievo di tipo medico-legale.

Procedere al prelievo in **doppio** di sangue e di urina per esami tossicologici.

Distribuire campioni etichettati in due diverse buste di plastica, sigillare le buste con apposita banda rossa, controfirmare.

Consegnare in Laboratorio

Segnare sul modulo della catena di custodia gli esami richiesti e consegnati.

### Complicanze ginecologiche correlate alla violenza sessuale

La gravidanza rappresenta una delle conseguenze più temibili correlate all’aggressione sessuale.

Uno studio condotto su adolescenti etiopi ha documentato una incidenza del 17% tra le ragazze dopo un rapimento con abuso.<sup>11</sup> Dati sovrapponibili (15%-18%) sono stati ricavati da un unità di crisi addetta alla sorveglianza post violenza sessuale in Messico.<sup>12</sup> Negli Stati Uniti il rischio di gravidanza dopo violenza sessuale è risultato pari al 5% in donne di età compresa tra i 12 e 45 anni per un totale di 32000 gravidanze all’anno.<sup>13</sup>

Le complicanze ginecologiche potenzialmente correlate ad un abuso comprendono il sanguinamento vaginale con infezione, dismenorrea, dolore pelvico cronico, infezione delle vie urinarie, riduzione della libido.

### Complicanze infettivologiche

Per quanto riguarda le infezioni sessualmente trasmissibili gli studi condotti sulle donne hanno dimostrato un incremento significativo di queste infezioni tra coloro che hanno subito violenze sessuali.<sup>14</sup> L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha emesso un documento nel quale vengono riassunte profilassi e terapie da attuare in caso di violenza sessuale.<sup>15</sup>

Tutti gli agenti eziologici delle Infezioni sessualmente trasmissibili possono essere trasmessi nel caso di violenza sessuale ma in particolare è importante discutere ciascun caso. In attesa degli esiti microbiologici, è prevista una profilassi empirica che comprenda la Chlamydia, la vaginosi batterica e il Trichomonas come da tabella 4.<sup>16</sup> Il rischio di contrarre l’infezione da HIV è dipendente dal tipo di atto sessuale (superiore al 0.5% per i rapporti anali recettivi e pari al 0.05%-0.07% per quelli insertivi).<sup>17</sup> Questo rischio è ulteriormente aumentato in caso di violenza sessuale o di rapporto coercitivo in quanto aumentano le abrasioni e sanguinamenti con conseguente contatto del virus dalle mucose al torrente ematico. Il rischio è ulteriormente aumentato se si tratta di giovani adolescenti con mucose ancora in fase di completo sviluppo o in caso di rapporti anali. Per quanto sia ancora oggetto di dibattito molte strutture offrono la profilassi post esposizione seguendo le linee guida internazionali ed italiane.<sup>15,16,17,18</sup> La somministrazione della terapia anti-retrovirale alla vittima della violenza dovrebbe essere somministrata entro e non oltre 72 ore dal contatto e per la durata di 28 giorni. Il dibattito circa la profilassi post esposizione riguarda il costo-beneficio e gli eventuali effetti collaterali mentre lo scopo è quello di evitare l’ingresso del virus in caso di contatto e quindi il rischio di

Tabella 4

#### TERAPIA EMPIRICA DOPO VIOLENZA SESSUALE

ANTIBIOTICO	DOSI
Ceftriaxone	250 mg dose singola
Metronidazolo	2 g in dose singola
Azitromicina	1 g in dose singola

acquisire l'infezione (albero decisionale figura 2). Il test dell'HIV, se negativo, va ripetuto a 6-12-24 settimane.

Le vittime che non sono state vaccinate e coloro che non hanno completato il calendario vaccinale dovrebbero ricevere la vaccinazione per l'epatite B alla prima visita e dopo 1-2 mesi. Il terzo richiamo andrebbe effettuato dopo sei mesi dalla prima dose. Negli individui vaccinati non è necessario alcun richiamo.<sup>18</sup>

Ricordiamo però la

- profilassi antibiotica per prevenire l'infezione delle ferite (se presenti)
- richiamo della vaccinazione antitetanica in caso di ferite a rischio (da più di 6 ore, profonde, con tessuto devitalizzato, contaminate dalla saliva).

### Riassumendo

In caso di rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore se non sono trascorse più di 72 ore dall'evento, si consiglia la seguente profilassi (vedi figura 3):

1. Profilassi antitetanica: in caso di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dell'ultimo richiamo
2. vaccinazione anti-epatite B o richiamo vaccinale
3. profilassi HIV: contattare gli Infettivologi
4. intercezione post coitale: Levonorgestrel (Norlevo 1 cpr 1,5 mg per os) → presente nel Kit
5. Ceftriaxone: 250 mg i.m
6. Azitromicina: 500 mg cp per os: 1 gr. in unica somministrazione
7. Metronidazolo: 250 mg cp: 2 gr per os in unica somministrazione

### CARTELLA e materiale non biologico

Ogni reparto interessato avrà cura di conservare le "cartelle" contenenti il materiale cartaceo (scheda raccolta dati, copia consenso, copia referto, fotografie, impegnative, risultati accertamenti, ecc.) in apposito faldone, numerato per anno. Il faldone sarà custodito nell'ufficio della Caposala in armadietto dotato di chiusura.

### DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI:

Ciascun Servizio deve essere fornito della seguente modulistica: Scheda raccolta dati, Modulo di Referto, di Consenso, Informativa, codici ICD 9, Check list (figura 3).

Ogni Unità Operativa deve essere fornita: del Kit, di macchina fotografica, nonché di numeri di telefono, di fax e riferimenti di tutti gli enti interessati del proprio territorio.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> DGR n.1-7320 del 5.11.2007
- <sup>2</sup> L.R. n.11 del 17.3.2008
- <sup>3</sup> L.R. n.16 del 29.5.2009
- <sup>4</sup> DGR n.14-12159 del 21.9.2009
- <sup>5</sup> Codice Penale art. 609 bis, ter e quater; Codice Procedura Penale art. 381,381
- <sup>6</sup> Legge 60/ 1999
- <sup>7</sup> ISTAT 2007. La violenza e i maltrattamenti contro le donne e fuori la famiglia, 2006.
- <sup>8</sup> Giolito MR e gruppo di lavoro per l'abuso ed il maltrattamento dell'infanzia. Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Medico e Bambino 23:243-248,2004.
- <sup>9</sup> Asnes AG, Leventhal JM. Managing child abuse. Ped in Review 31:47-54,2010.
- <sup>10</sup> Magri G., Calcagno P., Del Vecchio S., Orsi F., Pareti C., Vignale C. Cate-na di custodia per violenza sessuale su minori. Pandora 5:5-10,2008.
- <sup>11</sup> Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. Ethiopian Med J 1998, 36:167-174.
- <sup>12</sup> Evaluacion de proyecto para educacion, capacitacion y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual. Mexico City, Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
- <sup>13</sup> Holmes MM. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol 1996, 175:320-324.
- <sup>14</sup> Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. Am J Prev Med 2000, 19:270-275.
- <sup>15</sup> Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV. 1 luglio 2010 Ministero della Salute (pag 166) [www.salute.it](http://www.salute.it)
- <sup>16</sup> WHO. World report on violence and health . [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/chap6.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf)
- <sup>17</sup> WHO. Post exposure prophylaxis to prevent HIV infection: Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf)
- <sup>18</sup> Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR 2006,55(RR11):1-94.