

## **LINEE GUIDA**

### **ESAME CLINICO DI UNA PERSONA VITTIMA DI VIOLENZA**

#### **Nota bene:**

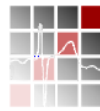
- Parlare in luoghi appartati
- Sottolineare rispetto di confidenzialità e segretezza
- Parlare con la persona da sola
- Utilizzare un interprete che non sia il partner (per stranieri)
- Un esame negativo non significa necessariamente che la violenza non si sia verificata
- Non concludere che si tratta di stupro: il medico deve limitarsi a certificare quello che il suo esame gli consente di constatare
- Riportare con precisione le dichiarazioni della persona, i risultati dell'esame obiettivo generale, perineale e della valutazione psicologica
- Precisare tutti i prelievi effettuati e se vi è il rischio di gravidanza
- Nel caso in cui la violenza sessuale sia avvenuta nell'ambito familiare, consigliare alla persona di conservare in un posto sicuro il certificato.
- Dare indicazioni e riferimenti sulla rete antiviolenza.

#### **Cosa chiedere nel caso di violenza domestica:**

- E' mai stato/a emotivamente o fisicamente abusato/a dal suo partner o da qualcuno a lei vicino?
- Nell'ultimo anno, è stato/a picchiato/a o ferito/a fisicamente in qualche modo da qualcuno?
- Nell'ultimo anno, qualcuno l'ha forzata ad avere rapporti sessuali?
- Ha paura del suo partner?

#### **Cosa non fare nel caso di violenza domestica:**

- Mostrarsi increduli o minimizzare
- Esprimere giudizi sui fatti raccontati
- Esprimere dubbi sulla possibilità di violenza di fronte al partner
- Cercare di valutare attendibilità del racconto
- Forzare a parlare
- Forzare a sporgere denuncia
- Interrogare al proposito direttamente il partner (alto rischio di violenze più gravi fino all'omicidio)



### **Raccolta anamnestica:**

- circostanze dell'aggressione:
  - data
  - ora
  - luogo
  - dinamica
  - sevizie
  - modi di penetrazione
- precedenti medici della vittima, con particolare attenzione a quelli ginecologici e ostetrici
- data delle ultime mestruazioni
- attività sessuale precedente
- contraccezione
- data dell'ultimo rapporto liberamente consentito
- tempo trascorso dalla violenza sessuale
- consumo di alcool o di droghe
- verificare se la persona si è lavata e cambiata dopo l'aggressione

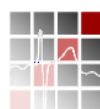
### **Raccolta dei campioni:**

- Fare spogliare la persona e poggiare tutti gli indumenti su un telo
- Raccogliere i frammenti di pulitura delle unghie, per la ricerca di pezzi della pelle dell'aggressore
- Pettinatura dei peli del pube, per la ricerca dei peli dell'aggressore.
- Tutti i campioni vanno conservati in provette o sacchetti sigillati ed etichettati

### **Prima di procedere all'esame clinico, richiedere il consenso per effettuare fotografie, facendo firmare l'apposito modulo.**

### **Esame obiettivo generale:**

- Ricercare eventuali lesioni traumatiche:
  - escoriazioni
  - contusioni
  - graffi
  - morsi
  - bruciate
  - ematomi
  - fratture
- Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni
- Indicare la localizzazione sull'apposito schema del corpo accluso alla cartella clinica
- Se viene firmato l'apposito consenso, eseguire delle fotografie delle lesioni
- Verificare limitazioni e sintomi funzionali, con particolare attenzione al sintomo dolore
- Con una garza di drenaggio bagnata prelevare tracce di sperma sulla superficie del corpo, metterle in una provetta sigillata ed etichettata.



### **Fotografie (se è stata firmata l'autorizzazione):**

- Effettuare le foto prima di intervenire con le cure mediche
- Effettuare foto a colori
- Fare foto da varie angolazioni di tutto il corpo e di sedi particolari
- Al fine di definire le dimensioni delle lesioni, fotografarle utilizzando un oggetto collocato vicino alle medesime
- In una foto includere il viso
- Fare almeno due foto delle zone traumatizzate
- Scrivere subito dietro le foto (nel caso in cui si utilizzi una polaroid) o nel file se si tratta di foto digitali, la data, il nome della paziente, la localizzazione delle lesioni, il nome del fotografo e del testimone.

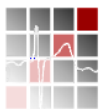
### **Esame obiettivo perineale:**

- **Esame vulvo-vaginale:**
  - Ricercare ferite, ematomi e contusioni
  - Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni
  - Indicare la localizzazione sull'apposito schema del corpo accluso alla cartella clinica
- **Esplorazione vaginale:**
  - Esame della permeabilità dell'imene
  - Individuazione dei segni della gravidanza
  - Individuazione di dolore degli annessi uterini
  - Individuazione di eventuali masse
  - Valutazione della dimensione e della mobilità uterina
- **Esame del canale vaginale e del collo dell'utero**
- **Esame anale ed esplorazione rettale:**
  - Ricerca di ferite e sanguinamento anali
  - Valutazione del tono sfinterico
  - Descrivere la localizzazione, la dimensione e l'età delle lesioni
  - Indicare la localizzazione sull'apposito schema del corpo accluso alla cartella clinica

### **N.B.: quando possibile, prevedere entro 48 ore un esame colposcopico**

### **Prelievi:**

- **Ricerca di spermatozoi:**
  - Prelievo con spatola dell'endocervice vaginale
  - Lavaggio vaginale
  - Prelievo della cavità orale e dell'ano mediante sonda umidificata
- **test di gravidanza**
- **test sierologici per:**
  - HIV
  - Sifilide
  - Epatite B e C
- **Prelievi cervico-vaginali per le malattie sessualmente trasmesse (gonococco e clamidia)**



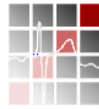
Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
dell'Università degli Studi di Palermo



**Intervento:**

- **Cura dei traumi fisici**
- **Prevenzione delle infezioni**
- **Traumi psichici:**
  - Assumere un atteggiamento empatico e di disponibilità, spiegare in dettaglio ogni tappa dell'esame clinico.
  - Predisporre un sostegno psicologico
  
- **Malattie Sessualmente Trasmesse:**
  - Trattamento preventivo per gonococco, sifilide e HIV
  
- **Gravidanza:**
  - Informare la paziente sulla possibilità di gravidanza indesiderata
  - Informarla sui possibili interventi (pillola del giorno dopo, IVG)

**Compilare la cartella clinica in tutte le sue parti e redigere il certificato medico**



## CARTELLA CLINICA

Nome del medico \_\_\_\_\_

Nome dell'infermiere/a o ostetrico/a \_\_\_\_\_

### Dati del/della paziente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### Dati di un parente o di altra persona di fiducia:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### Violenza confermata:

SI

NO

### Violenza sospettata:

SI

NO

### Disturbi dichiarati dal/dalla paziente:

---

---

---

---

---

**Descrizione dell'evento:**

---

---

---

---

---

**Condizione medica attuale:**

---

---

---

---

---

**Precedenti medici:**

---

---

---

---

---

**Data ultima mestruazione:** \_\_\_\_\_

**Metodo contraccettivo usato:**

- pillola anticoncezionale
- IUD

**Gravidanza:**

- SI
- NO

**La persona dichiara di essersi lavata dopo l'aggressione:**

- SI
- NO

**La persona dichiara di essersi cambiata gli abiti dopo l'aggressione:**

- SI
- NO

**Lesioni traumatiche:**

- Ecchimosi:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_
- Ematoma:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_
- Ferita superficiale:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_
- Ferita profonda:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_
- Brucciatura:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_
- Frattura:**  
numero: \_\_\_\_\_ dimensioni: \_\_\_\_\_  
evoluzione: \_\_\_\_\_

**Localizzazione delle lesioni:**

- |                                       |                                  |                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Testa        | <input type="checkbox"/> Collo   | <input type="checkbox"/> Dorso    |
| <input type="checkbox"/> Orecchio     | <input type="checkbox"/> Spalle  | <input type="checkbox"/> Genitali |
| <input type="checkbox"/> Naso         | <input type="checkbox"/> Braccia | <input type="checkbox"/> Natiche  |
| <input type="checkbox"/> Guance       | <input type="checkbox"/> Mani    | <input type="checkbox"/> Gambe    |
| <input type="checkbox"/> Labbra       | <input type="checkbox"/> Torace  | <input type="checkbox"/> Piedi    |
| <input type="checkbox"/> Cavità orale | <input type="checkbox"/> Addome  |                                   |

**Spiegazione delle cause delle lesioni fornite dal/dalla paziente:**

---

---

---

---

---

**Osservazioni del medico:**

---

---

---

---

---

**Sono state effettuate fotografie al/alla paziente, previo consenso scritto:**

- SI  
 NO

**Diagnosi e trattamento:**

---

---

---

---

---

**Esami complementari richiesti:**



---

---

---

---

---

---

**Risultato degli esami complementari richiesti:**

**Prelievi effettuati:**

- prelievo sub-ungueale**
- pettinatura dei peli del pube**
- ricerca di spermatozoi a livello:**
  - vaginale
  - anale
  - cavità orale
- test di gravidanza**
- HIV**
- Sifilide**
- Epatite B**
- Epatite C**
- Gonococco**
- Clamidia**

**Risultato del test:**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |

**Consulenza medica e/o chirurgica richiesta:**

---

---

---

---

---

**Risultati della consulenza:**

---

---

---

---

---

**Orientamento verso altre Istituzioni della Rete Civica Antiviolenza:**

**Specificare il nome del referente contattato**

**Polizia (dalle 8 alle 20 – Tel. 091 210796 / 210306 / 210499)** \_\_\_\_\_

**(notturni e festivi Tel. 113)** \_\_\_\_\_

**Carabinieri (Tel. 112)** \_\_\_\_\_

**Centro antiviolenza (Tel. 091 327973)** \_\_\_\_\_

**Misure assunte al fine di garantire la sicurezza della paziente:**

---

---

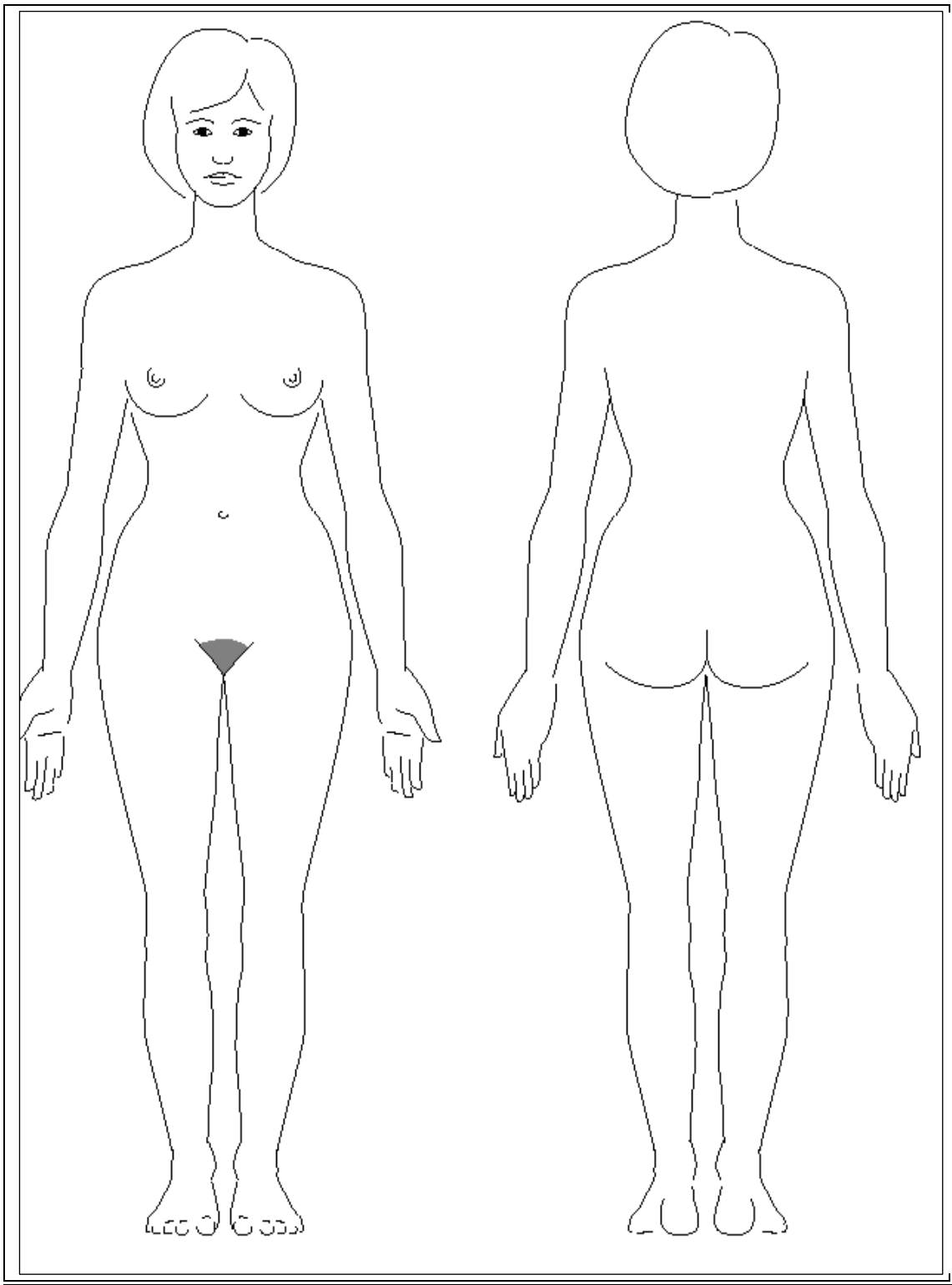
---

---

**Data** \_\_\_\_\_

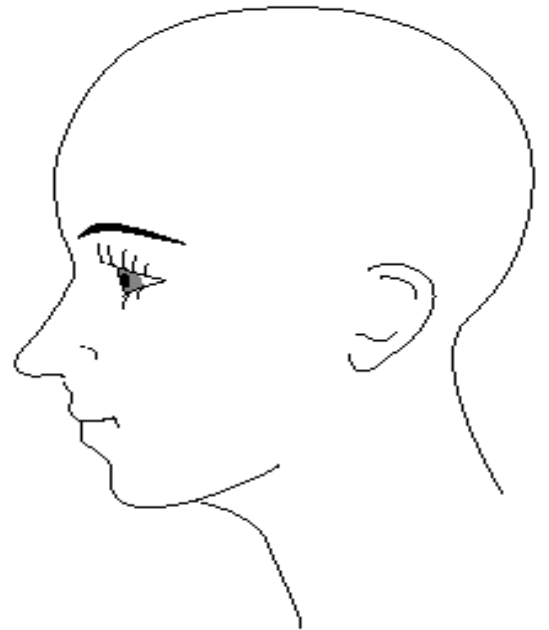
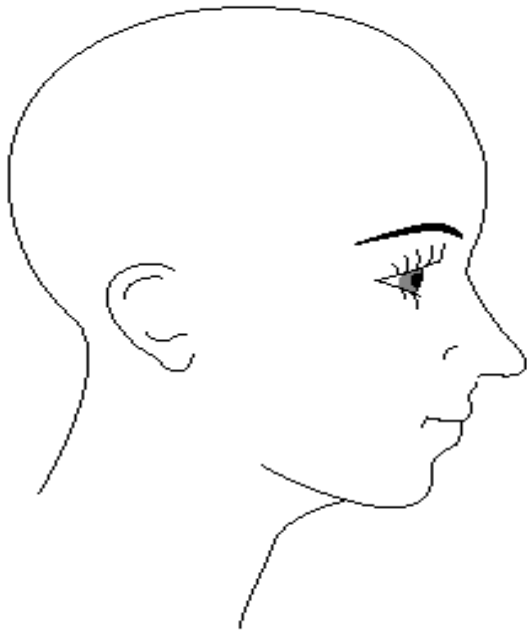
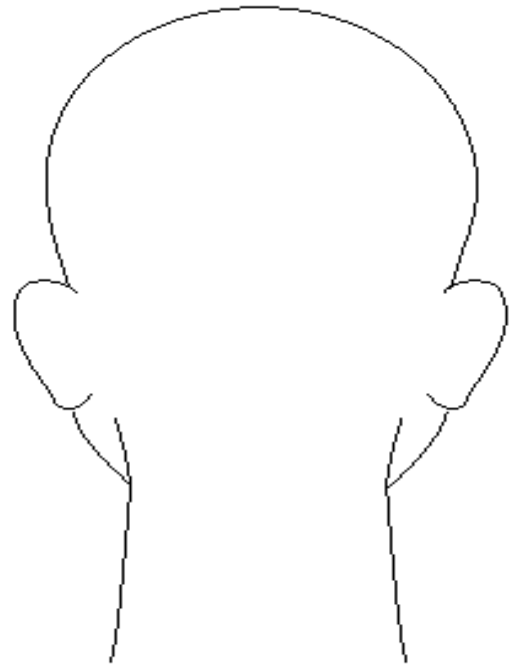
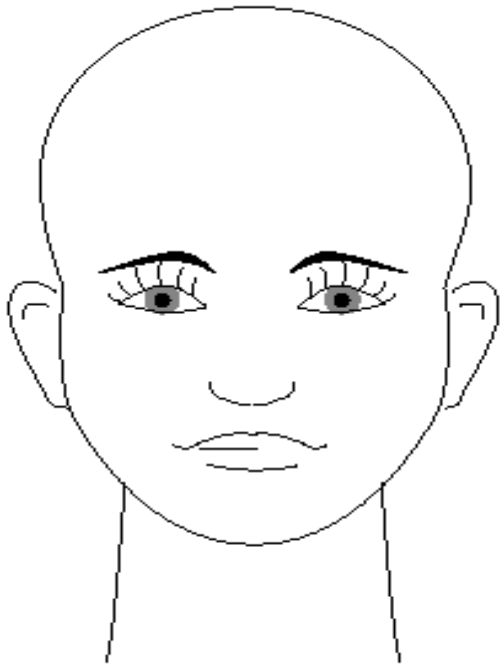
**Timbro e firma**

**SEDI TOPOGRAFICHE**



**Data** \_\_\_\_\_

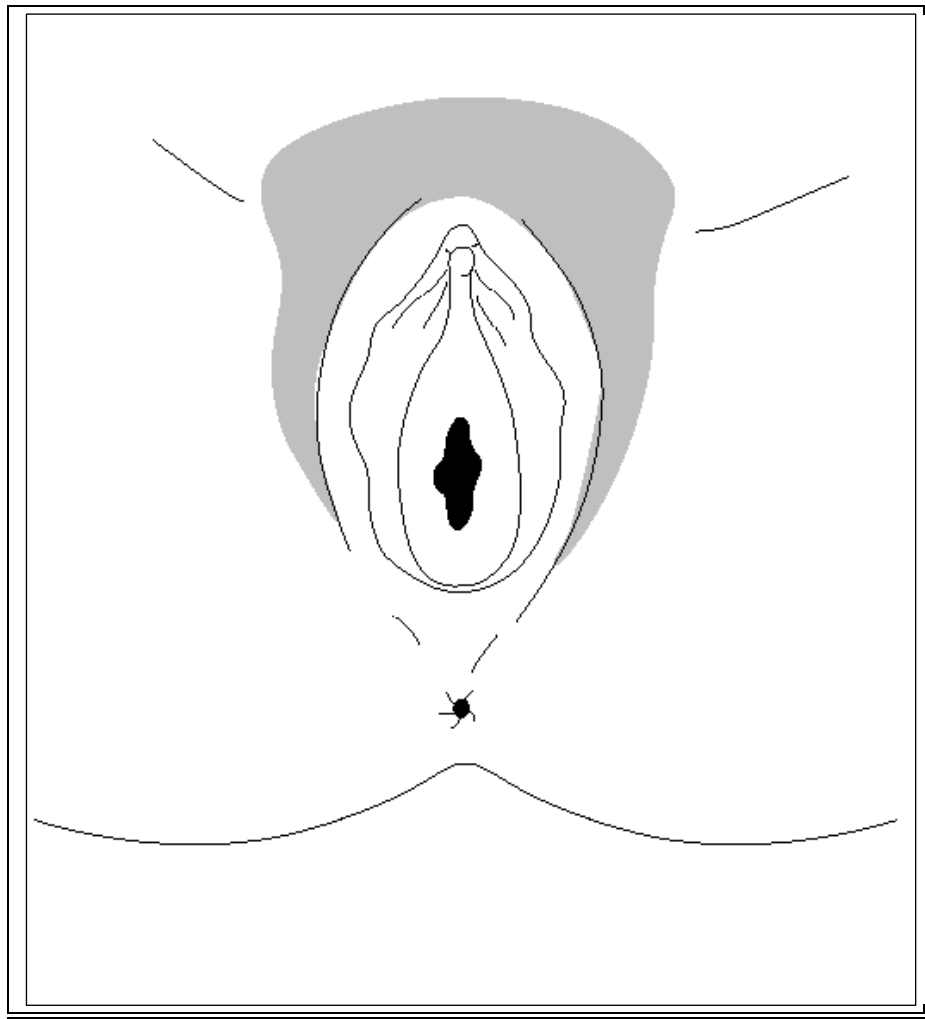
**Timbro e firma**



---

**Data** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma**



**Data** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma**