



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

Reint in corso di  
seguire  
23/11/17  
Oste



17/172/SR04/C7-C8

**POSIZIONE SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL PRESIDENTE DEL  
CONSIGLIO DEI MINISTRI DI ADOZIONE DELLE LINEE GUIDA  
NAZIONALI PER LE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE IN TEMA  
DI SOCCORSO E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE DONNE  
VITTIME DI VIOLENZA, CON LA DENOMINAZIONE  
“PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA”, DI CUI AL  
COMMA 790 DEL PREDETTO ARTICOLO 1**

*Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 791, della legge 28 dicembre 2015, n. 208*

*(legge di stabilità 2016)*

*Punto 4) Odg Conferenza Stato – Regioni*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'Intesa con le seguenti osservazioni:

**SETTORE SALUTE**

- Nella parte prima, pagina 1, delle Linee guida, al secondo capoverso sostituire le parole “dovranno essere recepite” con “saranno recepite”; alla fine del periodo dopo le parole “regionali vigenti” inserire le seguenti “compatibilmente con le risorse disponibili stanziare per il Fondo Sanitario Nazionale”.
- Si ritiene che manchi un esplicito richiamo alla necessità che la tipologia di attività di cui trattasi sia operativa H24 e che, almeno, sia disponibile la possibilità di “protezione” per le donne e i loro figli minori nel Pronto Soccorso ospedaliero nel caso che i servizi territoriali siano momentaneamente NON attivi (sabato/domenica, notte) come accade frequentemente specialmente nelle città più piccole. A tal riguardo a pagina 5 all'inizio del capitolo TRATTAMENTO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO si suggerisce di aggiungere:

*"L'operatività deve essere consentita H24 con modelli organizzativi specifici e comunque deve essere garantita la possibilità di protezione nel Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali".*

- Si segnala che la previsione di cui a pagina 4, dove si raccomanda alle Regioni di adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali per consentire all'Azienda sanitaria o all'ospedale di riferimento di essere in rete con tutte le altre strutture della regione di appartenenza, potrebbe essere di fatto inapplicabile a causa di alcuni vincoli relativi alla normativa sulla privacy.
- Nel triage è consigliata, se presente, anche la figura dell'ostetrica.
- A pagina 6, inoltre, non sembra essere chiaro come coniugare la completezza del referto con la necessità di riservatezza. Sono stati inseriti i codici diagnosi che, utili per una valutazione statistica del fenomeno, possono rappresentare un problema quando riportati sul referto e comunicati ad altri professionisti della rete.
- Per quanto riguarda la vaccinazione anti HPV, prevista a pagina 13, non sembra che l'indicazione dell'offerta a tutte le donne vittime di violenza sia sostenuta da sufficienti evidenze scientifiche.
- La profilassi HIV andrebbe effettuata entro le 4 ore per avere maggiore efficacia (e comunque non oltre le 24 ore).
- Si ritiene che, a pagina 13, il monitoraggio *"a livello clinico e di esami di laboratorio sotto la supervisione di un medico competente in ginecologia ed ostetricia"* per la contraccezione di emergenza, non sia supportato da sufficienti motivazioni cliniche.
- In sede attuativa si suggerisce di tener presente che non può essere solo il codice triage giallo ad attivare il percorso, ma, indipendentemente dal codice colore di triage (rosso, giallo o verde), occorra agganciare il codice rosa aggiuntivo (quale codice aggiuntivo al codice di gravità, visibile ai soli operatori sanitari). E' quest'ultimo che determina l'attivazione adeguata del percorso.

Pertanto, si richiede di precisare meglio alcuni aspetti che riguardano principalmente la poca chiarezza rispetto ai temi importanti che, però, si mescolano creando dei fraintendimenti come le donne vittime di violenza ed il maltrattamento e gli abusi sui minori.

Si richiede di valutare gli oneri che si genererebbero in generale per le attività previste. In particolare gli oneri relativi alla formazione e alla creazione di un'area dedicata in sede di triage, anche in considerazione che si tratta di linee guide in molti punti troppo dettagliate e stringenti rispetto alla loro finalità originaria.

Si richiede di rendere più chiaro l'assemblaggio ed il contenuto degli allegati.



## SETTORE POLITICHE SOCIALI

Non si può non sottolineare a riguardo alcuni elementi “complementari” per la piena attuazione di quanto previsto da questo importante documento di indirizzo:

- un’adeguata dotazione di risorse umane e strumentali per i Pronto Soccorso (con riferimento anche a presenza “stabile” di assistenti sociali o di loro reperibilità, ed anche di nuove figure indispensabili, quali le “mediatrici culturali” formate – v.pg. 5 documento);
- misure organizzative “dedicate” all’attuazione del Percorso per le donne che subiscono violenza per ogni presidio ospedaliero;
- monitoraggio periodico (annuale o biennale) dello stato di attuazione delle stesse Linee guida in modo da verificare, sulla base dell’esperienza, eventuali misure correttive da adottare.

Si coglie l’occasione per riflettere su come, a quattro anni dalla Legge n.119/2013, emerga con sempre maggiore evidenza, l’esigenza di garantire “effettiva” continuità nel trasferimento delle risorse statali alle Regioni per la prevenzione ed il contrasto alla violenza maschile sulle donne, su base almeno biennale, meglio triennale, in modo da consentirne un’efficace “programmazione integrata” con le risorse regionali, cui è connessa necessariamente la possibilità di garantire corrispondente continuità dei servizi socio-sanitari territoriali in collaborazione con quelli resi da Centri antiviolenza e Case Rifugio operanti nel territorio regionale.

***Si riportano di seguito alcune osservazioni:***

**Parte seconda**

### **Pg.4: Accesso al Pronto Soccorso e Triage**

Si ritiene importante che venga rafforzato il passaggio in cui “*si raccomanda alle Regioni di adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali (...*” al fine di consentire interrogazioni “in tempo reale” da parte delle/dei operatrici/operatori del Pronto Soccorso sugli eventuali accessi pregressi della donna, significativo “indicatore” di criticità e di rischio.

### **Pg.5: Trattamento diagnostico – terapeutico**

Si propone di inserire:

“L’operatore/La operatrice sanitario/a deve fare rapporto all’Autorità Giudiziaria nei casi previsti dalla legge”.



Nell'evidenziare l'importanza che la donna non venga mai lasciata "sola", si propone la seguente integrazione:

"Altri/e operatori/operatrici si prendono cura dei minori nel tempo in cui la donna viene ascoltata e visitata", per evidenti ragioni di opportunità a tutela del minore (già oggetto di violenza assistita).

#### **Pg.6 Dimissione dal Pronto Soccorso**

Si propone di precisare meglio l'ultimo codice, proponendo di integrarlo come segue:

"-995.51 violenza psicologica su minore/violenza assistita".

#### **Parte terza**

##### **pgg.6/7: Attivazione della rete antiviolenza territoriale**

Si ritiene molto valido lo strumento di rilevazione proposto per la sua semplicità ed efficacia, che consente una valutazione "speditiva" del rischio – v. Allegato B a pg.14. A riguardo sarebbe opportuno attribuire alle cinque domande una codifica univoca che possa consentire anche un monitoraggio periodico (ad es. annuale) delle diverse condizioni di rischio rilevate.

**Pg.7** Ultimo capoverso: dopo le parole "Direzioni generali", si propone di integrare come segue:

"che ne danno comunicazione alla struttura regionale competente in materia di contrasto alla violenza di genere ed ai soggetti della rete antiviolenza territoriale", questo al fine di garantire un monitoraggio dei diversi presidi decentrati dei Centri antiviolenza presso le strutture ospedaliere e per la dovuta informazione a tutti i soggetti operanti nella rete.

#### **Parte quarta**

##### **Aziende sanitarie**

**pg.8:** alla quinta riga in alto dopo le parole "-compreso quello convenzionato-", si propone di integrare con "ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialisti".

##### **Formazione professionale**

**pg.9:** Si ritiene opportuno proporre di integrare il testo con un riferimento anche alla formazione specialistica del futuro personale medico ed infermieristico, all'interno della quale sarebbe opportuno inserire anche corsi specifici in materia di "prevenzione e contrasto alla violenza maschile sulle donne", in cui avvalersi anche di personale qualificato operante



nei Centri anti violenza e nelle Case rifugio (si veda, ad esempio, il Protocollo regionale che verrà formalizzato il prossimo 5 dicembre relativo alla “Rete regionale anti violenza delle Marche” – di cui alla DGR n.1311 del 07.11.2017- che vede, insieme ad altri soggetti, anche l’adesione delle quattro Università marchigiane).

## **Allegato D**

### **Formazione professionale**

pg.20: ultimo capoverso (a metà pagina): dopo le parole “(...) riconoscendo particolare rilievo all’esperienza acquisita e consolidata delle operatrici dei Centri anti violenza”, si propone di integrare con: “ e delle Case Rifugio”.

- Infine si segnala l’opportunità di avvalersi per le valutazioni dello strumento S.A.R.A. plus.

Roma, 23 novembre 2017

