

CRIMINOLOGIA

Approccio metodologico in tema di violenze sessuali: esperienza operativa della cattedra di medicina legale dell'Università di Catanzaro

Methodological approaches to sexual violence: experience of legal medicine at Catanzaro University

Ciro Di Nunzio, Giulio Di Mizio, Pietrantonio Ricci

KEY WORDS

Sexual violence • anti-violence centre • DNA • drugs • sexually transmitted diseases
Violenza sessuale • centro anti-violenza • DNA • droghe • malattie sessualmente trasmissibili

Abstract

La legge n 66 del 15 febbraio 1996 ha ascritto il reato di violenza sessuale tra i delitti contro la persona. Con questa norma assume un ruolo centrale la relazione tra soggetto agente e persona offesa al momento del fatto. La gravità dell'offesa deriva anche dalla lesione della libertà personale della vittima e dalla violazione della sua intimità, dignità ed integrità fisica o psichica. Tra le circostanze aggravanti si annovera la violenza sessuale nei confronti di un minore. L'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT nel 2002 sulla sicurezza dei cittadini e quindi anche sulle *molestie e le violenze sessuali* subite dalle donne di età compresa tra i 14 e i 59 anni ha dimostrato che circa 53.000 donne in Italia hanno subito stupro o tentato stupro in un anno, e che oltre il 95% degli stupri o dei tentati stupri non viene denunciato. Gli autori delle violenze sono soprattutto persone note alle vittime come familiari ed amici. Tutto ciò è in contrasto con le 2543 denunce che le forze di polizia hanno sporto all'Autorità Giudiziaria nello stesso periodo. La situazione è diventata più evidente dopo l'indagine ISTAT del 2006 sulla *violenza e i maltrattamenti contro le donne* di età compresa tra 16 e 70 anni, in cui si evince che 1 milione (4,8%) di esse è stata vittima di uno stupro o di un tentativo di stupro nel corso della loro vita. Il partner concretizza soprattutto violenza fisica (12%), mentre la violenza sessuale è attuata soprattutto da un non partner (20,4%); in casi di stupro o di tentato stupro non sono state osservate differenze significative tra partner e non partner (2,4-2,9%). Gli stupri sono denunciati in massima parte quando l'azione violenta è stata commessa da uno sconosciuto.

Lo studio dei casi, come già in passato evidenziato, conferma quanto rilevano le statistiche: Il fenomeno per molti aspetti risulta sommerso e poco conosciuto. L'esperienza, realizzata nei casi di violenza sessuale pervenuti alla nostra osservazione, indica che l'inidoneità dei campioni raccolti e conservati, così come la mancata coordinazione tra le forze di polizia e gli specialisti, possono essere tra i motivi che determinano la perdita di efficacia delle indagini genetico – forensi, necessarie ad individuare

il profilo dell'aggressore. Insufficienti sono le notizie sull'uso ed abuso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e assenti sono le notizie sulla diffusione di malattie sessualmente trasmesse o su eventuali gravidanze associate all'azione delittuosa. Siamo consapevoli che il fenomeno può essere contrastato con l'impiego di personale dedicato e in possesso di una formazione specialistica, rimediando così al problema dell'improvvisazione, purtroppo ancora presente.

Ciò ha condotto alla promozione della creazione di un Centro Antiviolenze anche presso il Policlinico dell'Università *Magna Graecia* di Catanzaro, così come in altre realtà italiane, e nella formazione di un gruppo multidisciplinare di professionisti e ricercatori finalizzato alla redazione ed implementazione di linee guida sempre aggiornate ed in sintonia con le più recenti evoluzioni tecnico-scientifiche, nonché per la formazione di personale specializzato nel management clinico e medico legale delle vittime di reati sessuali.

★ ★ ★

The Law no. 66 of the 15th February 1996 has made sexual violence a crime against the person. Under this Law, the relationship between the offender and the person injured at the time of the aggression becomes central. The seriousness of the offence also derives from the violation of the personal liberty of the victim and the violation of his/her most intimate person, his/her dignity and physical or mental well-being. Sexual violence against a minor is considered an aggravating circumstance. The multipurpose survey conducted by ISTAT in 2002 on the safety of citizens and thus also on the "harassment and sexual violence" suffered by women aged between 14 and 59, showed that around 53,000 women in Italy have suffered rape or attempted rape in any given year, and that over 95% of rapes or attempted rapes go unreported. The perpetrators are mostly family members and friends, known to the victims. This is in contrast to the 2,543 complaints that the police have filed with the Judicial Authorities in the same period. The situation became more evident after the ISTAT analysis of 2006 on "Violence and abuse against women" aged between 16 and 70, which suggests that 1 million (4.8%) of them have been victims of rape or attempted rape during their lifetimes. Partners carry out physical violence (12%) above all, while sexual violence is largely carried out by a non-partner (20.4%); in cases of rape or attempted rape, no real differences have been observed between partners and non-partners (2.4% and 2.9%, respectively). Rapes are, for the most part, reported when the violent act has been committed by a stranger. The cases studied, as shown in the past, confirm the statistical observations: the phenomenon is submerged and little known. Our experience indicates that the inadequacy of the samples collected and documented, as well as the lack of coordination between the police and specialists, may be among the reasons leading to the inefficiency of genetic-forensic tests, necessary to identify the aggressor's profile. Reports relative to the use and abuse of drugs and / or psychotropic substances are insufficient, and updates on sexually transmitted diseases or pregnancy associated with criminal action are lacking. We are aware that the phenomenon can be effectively dealt with through the use of dedicated staff and trained specialists, thereby obviating the problem of improvisation, unfortunately still present. This has taken place through the promotion of an anti-violence centre at the *Magna Graecia* University of Catanzaro, as well as in other Italian cities, and with the formation of a



multidisciplinary team of professionals whose aim is to formulate and implement guidelines, constantly updated according to the latest technical and scientific developments, as well as the training of specialists in the clinical and medico-legal management of the victims of sexual assaults.

Per corrispondenza:

Ciro Di Nunzio, Medicina Legale, Università Magna Graecia di Catanzaro, Viale Europa, 88100 Germaneto (CZ)

e-mail: dinunzio@unicz.it

- PIETRANTONIO RICCI, *Professore Ordinario di Medicina Legale, Università Magna Graecia di Catanzaro*
- CIRO DI NUNZIO, *Ricercatore a contratto, Docente di Genetica Forense, Università Magna Graecia di Catanzaro*
- GIULIO DI MIZIO, *Professore Aggregato di Medicina Legale, Università Magna Graecia di Catanzaro*



Introduzione

La violenza di genere, commessa con abusi fisici, sessuali, psicologici ed economici, è stata riconosciuta come una violazione del diritto all'integrità fisica e psicologica della donna. I diversi tipi di violenza possono presentarsi isolatamente, ma il più delle volte sono connessi e sono perpetrati anche sui minori. Ciò accade soprattutto se tra chi usa violenza e chi la subisce vi è un rapporto affettivo. L'entità del fenomeno è evidenziata da dati disponibili presso il Ministero della Giustizia. Secondo stime del CENSIS: *...omissis... 2 bambini su 1.000 sono abusati ogni anno; un reato di violenza sessuale su minore viene scoperto o denunciato su 20-40 reati effettivamente commessi; almeno un individuo su sei sarebbe stato vittima di abusi sessuali nell'infanzia o nell'adolescenza ...omissis...* Il legislatore ha prodotto gli strumenti per perseguire l'aggressore e per proteggere le vittime, attraverso l'inasprimento delle pene e la creazione di centri antiviolenza e case famiglia, ma molte volte, per mancata denuncia o per inefficace coordinazione tra le diverse figure professionali che a vario titolo e in tempi diversi intervengono, una violenza sessuale rimane senza un colpevole. Se la denuncia è il primo e più difficile passo che deve essere compiuto dalla persona offesa o da chi esercita la potestà sul minore, le Istituzioni hanno il dovere di predisporre una rete di servizi che da un lato deve consentire la dimostrazione dell'abuso che è indispensabile per comminare la giusta pena a chi l'ha commesso, dall'altro deve garantire assistenza sanitaria, psicologica ed eventualmente un rifugio alla persona offesa. Così come già in altre occasioni affermato, vi sono fenomeni biologici che per caratteristiche, diffusione e continuità limitano la libertà, la dignità e la capacità di espressione di molti individui e per questo vanno considerati fenomeni sociali negativi, che vanno debellati con l'intervento dello Stato (Ricci, 2004). Gli autori evidenziano la mancanza di una rete di servizi nel circondario di Catanzaro e la necessità di crearla al fine di dare una concreta risposta alle persone abusate che hanno trovato il coraggio di denunciare, e una speranza a quelle che per vari motivi non lo hanno fatto. Attraverso l'analisi degli aspetti normativi, statistici e tecnici si è provato a dare una risposta alla richiesta "cosa fare in caso di violenza sessuale?".

Aspetti normativi

La Costituzione Italiana

Stabilisce il principio di uguaglianza di genere tra uomini e donne riconoscendo la pari dignità sociale e gli stessi diritti a tutti i cittadini (art. 3), la parità tra donne e uomini in ambito lavorativo (art.4 e 37), l'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi all'interno del matrimonio (art. 29).

Il minore

La normativa italiana fissa a 14 anni l'età del consenso, ovvero l'età a partire dalla quale una persona è considerata capace di dare un assenso informato ai comportamenti regolati dalla Legge. Nel caso degli atti sessuali, si fissa la soglia a partire dalla quale si ritiene che il minore possa avere rapporti sessuali "consenzienti". Ogni atto sessuale con una persona che non abbia raggiunto l'età del consenso è illegale ed è considerato una violenza sessuale. L'età è fissata a 16 anni nel caso di atti sessuali compiuti da chi abbia una forma di autorità o un ascendente (609 quater c.p.). Quanto evidenziato vale solo per i rapporti sessuali consenzienti, nei quali non vi sia alcun compenso in danaro, regali o altre utilità economiche. In quest'ultimo caso si incorre nel reato di prostituzione minorile, la cui soglia è fissata a 18 anni.

Dal Reato di violenza sessuale alla nascita dei centri anti violenza

Prima del 1996 il Codice Penale Italiano collocava il reato di violenza sessuale tra i reati contro la moralità pubblica e il buon costume, distingueva tra violenza carnale ed atti di libidine violenta.

La legge n 66 del 15 febbraio 1996 "Norme contro la violenza sessuale" ha ascritto il reato di violenza sessuale tra i delitti contro la libertà personale. Con questa norma vengono unificati "la violenza carnale" e "gli atti di libidine violenta" nel reato di "violenza sessuale", ed assume un ruolo centrale la relazione tra persona agente e persona offesa al momento del fatto. La gravità dell'offesa deriva anche dalla lesione della libertà personale della vittima e dalla violazione della sua intimità, dignità ed integrità fisica e psichica. Sono stati abrogati gli articoli 519; 521; 530, 539, 541, 542, 543; sostituiti dagli articoli dal 609-bis al 609-decies.

L'Art. 609-bis Violenza Sessuale, recita: "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da 5 a 10 anni" ...omissis... La legge stabilisce altresì che i delitti previsti dagli articoli 609 bis, ter e quater sono punibili a querela della persona offesa e che la querela è irrevocabile mentre, si procede d'ufficio nel caso in cui il fatto è commesso nei confronti di un minore.

Legge n 269 del 03 agosto 1998 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù". L'Art. 600-bis recita "Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni 18 ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione è punito con la reclusione" ...omissis... "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa fra i 14 ed i 16 anni, in cambio di danaro o di altra utilità economica, è punito con la reclusione" ...omissis...

Legge n 38 del 15 febbraio 2006 “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet”. La normativa del 1998 è stata modificata adeguandola alle direttive europee riportate nella decisione quadro 2004/68/GAI del 22 dicembre 2003 con cui si è voluto superare la diversa impostazione giuridica e sviluppare una cooperazione efficace tra i paesi membri dell’UE. Sono stati modificati alcuni articoli del CP, sono state inasprite le pene ed è stato istituito il Centro nazionale per il contrasto della pedopornografia sulla rete Internet. Alcuni passi della presente legge recitano che “...Chiunque, utilizzando minori degli anni diciotto, realizza esibizioni pornografiche o produce materiale pornografico ovvero induce minori di anni diciotto a partecipare ad esibizioni pornografiche, ...consapevolmente si procura o detiene materiale pornografico realizzato utilizzando minori degli anni diciotto, ...Anche quando il materiale pornografico rappresenta immagini virtuali, ...è punito con la reclusione...”.

Legge n 38 del 23 febbraio 2009. “Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alle violenze sessuali, nonché in tema di atti persecutori”. Aggiunge al Codice Penale l’art 612 bis che così recita: “È punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque molesta o minaccia taluno con atti reiterati e idonei a cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero a ingenerare un fondato timore per l’incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero a costringere lo stesso ad alterare le proprie scelte o abitudini di vita”.

Il D.P.C.M. del 27 marzo 1997 “Azioni volte a promuovere l’attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire libertà di scelte e qualità sociale a donne e uomini.” Si pone, tra l’altro, l’obiettivo della “prevenzione e repressione della violenza” nelle relazioni personali, dei fenomeni di maltrattamenti, della prostituzione coatta, di violenza sessuale e abusi sessuali anche in ambito familiare e nel luogo di lavoro, e si realizza con l’istituzione di un osservatorio permanente sul fenomeno della violenza di genere sulle donne e/o sui minori.

Legge n 328 dell’8 novembre 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

Legge n 154 del 04 aprile 2001 rubricata *misure contro le violenze nelle relazioni familiari* Si pone come strumento di tutela verso il convivente o altra persona del nucleo familiare che subisce abusi fisici e morali, mediante l’applicazione di misure cautelari come l’allontanamento dalla casa domestica e

il pagamento di un assegno per il mantenimento del familiare (art 282 bis c.p.p.). Il giudice può disporre, altresì, ove occorra l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare, nonché delle associazioni che abbiano come fine statutario il sostegno e l'accoglienza di donne e minori o di altri soggetti vittime di abusi e maltrattati.

Molte Regioni, in attuazione della Dichiarazione e del Programma d'azione della IV Conferenza mondiale sulle donne, svoltosi a Pechino nel 1995, così come esplicitato nella direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 marzo 1997 hanno riconosciuto il principio in virtù del quale ogni forma o grado di violenza contro le donne, costituisce un attacco all'inviolabilità della persona e alla sua libertà. A queste donne deve essere assicurato il diritto, con i propri figli, al sostegno al fine di ripristinare la propria inviolabilità e di riconquistare la propria libertà, nel pieno rispetto della riservatezza e dell'anonimato. In virtù di quanto esposto e nel rispetto delle disposizioni contenute nella Legge n. 328 del 8 novembre 2000 e nella Legge n. 154 del 4 aprile 2001. A tal fine sono stati creati o saranno creati centri anti-violenza e case di accoglienza in seguito a specifiche leggi regionali come quelle indicate in Tabella n. 1.

Tabella n. 1

Legge n.	Data emanazione	Regione
22	09-05-1986	Sicilia
64	15-11-1993	Lazio
9	29-03-1999	Basilicata
17	18-08-2000	Friuli Venezia Giulia
17	25-08-2003	Puglia
19441	19-11-2004	Lombardia
11	23-02-2005	Campania
31	20-10-2006	Abruzzo
12	21-03-2007	Liguria
59	16-11-2007	Toscana
20	21-08-2007	Calabria
8	07-08-2007	Sardegna
32	11-11-2008	Marche
16	29-05-2009	Piemonte

Analisi del fenomeno da un punto di vista statistico

I dati relativi alla popolazione italiana tra il 2000 e il 2007, disponibili al sito www.istat.it, indicano che la popolazione residente è stabile sia per numero totale di individui, che per numero di individui raggruppati per fasce d'età. Nel 2002 e nel 2006 la popolazione italiana era rispettivamente di 57.321.070 e 59.131.287; quella femminile di 29.554.847 e 30.412.846; quella relativa alle fasce di età che sono state considerate negli studi statistici di seguito esposti era rispettivamente di 17.663.670 e 18.077.987 per la fascia 14-59 anni; di 20.892.750 e 21.295.224 per la fascia 16-70 anni.

Le statistiche Giudiziarie Penali relative ai delitti denunciati dalle Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria nel periodo 2001-2007 www.giustiziaincifre.istat.it, mostrano che le violenze sessuali per anno (Tabella n. 2), sono in costante crescita da 2336 a 4897, con un valore medio di $3.403,3 \pm 1.012,8$ (m \pm s.d.), così come in crescita sono le lesioni personali dolose, mentre il numero di omicidi volontari e tentati omicidi annui restano pressoché costanti. Andamento analogo si registra nella regione Calabria (tab. 2b), e nel circondario di Catanzaro (numeri tra parentesi Tabella n. 2b). Il dato trae in inganno se consideriamo esclusivamente la bassa frequenza con cui le violenze sessuali sono denunciate rispetto al totale dei delitti. Bisogna considerare, inoltre, che nel 2004 è cambiato il modo di raccolta dei dati e questo probabilmente ha determinato un apparente incremento di alcuni reati rispetto agli anni precedenti.

Tabella n. 2a

Delitti denunciati dalle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria in Italia

TIPI DI DELITTO	Delitti denunciati							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CONTRO LA PERSONA								
Omicidio volontario	746	704	639	712	714	601	621	627
Lesioni personali dolose	29.068	30.693	28.699	30.644	51.823	56.629	59.143	63.602
violenze sessuali	2.336	2.447	2.543	2.744	3.734	4.020	4.513	4.897
TOTALE dei delitti	2.205.782	2.163.826	2.231.550	2.456.887	2.417.716	2.579.124	2.771.490	2.933.146

Tabella n. 2b*Delitti denunciati dalle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria in Calabria (Catanzaro)*

TIPI DI DELITTO	Delitti denunciati							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CONTRO LA PERSONA								
Omicidio volontario	84 (13)	88 (14)	61 (11)	69 (15)	76 (9)	69 (11)	61 (20)	59 (7)
Lesioni personali dolose	717 (195)	786 (155)	802 (107)	1.003 (102)	1.762 (344)	1.869 (379)	1.955 (409)	1.956 (384)
violenze sessuali	63 (19)	81 (24)	79 (13)	66 (9)	105 (20)	109 (18)	99 (25)	142 (37)
TOTALE dei delitti	58.133 (12.886)	62.666 (12.040)	62.628 (11.197)	71.076 (12.546)	64.569 (13.577)	70.206 (14.909)	73.529 (16.038)	77.955 (17.338)

Le indagini multiscopo. Il numero di violenze sessuali denunciate per anno, dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria rappresentano la punta di un iceberg. **La dimensione del fenomeno** è stata centrata dall'ISTAT nel contesto dell'indagine multiscopo sulle famiglie **“Sicurezza dei cittadini”** che ha raccolto dati inerenti il sommerso della criminalità in generale e, quindi anche, **sulle molestie e le violenze sessuali** subite dalle donne nel 1997 e nel 2002.

Tra le 60.000 famiglie consultate nel 2002 sono state intervistate 22.759 donne di età compresa tra i 14 e i 59 anni. Ad esse è stato chiesto se, **nella loro vita, nei tre anni e nell'anno precedenti l'intervista**, avessero subito: molestie verbali e/o fisiche, atti di esibizionismo, telefonate oscene, pedinamenti, ricatti sessuali sul lavoro e **violenze o tentate violenze**. L'indagine permise di precisare, tra l'altro, il profilo del persecutore-aggressore e quello delle vittime, i luoghi in cui queste avevano subito il fatto, la capacità delle stesse di ricordare, parlare e di denunciare l'accaduto. Dalla lettura dei dati è emerso che: il tipo dei reati che le donne sono costrette a subire non cambia nel corso della vita. Le molestie verbali e le telefonate oscene risultano essere i reati più frequenti, mentre, ricatti sessuali sul lavoro e violenze sessuali sono i più rari.

Il 55,2% delle donne in età compresa tra i 14 e i 59 anni (9 milioni 750 mila), ha subito nell'arco della propria vita almeno una molestia a sfondo sessuale, mentre, il 2,9% (510 mila circa), è stata vittima di una violenza sessuale tentata o consumata. Le percentuali tendono a ridursi se consideriamo il periodo di tre anni e di un anno precedenti l'intervista. Dalla Tabella n. 3 si evince che il numero di violenze subite per anno dalle donne è di 53.000, in contrasto con le 2543 denunce effettuate dalle forze dell'ordine nel 2002. Da questo dato emerge che meno del 5% degli stupri sono stati denunciati, e ciò, è quanto confermato dall'inchiesta multiscopo.

Tabella n. 3*Tipi di reato sfondo sessuale*

	Donne che hanno subito violenze sessuali					
	tutta la vita in migliaia %		ultimi 3 anni in migliaia %		ultimi 12 mesi in migliaia %	
almeno una molestia	9.450	55,2	4.115	23,3	2.031	11,5
violenza tentata o consumata	510	2,9	123	0,7	53	0,3

Più del 90% delle vittime non ha denunciato la violenza subita. Solo il 7,4% delle donne che ha subito una violenza nel corso della vita e il 9,3% negli ultimi tre anni, ha sporto denuncia.

I motivi della mancata denuncia sono molteplici, ma sono legati principalmente alla paura di essere giudicate male o di non essere credute, al senso di vergogna o di colpa, alla paura dell'aggressore. Il 16,8% ha dichiarato che il fatto non era abbastanza grave.

Gli autori delle violenze sono soprattutto persone note alle vittime. I dati dell'indagine indicano che negli ultimi tre anni, il 17,3% delle vittime ha subito violenze da sconosciuti, mentre il 29,0% le ha subite da amici, il 14,2% da persone conosciute e il 21,6% da familiari.

In relazione al luogo: negli ultimi tre anni, il 28,8% delle vittime ha subito violenza per strada, mentre, il 37,7% ha subito violenza a casa propria o in luoghi familiari.

In relazione all'età: le donne che nel corso della vita sono state più frequentemente vittime di violenze tentate o consumate hanno età compresa tra i 25 e i 44 anni (3,6%), mentre, le donne di età compresa tra i 14 e i 24 anni sono le più vittimizzate (1,4% negli ultimi 3 anni e 0,6% negli ultimi 12 mesi) rispetto alle altre, se si fa riferimento ai periodi più recenti. I motivi di questa apparente discrepanza sono dovuti al fatto che quando si considera l'intero arco temporale di vita, assume maggior peso la durata del periodo di esposizione al rischio che è maggiore per le donne tra 25 e 44 anni, mentre, quando l'analisi è ristretta a periodi più brevi, la minore età della vittima risulta essere la caratteristica determinante.

In relazione al titolo: i tassi di vittimizzazione più elevati, riferiti sia alla vita che ai periodi più recenti, sono associati al titolo di studio alto (3,6 0,8 e 0,3% per diploma superiore).

In relazione alla posizione occupazionale: i tassi di vittimizzazione più elevati, riferiti sia alla vita che ai periodi più recenti, sono associati alla posizione lavorativa (5,8 0,5 e 0,1% per dirigenti). In questo gruppo vanno inserite le donne che sono alla ricerca di un secondo impiego (7,3 1,5 e 0,5%) e le studentesse (2,5 1,7 e 0,8%).

In relazione alla frequenza di uscita serale e di utilizzo del mezzo pubblico: sia in riferimento agli ultimi tre anni che agli ultimi tre mesi, sono maggiormente esposte le donne che escono frequentemente la sera (0,9% e 0,6%) e che usano mezzi pubblici.

Come evidenziato dalla letteratura internazionale, dati più precisi in tema di violenze si ottengono in indagini dedicate all'argomento e nel 2007 l'ISTAT ha presentato i risultati di una indagine riservata interamente al fenomeno della violenza contro le donne dal titolo "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia". Dal gennaio all'ottobre 2006 furono intervistate 25 mila donne tra i 16 e i 70 anni a cui fu chiesto di rispondere a domande su violenze fisiche, sessuali e psicologiche subite nell'arco della vita e nell'ultimo anno, in famiglia e fuori dalla famiglia, così ripartite:

1. **Violenza fisica:** minaccia verbale; spinta; afferrata o strattonata; colpita con un oggetto; schiaffeggiata; presa a calci, a pugni o a morsi; tentato strangolamento o soffocamento; ustione; minaccia con le armi.
2. **Violenza sessuale:** stupro; tentato stupro; molestia sessuale fisica; rapporti sessuali con terzi; rapporti sessuali non desiderati e subiti per paura; attività sessuali degradanti o umilianti.
3. **Violenza psicologica:** denigrazioni; controllo dei comportamenti; strategie di isolamento; intimidazioni; limitazioni economiche.

Limitando le nostre considerazioni alla violenza fisica e sessuale è possibile aggiungere alcune osservazioni a quelle evidenziate con l'indagine multiscopo del 2002. Circa 6 milioni e 793 mila donne (31,9% della classe di età studiata) nel corso della loro vita sono state vittime di violenza fisica o sessuale ed in particolare, 1 milione (4,8%) è stata vittima di uno stupro o di un tentativo di stupro; il partner concretizza soprattutto violenza fisica (12%), mentre la violenza sessuale è attuata soprattutto da un non partner (20,4%); in casi di stupro o di tentato stupro non sono state osservate differenze significative tra partner e non partner (2,4-2,9%). Questo andamento è confermato dalle violenze subite dalle donne nell'ultimo anno di vita, in cui si evidenzia che 63.886 sono stati gli stupri o i tentativi di stupri (0,3%).

Valutazioni medico-legali

La definizione clinica di violenza sessuale presuppone che la persona abusata sia stata penetrata a livello vaginale, anale e/o orale, senza consenso. Va ricordato che qualunque approccio sessuale che un adulto ha con un minore di anni 14 è considerato una violenza sessuale e che vi sono forme di violenza, come l'esibizionismo, che non necessitano del contatto fisico. Presso un pronto soccorso possono presentarsi, inoltre, persone con sindromi ansiose, disturbi

post traumatici, depressione; sindromi legate ad uso di alcol, sostanze stupefacenti, a lesioni auto-inferite, e la cui manifestazione può sostenere un ruolo che può confondere l'esaminatore. È compito del medico di pronto soccorso recepire eventuali dichiarazioni ed assolvere alle disposizioni di Legge, qualora ne sussistano i requisiti, e dopo aver eseguito un'attenta visita medica con obiettività generale e mirata allo studio della regione genitale e di quelle aree topografiche di rilievo, riportando su una adeguata modulistica la lesività oggettivabile (es: ecchimosi, ferite lacero contuse, ferite da taglio, escoriazioni, sugellazioni), e quant'altro utile ai fini della diagnosi. È indispensabile rassicurare, ed ascoltare con attenzione le dichiarazioni delle vittime al fine di ricostruire l'accaduto. Nel caso di utilizzo dello speculum o del rettoscopio, le donne dovrebbero essere informate, così come dovrebbero essere rassicurate sullo stato dei genitali perché spesso si convincono che hanno subito danni che renderanno evidente agli altri la violenza subita. La visita medica a fini accertativi, soprattutto in presenza di ferite e/o sanguinamenti, dovrebbe essere realizzata immediatamente e non oltre le 72 ore dall'accaduto. Ogni segno di trauma dovrebbe essere accuratamente descritto e fotografato. È utile predisporre per la raccolta di campioni biologici mediante tamponi sterili, prelievi multipli di sangue ed urine. Queste sono operazioni finalizzate: a raccogliere materiale organico rilasciato dall'aggressore sulle superfici cutanee, sulle formazioni pilifere o a livello degli orifizi anale, vaginale, buccale ed auricolare; a rilevare/escludere eventuali gravidanze; ad evidenziare la presenza di infezioni sessualmente trasmissibili; e/o la presenza di sostanze farmacologicamente attive utilizzate prima, durante o dopo la violenza. Nel periodo che intercorre tra l'ipotizzato momento dell'aggressione a sfondo sessuale e l'accertamento clinico/forense, la persona abusata non dovrebbe aver fatto uso di detergenti. Le tracce biologiche andrebbero raccolte quanto prima, a mezzo tamponi sterili, perché negli orifizi si degradano in meno di 10 giorni dalla deposizione. Gli indumenti andrebbero conservati in contenitori di carta, mentre, i tamponi biologici posti in idonei contenitori, andrebbero conservati a -30°C o, essiccati e quindi conservati in buste di carta.

Al fine di una corretta ricostruzione dell'accaduto, è indicato far denudare la vittima su un telo e raccogliere gli indumenti indossati al momento dell'aggressione per la ricerca di tracce di sperma, formazioni pilifere, saliva, sangue che potrebbero essere stati rilasciati dall'aggressore o dalla vittima. È altresì, importante raccogliere qualunque residuo di natura inorganica e osservare l'eventuale forma e distribuzione di tracce ematiche. Sulla testa e sulle regioni corporee che presentano abbondanza di formazioni pilifere è indicato passare un pettine, monouso o sterilizzato, a denti stretti e repertare tutto ciò che viene raccolto dallo stesso. Gli indumenti ed i campioni non utilizzati a fini diagnostici vanno opportunamente etichettati, sigillati, conservati, e messi a disposizione dell'Autorità Giudiziaria. La vittima ha sei mesi di tem-

po per sporgere denuncia, ma nei casi in cui è coinvolto un minore di anni quattordici o in caso di omicidio si procede d'ufficio. Quando la vittima è un minore, la visita medica dovrebbe essere effettuata in presenza di un genitore che sicuramente è estraneo ai fatti e si dovrebbero utilizzare i disegni o le bambole in sostituzione di un linguaggio verbale che potrebbe risultare sconosciuto ai bambini. A tale approccio, inoltre, conferirebbe certamente maggiore efficacia accertativa la presenza di uno psicologo con comprovata esperienza nel settore e riconosciuta formazione giuridica, in modo da coinvolgere già nelle prime fasi dell'indagine elementi tecnici sia di natura medico legale che psicologica verso una corretta interpretazione (Giusti, 1998; Cattaneo e coll., 2006; Mein, 2003; Committee on Child Abuse, 1999).

Catena di custodia

La catena di custodia è distinguibile in esterna (raccolta e trasporto del campione) ed interna (ricezione, conservazione, analisi, eliminazione del campione). Tutte le operazioni compiute sulla scena del crimine, sia presso il pronto soccorso che nella successiva sede di laboratorio devono essere adeguatamente documentate mediante la compilazione di una corrispondente modulistica (con i riquadri per la registrazione di ora, data e firma di chi esegue l'operazione), o la produzione di materiale fotografico e/o filmato. Gli oggetti repertati vanno riposti in singoli contenitori sigillati identificati ed identificabili mediante una scritta alfanumerica che accompagni i reperti e gli eventuali campionamenti, anche quelli compiuti in laboratorio. Le procedure che andrebbero documentate sono: affidabilità del campionamento, iter di trasporto, conservazione del campione, fase analitica, validazione e refertazione. La catena di custodia serve a garantire la corrispondenza tra reperto/prelievo, la conservazione delle caratteristiche organolettiche del reperto prelevato e quindi, l'idoneità dello stesso a fornire un profilo genetico, o ad evidenziare la presenza sostanze psicoattive e di patogeni sessualmente trasmissibili. In casi di violenza sessuale bisogna evidenziare che è richiesta la collaborazione di più esperti, che entreranno in azione a vario titolo e soprattutto in tempi e luoghi diversi (Gagliano Candela R., 2001).

Screening tossicologico

Fin dalla metà degli anni 90 è stato osservato che donne stuprate sotto l'effetto di sostanze ad azione sedativo-ipnotica (alcol etilico e benzodiazepine), non erano riuscite a reagire all'aggressione e molte presentavano amnesia anterograda. In una indagine condotta in America nel 2007 fu dimostrato che il 2,3% delle donne intervistate telefonicamente era stato stuprato quando era sotto l'effetto di sostanze psicoattive. Dati sovrapponibili sono stati pubblicati

anche da gruppi europei. Le violenze si verificano nei bar o nei luoghi dove il consumo di alcolici è maggiore, e sono commesse da persone sconosciute. Le vittime sono soprattutto donne di età compresa tra 15 e 17 anni, si presentano con ritardo al pronto soccorso, non sono in grado di riconoscere l'aggressore, in genere non mostrano ferite, ma presentano i segni caratteristici dell'uso recente di sostanze psicotrope. In uno studio retrospettivo pubblicato nel 2009 da Du Mont J. et all. si è asserito che in base alla sintomatologia e alle dichiarazioni rese al pronto soccorso è possibile ipotizzare che il 20% delle persone abusate ha fatto uso di alcol e sostanze stupefacenti prima della violenza. Oltre alle dichiarazioni che orientano il medico per una violenza sessuale, presentano almeno uno di sedici sintomi riportati in Tabella n. 4. Nella tabella sono riportate le percentuali indicate nel lavoro.

Tabella n. 4

Segni diretti ed indiretti di una violenza sessuale favorita dall'uso di sostanze psicotrope

violenza sessuale	vittime %
sensazione che qualcosa di strano o di sessuale sia avvenuto	51,1
al risveglio è vestita disordinatamente e/o è seminuda	42,4
sa che è stata aggredita sessualmente	29,4
presenta inspiegabili ferite (graffi o abrasioni) sul corpo	23,9
al risveglio trova una persona estranea nel suo letto o in casa	23,4
presenta inspiegabili sanguinamenti o abrasioni in regione genitale, anale o orale	17,4
un testimone l'ha vista in circostanze equivoche	16,3
non sa spiegare la presenza di fluidi corporei (sperma) e/o materiali (profilattici) presenti sul suo corpo o nelle vicinanze	13,6

Le sostanze da ricercare sono molteplici e sono caratterizzate, in genere, da una breve emivita: **L'alcol etilico** è la sostanza maggiormente rilevata nei liquidi biologici prelevati alle persone che hanno subito violenze sessuali. I suoi effetti (disinibizione, perdita del controllo motorio, coma, paralisi centri del respiro), sono legati alla quantità ingerita e alla capacità dell'assuntore di metabolizzarlo. Il suo uso è legale e quindi, l'abusato non si insospettisce del comportamento dell'abusante. **Le benzodiazepine** sono utilizzate come tranquillanti, anticonvulsivanti, ipnotici, sedativi, muscolo rilassanti e producono amnesia anterograda, così come **zopiclone, zolpidem, e zaleplone**, membri dell'ultima generazione di agenti ipnotici non benzodiazepinici. **L'acido-idrossi-butirrico** (GHB) è utilizzato per il trattamento dei sintomi della narcolessia, e, raramente, come anestetico per via intravenosa. Dalla fine degli anni 90' è utilizzato nei droga party con il nome di "Ecstasy liquida o Fantasy". Il butirro-lattone (GBL) e l'1,4 butandiolo (BDO) sono metabolizzati a GHB.

La **ketamina** è un anestetico che a basse dosi ha attività psichedelica, mentre la **scopolamina** è un alcaloide allucinogeno, **Antistaminici H1** di prima generazione hanno effetti antagonisti sul recettore muscarinico (difenidramina), dopaminico e serotoninico (prometazina). Sono utilizzati per gli effetti anticolinergici. **Muscolo rilassanti** (carisoprodolo e ciclobenzaprina), e sostanze volatili (etere, cloroformio ed ossido d'azoto) hanno effetto sedativo. Sono difficilmente individuabili perchè rapidamente eliminati. **Isoamile nitrito, butile nitrito, isobutile nitrito** sono volatili, hanno un marcato effetto vasodilatatore e muscolo rilassante, anche sugli sfinteri anali e vaginali. Erano venduti in piccole ampolle di vetro che venivano rotte per liberarne i vapori. Si produceva un caratteristico rumore "popping sound" da cui il termine "poppers". **Gli Ipnotici** (barbiturici e cloralio idrato), **gli antiipertensivi** come la clonidina, **neurolettici atipici** (clozapina) e **droghe a carattere depressivo** (marijuana, oppiacei), o **eccitatorio** (cocaina, amfetamine, ecstasy) sono usualmente utilizzate (Papadodima, 2007).

In relazione alle modalità di somministrazione e alle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche si deve considerare che il numero di sostanze da ricercare sia relativamente alto, e che nei campioni biologici prelevati siano presenti in bassa concentrazione, singolarmente e/o in associazione. La metodologia utilizzata per l'estrazione, separazione ed identificazione deve presentare un alto grado di specificità ed accuratezza e non può prescindere da una massa associata ad un sistema cromatografico.

Screening diagnostico

Lo screening diagnostico deve essere mirato alla ricerca di principi che siano indicativi di gravidanza e/o di infezioni opportunistiche che maggiormente possono trasmettersi perché grandemente diffuse nella popolazione.

Il rischio di gravidanza è legato alla possibilità che lo stupro sia avvenuto ai danni di una donna in fase ovulatoria. Si deve escludere, però, la possibilità che la donna fosse già gravida al momento del fatto per valutare l'iter di un eventuale interruzione di gravidanza. Sarebbe opportuno seguire per un breve periodo di tempo l'andamento della B-HCG su un campione plasmatico della vittima.

La ricerca dell'agente eziologico di infezione può essere realizzata con tecniche di PCR o con l'esame colturale sui tamponi praticati alla vittima. Non sempre la presenza di un patogeno sessualmente trasmissibile è da associare ad un rapporto sessuale. Infezioni da HIV, Neisseria Gonorreae, Treponema Pallidum, Chlamydia Trachomatis possono essere state acquisite nel periodo perinatale e persistere anche per 2-3 anni (Chlamydia Trachomatis), mentre, infezioni da HBV o da HPV sono facilmente trasmesse da una persona all'altra in ambito familiare.

La ricerca di anticorpi specifici può essere realizzata su siero da sangue prelevato alla vittima. Non sempre è indicativa di una infezione recente ma, di una infezione cronica e/o pregressa. L'assenza di anticorpi indica un potenziale rischio per la contrazione di infezione sessualmente trasmissibili e la persona deve essere seguita per almeno 12 settimane dalla violenza ad intervalli di 1-2 settimane (Christofides, 2005).

In Tabella n. 5 sono schematizzati i test che possono essere realizzati per la ricerca dell'agente eziologico della malattia e dei relativi anticorpi.

Tabella n. 5
Screening infezioni sessualmente trasmissibili

agente eziologico	ricerca antigene	ricerca anticorpi su siero
HIV	RNA - DNA in PCR da tampone e su sangue	ELISA/Immunoblotting
HBV	DNA in PCR da tampone e su siero HBSAG su siero	HBCAB HBCAB IgM HBSAB
HPV	DNA in PCR tampone, urine, e cellule epiteliali	ELISA
HSV GENITALIS	DNA in PCR tampone e urine	ELISA IgG ed IgM
TREPONEMA PALLIDUM	DNA in PCR da tampone, sangue e urine	TPHA FTA ABS ELISA IgG IgM
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	DNA in PCR da tampone e urine	ELISA ?
NEISSERIA GONORRHOEAE	DNA in PCR da tampone COLTURA da tampone	ELISA ?
TRICHOMONAS VAGINALIS	DNA in PCR da tampone Microscopia da tampone	?

Screening genetico

L'efficacia del test del DNA come prova di una violenza sessuale è dovuta alla notevole disponibilità del materiale biologico prodotto in seguito all'aggressione e reperibile sulla scena del crimine, sulla vittima e sui suoi indumenti. L'esame deve essere realizzato per confronto con campioni di riferimento da cui ottenere profili certi. I campioni di riferimento più comunemente utilizzati sono sangue e saliva della vittima e del/dei sospettati. Previa estrazione del DNA (Budowle, 2000; Gill, Werrett, 1985; Qiagen, 2001), e

successiva quantificazione (Afonía, 1997; Walsh, 1992; DNA Advisory Board, 2000), i sistemi analitici prevedono lo studio simultaneo, mediante amplificazione multiplex in PCR, delle STR (Short Tandem Repeats), e successiva separazione ed identificazione in elettroforesi capillare (Urquhart, 1996; Kimpton, 1996; Spakes, 1996). Le regioni amplificate sono di piccole dimensioni e quindi meno soggette a fenomeni di degradazione, per questo si possono studiare reperti molto vecchi e degradati. Lo studio delle STR nasce come studio delle regioni autosomiche, ma, è stato esteso anche alle STR della regione non ricombinante del cromosoma Y (Gusmao, Carracedo, 2003; Roewer, 2001; Butler, 2002) e del cromosoma X (Aler, 2007; Dorit, 2008). Il nostro protocollo analitico prevede sempre la diagnosi orientativa, generica, specifica ed individuale (Abbott, 1997; DPC, 2003). Relativamente al liquido seminale, l'iter è maggiormente articolato per la necessità di porre diagnosi individuale dopo lisi differenziale (Wiegard, 1992; Tereba, 2004; Olson, 2007). Lo sperma è spesso commisto a fluido vaginale e questo comporterebbe l'ottenimento di un profilo misto maschio/femmina.

La diagnosi orientativa si realizza con l'uso di una lampada a lunghezza d'onda tra 365 e 410 nm. Le aree su cui è adsorbito sperma, presentano una caratteristica luce di fluorescenza bianco – azzurrognola, e saranno utilizzate per le successive indagini. **La diagnosi generica e specifica** si ottiene con l'osservazione microscopica, la ricerca del PSA, e/o di altre proteine specifiche quali la semenogelina. **La diagnosi individuale** si ottiene dopo la lisi differenziale della frazione cellulare epiteliale rispetto a quella delle teste spermatiche. Successivamente si estrae ed amplifica il DNA. Essa consente la caratterizzazione del profilo autosomico femminile dalla frazione epiteliale e, la caratterizzazione del profilo autosomico maschile con relativo aplotipo Y dalla frazione spermatica. Il DNA estratto è preliminarmente quantificato secondo una procedura REAL-TIME PCR. Lo studio delle STR autosomiche prevede l'analisi dei 13 loci raccomandati dal CODIS (Combined DNA Index System) ai laboratori Forensi degli Stati Uniti (D8S1179; D21S11; D7S820; HUMCSF1PO; D3S1358; HUMTH01; D13S317; D16S539; HUMvWA; HUMTPOX; D18S51; D5S818; HUMFGA), e l'analisi delle regioni D2S1338; D19S433; PENTA E; PENTA D. Le STR dell'Y analizzate sono localizzate nella regione non ricombinante del cromosoma Y e comprendono i markers dell'EMH (European Minimal Haplotype), dell'International Y_STR User Group (DYS391; DYS389I/II; DYS19; DYS392; DYS393; DYS390; DYS385 a/b), e quelli dello SWGDM (Scientific Working Group on DNA Analysis Methods) (DYS391; DYS389I/II; DYS439; DYS438; DYS19; DYS392; DYS393; DYS390; DYS385 a/b).

La nostra esperienza

Nel periodo 2006–2009 sono pervenuti alla nostra attenzione casi relativi a donne che avevano subito violenza fisica e/o sessuale e per i quali era stato richiesto il nostro intervento da parte dell’Autorità Giudiziaria. La nostra attenzione si è concentrata sugli aspetti di laboratorio relativi ai 36 casi di violenza sessuale per i quali è stato possibile porre una diagnosi medico-legale di certezza. Sono stati confrontati, quindi, i risultati ottenuti con quanto riportato in letteratura o con quanto si evince dalle indagini ISTAT sulle violenze contro le donne e sono stati verificati quali aspetti e quali procedure possono e devono essere migliorate, e/o realizzate al fine di fornire un servizio utile alla collettività e attraverso il quale ottenere un dato sintetico che non sia indicativo, ma che rappresenti un fenomeno che per molti versi non conosciamo abbastanza.

I casi analizzati, e sintetizzati in Tabella n. 6, riguardano donne di età compresa tra 4 e 90 anni, con una media di 32 ± 19 (m \pm s.d.), appartenenti ad ogni classe sociale, 3 delle vittime avevano età inferiore ai 14 anni e 4 erano immigrate. In 5 casi la violenza si è conclusa con la morte della persona aggredita. In due, la morte è sopraggiunta per asfissia meccanica da soffocamento, in altri due, per shock emorragico da ferite da taglio, ed in un altro, per trauma cranico da caduta. In un caso, la morte, avvenuta per soffocamento, ha permesso di evidenziare i segni di una pregressa violenza subita. Il 66,7% delle donne conosceva l’aggressore. Nel 16,7% dei casi si trattava di un familiare e nel 50,0% di un amico, mentre, nel 33,3% la violenza è avvenuta ad opera di uno sconosciuto o non si sono raccolte prove testimoniali in merito all’accaduto.

Tabella n. 6

La nostra esperienza

Periodo osservazione, anni: 2006 - 2009	
N casi Giudiziari analizzati: 36	
Età donne: anni; (m \pm s.d.): 4 - 90; (32 \pm 19)	
Minori di anni 14 coinvolti: N 3; Età in anni : 4, 7 e 13	
N 5 decessi associati alla violenza:	2 per asfissia meccanica da soffocamento 2 per ferite da taglio 1 per trauma cranico da caduta
N1 decesso con segni di pregressa violenza : asfissia meccanica da soffocamento	
Aggressore conosciuto dalla vittima : 66,7 % dei casi	
Violenza eseguita da : familiare nel 16,7 % dei casi amico nel 50,0 % dei casi sconosciuto nel 33,3% dei casi	



I prelievi biologici per le indagini microbiologiche e sierologiche non sono mai stati eseguiti sulle vittime e sugli aggressori. Sulle vittime non è stato mai fatto il monitoraggio della β -HCG per il monitoraggio della gravidanza.

I prelievi biologici per le indagini tossicologiche sulle vittime sono stati eseguiti nel 25,0% dei casi. In particolare, sono stati eseguiti in tutti i casi di morte e in un caso in cui la vittima era in evidente stato di intossicazione alcolica. L'analisi tossicologica ha confermato l'ipotesi ed ha evidenziato che anche una delle persone decedute era in uno stato di intossicazione acuta da alcol. I campioni prelevati sono sempre stati conservati correttamente a -30°C .

I prelievi biologici per le indagini tossicologiche sull'aggressore sono stati eseguiti nel 2,8% dei casi. In particolare sono stati sottoposti ad analisi tossicologica il sangue e le formazioni pilifere di un soggetto avvezzo all'uso di cocaina. I campioni prelevati sono stati ben conservati a -30°C .

I dati relativi allo screening diagnostico e tossicologico sono sintetizzati nella Tabella n. 7.

Tabella n. 7

Screening Diagnostico e Tossicologico

Screening diagnostico su vittima ed aggressore	non eseguito
Screening tossicologico su vittima	Eseguito nel 25,0% dei casi, sempre in corso di autopsia. Prelievo e conservazione campioni OK Presenza di alcol in due soggetti.
Screening tossicologico su aggressore	Eseguito nel 2,8% dei casi. Prelievo e conservazione campioni OK Presenza di cocaina in un soggetto

I reperti presenti sulla scena del crimine sono stati sequestrati per le analisi genetiche nel 22,2% dei casi e il 50% delle volte sono stati conservati bene, mentre, nell'altro 50% dei casi sono stati conservati in contenitori di plastica o in sacchi di cellophane che hanno indotto lo sviluppo di muffe, mentre, dovevano essere conservati in contenitori di cartone o carta che avrebbero consentito l'evaporazione dell'acqua. **I reperti sequestrati** sono sempre stati sottoposti ad indagini genetiche.

I vestiti indossati dalla vittima sono stati requisiti per le indagini genetiche nel 44,4% dei casi e il 62,5% delle volte sono stati conservati bene. Il 27,5% delle volte sono stati conservati in modo non idoneo. **I vestiti requisiti** sono sempre stati sottoposti ad indagini genetiche.

I prelievi biologici sull'aggressore per le indagini genetiche sono stati eseguiti il 61,1% delle volte. In tutti i casi sono stati realizzati i tamponi buccali che sono stati conservati in modo idoneo a -30°C . Sono sempre



state eseguite le indagini genetiche ed i profili ottenuti sono stati utilizzati come riferimento.

I prelievi biologici sulla vittima per le indagini genetiche sono stati eseguiti il 94,4% delle volte. Non sono stati eseguiti prelievi in due casi, e sono sempre stati eseguiti in sede autoptica. Il profilo genetico della vittima è stato ottenuto dai tamponi buccali praticati alla stessa e conservati in modo ottimale a -30°C . Il 61,1% delle volte sono stati praticati tamponi vaginali, il 27% delle volte sono stati praticati tamponi rettali, mentre, lo scraping subungueale è stato realizzato solo in sede autoptica. In due casi sono stati preparati vetrini per l'osservazione microscopica. Sui campioni prelevati sono sempre state eseguite le indagini genetiche il 22% dei tamponi vaginali e l'8% dei tamponi rettali sono stati conservati in condizione non idonee, mentre, gli altri sono stati ben conservati a -30°C .

La diagnosi di sperma è stata confermata su 14 tamponi vaginali dei 22 praticati, e su 2 tamponi rettali dei 10 praticati. Rappresentano, rispettivamente il 63,6% e il 20,0% dei tamponi analizzati. Dai 22 tamponi vaginali e dai 10 tamponi rettali praticati è sempre stato estratto il profilo della vittima e dell'aggressore.

Il 61,1% dei casi si è concluso con l'ottenimento del profilo genetico dell'aggressore dagli indumenti della vittima e/o dai tamponi praticati alla stessa.

I dati relativi allo screening genetico sono sintetizzati nella Tabella n. 8.

Tabella n. 8
Screening Genetico

Reperti sequestrati da scena del crimine	22,0% dei casi e il 50,0% delle volte sono stati conservati bene.
Screening su reperti sequestrati	100 % dei casi
Indumenti requisiti alle vittime	44,4% dei casi e il 62,5% delle volte sono stati conservati bene.
Screening su indumenti requisiti	100% dei casi
Prelievi biologici sulla vittima	94,4% dei casi. Sempre in sede autoptica. Scraping subungueale solo in sede autoptica. 94,4% tamponi buccali. Conservati OK 61,1% tamponi vaginali Il 78,0% conservati OK 27,7% tamponi rettali. Il 92% conservati OK
Prelievi biologici sull'aggressore	61,1% dei casi. Conservati OK
Diagnosi di sperma confermata su	14/22 tamponi vaginali 2/10 tamponi rettali
Profilo genetico vittima e aggressore	OK sui 22 tamponi vaginali OK su 10 tamponi rettali
Profilo genetico della vittima OK	94,4% dei casi
Profilo genetico dell'aggressore	OK 61,1% dei casi



Conclusioni

Quanto riportato in letteratura e rilevato dalle indagini ISTAT e CENSIS, è confermato dalla nostra esperienza professionale. Sono potenzialmente esposte a violenza sessuale donne di ogni età e ceto sociale, e soprattutto, il più delle volte gli aggressori sono individui conosciuti alle vittime. Non sono stati ottenuti dati sulle malattie sessualmente trasmissibili perché non sono stati realizzati prelievi idonei ad identificarle, così come scarse sono le informazioni ottenute sulla presenza ed influenza delle sostanze psicoattive sul comportamento dell'aggressore e quindi della vittima. I prelievi di liquidi biologici sono stati realizzati solo in sede di esame autoptico o nei casi in cui vi era più che il sospetto che vittima e/o aggressore fossero in uno stato di intossicazione acuta o cronica da sostanze psicotrope. Ai fini delle indagini genetiche, sulla scena del crimine non sempre sono stati raccolti reperti conservati in modo idoneo. Nonostante ciò, nel 61,1% dei casi è stato ottenuto il profilo dell'aggressore e quindi sono stati creati i presupposti per la sua identificazione che è stata ottenuta nel 55,6 % dei casi.

In conclusione, in un'indagine complessa come quella relativa ad un caso di violenza sessuale, in cui cooperano, simultaneamente e/o in successione, molteplici figure professionali, è d'obbligo seguire un protocollo operativo che consenta ad ognuno di operare nel migliore dei modi, e soprattutto di relazionarsi agli altri, al fine di ottenere il risultato atteso che, da un lato deve assicurare alla Giustizia l'aggressore, e dall'altro deve garantire alla vittima un adeguato supporto medico, psicologico e tecnico.

L'analisi della realtà giudiziaria della provincia ha consentito di imprimere nelle Istituzioni la consapevolezza che è necessario contrastare il fenomeno mediante la promozione della istituzionalizzazione di un Centro Antiviolenze presso il Policlinico dell'Università Magna Graecia di Catanzaro e nella formazione di un gruppo multidisciplinare di professionisti e ricercatori finalizzato alla redazione ed implementazione di linee guida sempre aggiornate ed in linea con le più recenti evoluzioni tecnico-scientifiche, nonché per la formazione di personale specializzato nel management clinico e medico legale delle vittime di reati sessuali. Il Centro deve essere di riferimento per le vittime di violenze sessuali e deve cooperare con l'Ufficio di Procura al fine di ottimizzare l'approccio operativo delle forze di polizia nei confronti delle vittime che sporgono denuncia e/o per la raccolta e la conservazione dei reperti sulla scena del crimine.





Bibliografia

- AFONINA I., ZIVARTS M., KUTYAVIN I., LUKHTANOV E., GAMPER H., MEYER RB. (1997): "Efficient priming of PCR with short oligonucleotides conjugated to a minor groove binder", *Nucleic Acids Res.*, 25, 2657-2660.
- ABBOTT DIAGNOSTICS DIVISION (1997): "Axsym System Total PSA" ref. 3C19-20, Germany.
- ALER M., SANCHEZ DIZ P., GOMES I., GISBERT M., CARRACEDO A., AMORIM A., GUSMAO L. (2007): "Genetic data of 10 X-STRs in Spanish population sample", *Forensic Sci. Int.*, 173, 193-196.
- BUDOWLE B. (2000): *DNA Typing Protocols: Molecular Biology and Forensic Analysis*. Eaton Publishing, Natick, MA.
- BUTLER J.M., SCHOSKE R., VALLONE P.M., KLINE M.C., REDD A.J., HAMMER M.F. (2002): "A novel multiplex for simultaneous amplification of 20 Y chromosome STR markers", *Forensic Sci. Int.*, 129, 10-24.
- CATTANEO C., GENTILOMO A., MOTTA T., RUSPA M. (2006): "*Abuso e violenza sessuale*". Edi-ermes, Milano.
- CHRISTOFIDES N. J. (2005): "Other patients are really in need of medical attention, the quality of health services for rape survivors in South Africa", *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 7, 495-505.
- COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (1999): "Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children", *Pediatrics*, 103, 1, 186-191.
- DIAGNOSTIC PRODUCTS CORPORATION (2003): "Immulate PAP", Pilkpa-3, Los Angeles US.
- DNA Advisory Board (2000): "Quality assurance standards for forensic DNA testing laboratories", *Forensic Science Communications*, July.
- BECKER D., RODIG H., AUGUSTIN C., EDELMANN J., GOTZ F., HERING S., SZIBOR R., BRABETZ W. (2008): "Population genetic evaluation of eight X-chromosomal short tandem repeat loci using Mentype Argus X-8 PCR amplification kit", *Forensic Sci. Int. Gen.*, 2, 69-74.
- DU MONT J., MACDONALD S., ROTBARD N., ASLLANI E., BAINBRIDGE D., COHEN M.M. (2009): "Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault", *CMAJ*, 180, 5, 513-519.
- GILL P., JEFFRY A.J et WERRETT DJ (1985): "Forensic application of DNA fingerprints", *Nature*, 318, 577-579.
- GAGLIANO CANDELA R. (2001): *Tossicologia Forense*. Giuffrè, Milano.
- GIUSTI G. (1998): *Trattato di Medicina Legale e Scienze affini*. Cedam, Padova.
- GUSMAO L., GARRACEDO A. (2003): "Y chromosome-specific STRs", *Profiles in DNA*, 6, 3-6.
- FRAZIER R.R., MILLICAN E.S., WATSON S.K., OLDROYD N.J., SPARKIES R.L., TAYLOR K.M., PPANCHAL S., BARK L., KIMPTON C.P., GILL P.D. (1996): "Validation of Applied Biosystem Prism 377 Automated Sequencer for the Forensic STR Analysis", *Electrophoresis*, 17, 1550-1552.
- MEIN J. K., PALMER C.M., SHAND M.C., TEMPLETON D.J., PAREKH V., MOBBS H., HAIG K., HUFFAM S.E., YOUNG L. (2003): "Management of acute adult sexual assault", *MJA*, 178, 3, 226-230.
- OLSON R., COWAN C. (2007): "Automating the Differex™ System", *Promega Profiles in DNA*, 10(2), 19.
- PAPADODIMA S.A. (2007): "Toxicological investigation of drug-facilitated sexual assaults", *Int. J. Clin. Pract.*, 61, 2, 259-264.
- QIAGEN (2007): *QIAamp DNA Mini Kit and QIAamp DNA Blood Mini Kit*.
- RICCI P. (2004): "Medicina Sociale. Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia", pp. 1175-1179, Elledici, Torino.





- ROEWER L., KRAWCZAK M., WILLUWEIT S., NAGY M., ALVES C., AMORIM A., ANSLINGER K., AUGUSTIN C., BETZ A., BOSCH E., CAGLIA A., CARRACEDO A., CORACH D., DEKAIRELLE A.F., DOBOSZ T., (2001): "Online reference database of European Y-chromosomal short tandem repeat (STR) haplotypes", *Forensic Sci. Int.*, 118, 106-113.
- SPARKERS R., KIMPTON C., WATSON S., OLDROYD N., CLAYTON T., BARNETT L., ARNOLD J., THOMPSON C., HELE R., CHAPMAN J., URQUAHART A., GILL P. (1996): "The Validation of a 7-Locus Multiplex STR Test for Use in Forensic casework", *Int. J. Legal Med.*, 109, 186-194.
- TEREBA A., FLANAGAN L., MANDREKAR P., OLSON R. (2004): "A new, Rapid Method to Separate Sperm and Epithelial Cells", *Promega Profiles in DNA*, 7, 2, 8.
- KIMPTON C.P., OLDROYD N.J., WARSON S.K., FRAZIER R.R., JOHNSON P.E., URQUHART A., SPARKERS B.L., GILL P. (1996): "Validation of Highly Discriminating Multiplex STR Amplification System for Individual Identification", *Electrophoresis*, 17, 1283-1293.
- WALSH P.S. (1992): "A rapid chemiluminescent method for quantification of human DNA", *Nucleic Acid Research*, 20, 19, 5061-5065.
- WIEGARD P., SCHUREKAMP M., SCHUTTE U. (1992): "DNA extraction from mixtures of body fluid using mild preferential lysis", *Int. J. Legal Med.*, 104, 359 ss.



