

 <p>OSPEDALE PEDIATRICO <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione <b>“Santobono - Pausilipon”</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> percorso M.A.I.A. Pag. 1 di 6 Data: xx/xx/xxxx</p>
--	--	--

## MODULO INFORMATIVO RELATIVO ALLE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE MINORE:

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il presente modulo è stato consegnato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a:**

genitore 1 (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

genitore 2 (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

### **oppure, quando ricorra il caso:**

rappresentante legale del minore in qualità di \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

### **Trattamento proposto:**

## **PERCORSO M.A.I.A. - REPERTAZIONE A SCOPO FORENSE**

Di seguito sono riportate le informazioni sul trattamento consigliato e sulle possibili alternative. Tali informazioni hanno carattere generale e servono ad integrare quelle che saranno fornite dal Medico, in relazione alle specifiche condizioni cliniche.

### **Descrizione dello stato clinico del paziente**

Il Percorso M.A.I.A. è rivolto a tutti i minori che hanno subito violenza, maltrattamenti, abusi, discriminazioni. Comprende, oltre alla gestione della situazione clinica, una accurata anamnesi attuale e passata al fine di ricostruire l'eventuale storia di abuso che, unitamente alla raccolta di eventuali reperti forensi per documentare la violenza subita, costituisce una documentazione che potrebbe rendersi necessaria immediatamente o, in futuro, per intraprendere un solido percorso giudiziario.

Di fronte a episodi di violenza fisica avvenuti da poco tempo è infatti molto importante che l'intervento sanitario in emergenza/urgenza tenga conto, oltre che degli aspetti clinici, anche delle successive implicazioni medico - legali. È necessario quindi che il medico possa da una parte refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti

della violenza subita attraverso la visita medica e l'ispezione corporale, dall'altra fare una corretta raccolta di eventuali tracce biologiche che potrebbero costituire, in caso di indagine giudiziaria, degli elementi di prova. Nell'ambito della visita quindi, qualora il Medico sospetti l'ipotesi di un contatto con i liquidi biologici dell'aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc.), saranno anche ricercate e repertate le tracce di materiale biologico.

Tali tracce potrebbero essere presenti anche sugli indumenti se indossati al momento dell'aggressione.

Tutti i campioni prelevati così come eventuali indumenti necessitano di una conservazione adeguata che può essere garantita solo in contesti specifici e non autonomamente dalla persona stessa.

L'AORN Santobono-Pausilipon non procede direttamente all'effettuazione di indagini genetico-forensi, ma solo alla acquisizione dei campioni e alla loro conservazione.

### **Descrizione del trattamento**

Con "repertazione" si indica quell'insieme di operazioni mediante le quali sono raccolte le tracce di un reato che potrebbero costituire fonte di prova, secondo metodologie che non ne alterino le caratteristiche evitando, allo stesso tempo, la contaminazione con altre tracce e da parte del personale operante.

Il percorso viene modulato in base alla sua situazione specifica e alla tipologia di violenza subita (fisica e/o sessuale) e nel suo complesso può prevedere ai fini medico-legali:

- 1) visita medica e ispezione corporale, finalizzata alla rilevazione e documentazione della violenza subita, con descrizione della presenza di eventuali lesioni fisiche. La documentazione si avvale anche di materiale fotografico.
- 2) visita ginecologica, in caso di violenza sessuale su soggetto di sesso femminile, finalizzata alla rilevazione e documentazione della violenza subita, con descrizione della presenza di eventuali lesioni fisiche
- 3) prelievi durante le visite di liquidi biologici dalle mucose dei genitali o da altre regioni anatomiche per accertamenti di genetica forense (tipizzazione DNA aggressore)
- 4) prelievo di sangue per analisi del DNA del/della minore, necessario per poterlo distinguere da quello dell'aggressore
- 5) prelievi di sangue e urine per esami tossicologico-forensi finalizzati alla ricerca delle principali sostanze psicoattive/d'abuso.

Verranno altresì raccolti e conservati gli indumenti se si ipotizza la presenza su di essi di tracce biologiche.

Il personale seguirà le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione e a garantire la catena di custodia. Salvo il caso in cui il materiale raccolto sia immediatamente prelevato dall'Autorità Giudiziaria, lo stesso sarà conservato in modo adeguato dall'AORN per un periodo di 24 mesi durante il quale sarà a disposizione dell'Autorità Giudiziaria per gli accertamenti ritenuti necessari presso il Laboratorio genetico-forense da essa individuato. Dopo tale periodo, previo consenso dell'Autorità Giudiziaria, tutto il materiale sarà eliminato.

### **Rischi, complicanze, effetti collaterali**

Non sussistono rischi, complicanze o effetti collaterali specifici relativi l'acquisizione di materiale biologico

### **Benefici previsti**

Una esaustiva documentazione clinica e la raccolta di materiale biologico a scopo forense rappresentano un fondamentale strumento di garanzia in quanto utilizzabili e fruibili nel corso di un eventuale iter giudiziario per la ricostruzione dell'evento e fanno quindi parte dell'assistenza che necessariamente ogni persona che è stata vittima di violenza dovrebbe ricevere.

Anche nel caso l'iter giudiziario non fosse avviato d'ufficio contestualmente all'evento o lei non avesse intenzione al momento di procedere alla denuncia, è sempre comunque molto utile avere la possibilità di usufruire di materiale repertato, qualora nei mesi successivi, nei tempi previsti dalla normativa, si intendesse invece procedere in sede giudiziaria.

#### **Conseguenze in caso di rifiuto del trattamento**

In caso di rifiuto non sarà possibile avere a disposizione quanto potrebbe essere necessario in caso di iter giudiziario. Da tenere inoltre presente che con il passare delle ore diminuisce fino a scomparire del tutto la possibilità di reperire materiale biologico adeguato, quindi i prelievi difficilmente potrebbero essere fatti successivamente. Lei potrebbe anche prestare il suo consenso solo parzialmente, ma in questo caso non si potrà usufruire di tutte le opportunità date da una repertazione completa.

#### **Alternative terapeutiche**

Non sussistono alternative salvo quella di far effettuare la repertazione in tempi rapidi presso un altro Pronto Soccorso. Anche la conservazione non può essere fatta in modo autonomo in quanto le tracce devono essere conservate in modo da garantire sia la validità delle successive analisi di laboratorio, sia la possibilità di risalire dai verbali agli operatori che hanno raccolto, sigillato, trasportato e consegnato i reperti.

#### **Il trattamento proposto richiede la seguente procedura anestesiológica**

La procedura non prevede anestesia.

#### **Altro**

Nel caso di ritiro del consenso potrebbe non esservi più la possibilità oggettiva di effettuare la repertazione e le conseguenze sono quelle espresse nel paragrafo sul rifiuto del trattamento.

#### **Note aggiuntive**

---

---

---

#### **Test di verifica della qualità del foglio informativo**

**Le informazioni fornite con questo opuscolo sono ritenute sufficienti e chiare?**

**SI**

**NO**

**Eventuali altre informazioni richieste:**

---

---

---

**MODULO DI CONSENSO/DISSENSO AL TRATTAMENTO**

Genitore 1 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genitore 2 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DICHIARO /DICHIARIAMO

CHE NEL CORSO DEL COLLOQUIO CON IL DR. \_\_\_\_\_

avvenuto alla presenza di:

- \_\_\_\_\_  familiare  mediatore culturale  altro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  familiare  mediatore culturale  altro \_\_\_\_\_

- ho/abbiamo ricevuto informazioni chiare ed esaurienti su caratteristiche, alternative terapeutiche, potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, del trattamento: Percorso M.A.I.A - Repertazione a Scopo Forense
  - ho/abbiamo avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte esaurienti;
  - ho/abbiamo avuto modo di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo che mi è stato consegnato ed illustrato;
  - ho/abbiamo compreso le informazioni fornite nel foglio informativo e durante il colloquio;
  - ho/abbiamo avuto il tempo sufficiente per decidere;
  - di essere consapevole/i che la decisione di accettare il trattamento proposto è volontaria e che è possibile ritirare il consenso in qualsiasi momento;
  - di aver ricevuto informazioni motivi che consigliano il trattamento proposto e sulla qualità della vita in caso di rifiuto;
  - di essere a conoscenza che sarà attuata in ogni caso la migliore assistenza sanitaria possibile;
  - di essere a conoscenza che il foglio informativo e il modello di registrazione del consenso/dissenso saranno conservati nella documentazione sanitaria;
  - di essere a conoscenza che per eventuali ulteriori informazioni potrò rivolgermi al dr.

\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_

PERTANTO

Visita medica, ispezione corporale  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Documentazione fotografica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Visita ginecologica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di materiale biologico  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di eventuali indumenti  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

**Firma del genitore 1** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visita medica, ispezione corporale  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Documentazione fotografica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Visita ginecologica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di materiale biologico  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di eventuali indumenti  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

**Firma del genitore 2** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NB: In caso di assenza di un genitore per lontananza o impedimento o sua incapacità, acquisire, ove possibile, eventuali comunicazioni o certificazioni di impedimento del genitore (ad esempio: se è lontano per lavoro, può inviare una mail, etc ; se è ricoverato in ospedale, il certificato di ricovero, etc.); il genitore che firma il consenso deve, in ogni caso, sottoscrivere una autocertificazione, da allegare al presente modulo di consenso/dissenso insieme alla copia del documento di identità

**oppure, quando ricorra il caso**

Visita medica, ispezione corporale  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Documentazione fotografica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Visita ginecologica  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di materiale biologico  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Raccolta e conservazione di eventuali indumenti  **ACONSENTO**  **RIFIUTO IL TRATTAMENTO PROPOSTO**

**Firma rappresentate legale del minore** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e  
di Alta Specializzazione  
"Santobono - Pausilipon"

PROCEDURA AZIENDALE  
percorso M.A.I.A.

Pag. 6 di 6  
Data: xx/xx/xxxx

**Spazio riservato al minore per la presa visione dell'informativa, del consenso/dissenso espresso dai genitori rappresentante legale nonché per la eventuale espressione della propria opinione**

---

---

---

---

**Firma del minore** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del medico** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_