

# Focus sulle vittime di violenza sessuale

Franxini Whitepaper



Rahel Schmidt, Jan Isler, Janina Inauen, Leon Guggenheim, Fabienne Odermatt

Gennaio 2024

## Riassunto

La riforma del diritto penale in materia sessuale del 2022/23 e le numerose mozioni parlamentari sulla violenza sessuale mostrano il seguente: A livello nazionale è stata riconosciuta **l'urgente necessità di intervenire nell'assistenza alle vittime di violenza sessuale**. L'attuazione delle misure è ora di competenza dei Cantoni. Tuttavia, è fondamentale che la qualità dell'assistenza sia garantita e migliorata oltre i confini cantonali. Questo perché, **la mancanza di fiducia delle vittime nei punti di riferimento e i dubbi sulla qualità del supporto che riceveranno**, aggravano l'esperienza traumatizzante della violenza sessuale: Se una persona cerca aiuto, attualmente deve contattare un'ampia varietà di specialisti e centri di contatto e **occuparsi da sola/o delle consultazioni individuali**. Inoltre, le esperienze con la polizia, il sistema giudiziario, i centri di assistenza alle vittime e i servizi medici variano notevolmente.

Nel corso di interviste con le parti interessate e di una «Franxini Fireside Chat» con rappresentanti del mondo scientifico, politico, amministrativo, medico, economico e della società civile, sono stati identificati ulteriori punti deboli, oltre all'inadeguata cooperazione tra i fornitori di assistenza sopra descritti: la mancanza di formazione e di aggiornamento dei professionisti coinvolti, la mancanza di dati per un'assistenza alle vittime basata sull'evidenza scientifica e l'insufficiente sensibilizzazione della società. In aggiunta, l'assistenza e il supporto forniti alle vittime **si concentrano attualmente soprattutto sulle donne adulte**. Gli uomini, le persone non binarie e i minori sono considerati un'eccezione e, di conseguenza, i servizi specializzati non sono preparati, o lo sono solo in misura limitata, a trattarli e supportarli. Da ciò si trae, che non solo la base legale deve essere migliorata, ma devono essere anche riconsiderati **gli attuali processi di assistenza alle vittime di violenza sessuale, sia all'interno dei vari servizi di assistenza stessi, che tra di essi**.

È qui che entra in gioco il progetto **«Focus sulle vittime di violenza sessuale»**: La vittima ha bisogno di essere sostenuta durante l'intero procedimento, dalla fase di elaborazione iniziale e fino al trattamento, da personale specificamente formato a riguardo, e non solo da tante singole consulenze in diversi settori specializzati. **Il protocollo «COINVITAL» propone un'assistenza e un accompagnamento olistico delle vittime**, per affrontare le sfide sopra citate.



Questo whitepaper si basa su interviste agli stakeholders e su una «Franxini Fireside Chat» con rappresentanti del mondo scientifico, politico, amministrativo, medico, economico e della società civile, nell'ambito del progetto Innovation Hub «Focus sulle vittime di violenza sessuale» dell'associazione Reatch. Gli autori coinvolti, guidati da Rahel Schmidt, sono stati responsabili della stesura del whitepaper e dello sviluppo di soluzioni concrete.



Il protocollo **«COINVITAL»** si basa sui seguenti principi:

**Collaborazione:** Gli attori coinvolti nel processo lavorano insieme e si coordinano.

**Individualizzazione:** Le singole fasi del processo e il processo complessivo devono essere sufficientemente flessibili, così da garantire che le esigenze individuali di ciascuna vittima possano essere soddisfatte nel miglior modo possibile.

**Orientato alla Vittima:** L'obiettivo dell'intero processo è sempre quello di migliorare la situazione della vittima e di rafforzare la fiducia delle persone colpite e del pubblico in generale nelle istituzioni.

**Tempistica flessibile:** Deve essere possibile accedere agli aiuti non solo subito dopo l'accaduto, ma in qualsiasi momento successivo alla vicenda, anche se ciò comporta difficoltà in termini di acquisizione delle prove. In particolare, un'azione legale ritardata dovrebbe essere resa possibile da una più lunga conservazione delle prove.

**Accessibilità:** Le barriere per accedere agli aiuti devono essere mantenute il più basse possibile. Le vittime non devono essere dissuase dal cercare l'aiuto di cui hanno bisogno.

**A Lungo termine:** La vittima non deve ricevere solo un supporto ambulatoriale a breve termine, ma anche, se lo desidera, l'accesso a un supporto a lungo termine (come ad esempio uno/una psicologo/a).

## Situazione dei dati in Svizzera e nel mondo

Nel complesso, i dati disponibili sulla prevalenza e su altri aspetti della violenza sessualizzata in Svizzera, ad esempio le indagini sugli/sulle autori/trici o sulle risorse utilizzate dalle vittime - sono scarsi. I dati più recenti disponibili provengono dalle [statistiche sulla criminalità](#) (registrazione continua), dalle [statistiche degli aiuti alle vittime di reati](#) (registrazione continua), dall'[Indagine sulla sicurezza in Svizzera](#) (2015), da uno studio condotto da gfs.bern per conto di [Amnesty International](#) (2019) e dalla [Crime Survey della ZHAW](#) (2022). Le statistiche sulla criminalità rivelano grandi differenze cantonali nei tassi di condanna per i reati sessuali. Tuttavia, questi tassi riflettono solo i casi effettivamente denunciati, che secondo l'indagine di gfs.bern rappresentano una percentuale molto ridotta rispetto a tutti gli atti di violenza sessualizzata (2019, p. 16). **Di conseguenza, la cifra nera è ampia – vale a dire gli atti di violenza sessualizzata non denunciati alla polizia.** I tre studi citati forniscono informazioni limitate su questa cifra nera e peraltro in alcuni casi, differiscono notevolmente nelle definizioni di violenza sessualizzata, nelle domande poste e nel campione di indagine. Ad esempio, gfs.bern (2019) riporta che il 22% delle donne svizzere di età pari o superiore ai 16 anni ha sperimentato «attività sessuali indesiderate» nella propria vita, mentre Crime Survey (2022) registra una prevalenza dell'1,9% (donne) e dello 0,2% (uomini) per «rapporti sessuali vaginali o sesso orale o anale o altri atti sessuali» forzati. Ciò porta a risultati diversi e rende più difficile la comparabilità degli studi e la concreta identificazione delle problematiche presenti.

**A livello internazionale, la situazione dei dati è leggermente migliore** (vedi [Gysi & Rüegger](#)): Esistono studi sulla prevalenza e sulle forme di violenza sessualiz-

zata per specifici gruppi a rischio, sulle ragioni della bassa probabilità di denuncia o sugli effetti della violenza sessualizzata sulla salute mentale a breve e lungo termine della vittima. [Uno studio statunitense](#) sull'utilizzo degli aiuti dopo uno stupro, mostra che circa il 40% delle vittime non cerca aiuto, con fattori quali il colore della pelle, lo stato relazionale e i problemi psicologici che determinano una maggiore vulnerabilità per alcuni gruppi. [In un rapporto canadese](#) vengono individuate ragioni specifiche per le quali le autorità non vengono contattate. Ad esempio, vengono citate precedenti esperienze negative con il sistema giudiziario, il timore di ulteriori ripercussioni sulla vita personale, come atti di vendetta da parte dell'autore/trice del reato o influenze negative sulla vita lavorativa, nonché il victim-blaming, in base al quale la vittima viene ritenuta parzialmente responsabile del reato. Inoltre, le preoccupazioni relative alla portata legale del caso, i costi associati e la paura di una nuova traumatizzazione, giocano un ruolo centrale. [Un altro studio statunitense](#) ha analizzato le differenze tra regioni urbane e rurali. In media, è stato utilizzato un numero maggiore di risorse nelle regioni urbane rispetto a quelle rurali (4,47 contro 3,88). Anche il tipo di risorse utilizzate variava tra le aree rurali e quelle urbane: nelle regioni rurali si ricorreva più spesso all'assistenza legale (40% contro 24%) e si parlava meno della violenza subita con gli amici (64% contro 78%). Nelle regioni urbane invece, si cercava più spesso il contatto con la polizia (87% contro 76%) e l'assistenza alle vittime (70% contro 37%).

Non tutti questi studi sono direttamente correlabili con la situazione svizzera. È dunque importante **raccogliere questi dati specificamente per la Svizzera**, per poter prendere decisioni mirate sull'assistenza alle vittime di violenza sessualizzata sul nostro territorio. Proposte concrete per l'attuazione e

## Vittime e persone coinvolte nella violenza sessualizzata – Definizione dei termini

Sebbene la **violenza sessualizzata** sia un termine generico, in questa sede ci concentriamo specificamente sui reati di «**aggressione e coercizione sessuale**», «**stupro**» e «**abuso di una persona incapace di giudizio o di resistenza**», in conformità con la revisione del Codice penale svizzero che entrerà presto in vigore. Siamo consapevoli che questa è solo una parte di un problema più ampio. La violenza sessualizzata può colpire persone di qualsiasi genere, età o nazionalità, con o senza disabilità fisiche o mentali. Allo stesso tempo, le condizioni socioeconomiche, come la povertà e la mancanza di accesso alle strutture locali, possono contribuire in modo significativo ad aumentare la vulnerabilità.

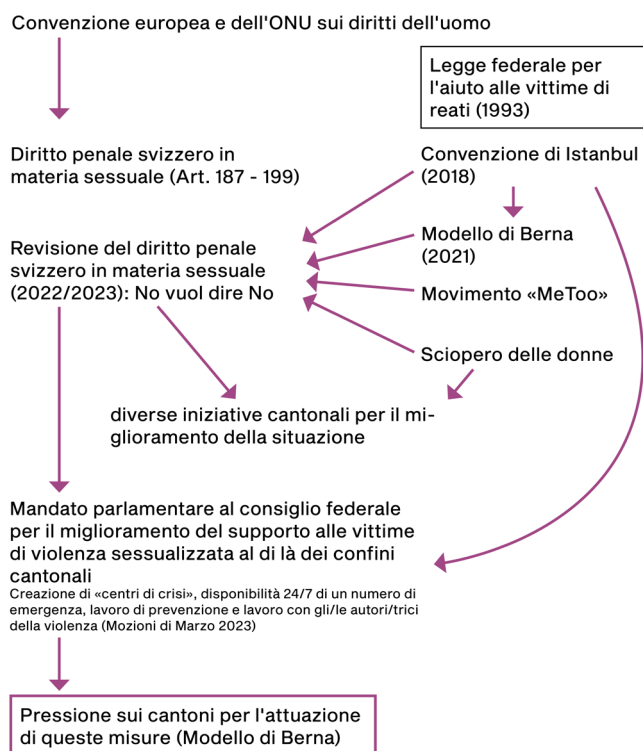
Di seguito, utilizziamo due termini per descrivere le persone che hanno vissuto atti di violenza sessualizzata: «**vittime di violenza sessualizzata**» e «**persona coinvolte nella violenza sessualizzata**». Usiamo il termine «vittima» nel contesto del linguaggio giuridico, che si riferisce a una persona e a una situazione specifiche. Usiamo il termine «persona coinvolta» per riferirci alla totalità delle persone che hanno vissuto un'esperienza di questo tipo - da un lato, per contrastare la stigmatizzazione e, dall'altro, per rendere giustizia alle persone che non si definiscono (o non si definiscono più) vittime.

# I. Contesto

il monitoraggio scientifico del protocollo «COINVITAL» sono riportate nel capitolo 2, punto 5.

**Cambiamento delle condizioni politiche e giuridiche**

Le percezioni e i miti sulla violenza sessualizzata nella società vengono trasferiti nelle strutture giuridiche attraverso la legislazione, il che significa che il **quadro giuridico riflette le condizioni sociali**. Ad esempio, si crede ancora che lo stupro sia di solito l'atto di uno sconosciuto in una strada buia. Fino al 1992, lo stupro coniugale non era nemmeno legalmente possibile, cioè gli atti sessuali non consensuali tra coniugi non erano riconosciuti come illegali. La banalizzazione delle aggressioni sessuali (ad esempio «non era inteso così / non è poi così grave»), la colpevolizzazione della vittima (ad esempio, nell'indossare una gonna troppo corta) o il dubbio sul mancato consenso a un atto sessuale, sono ancora molto diffusi. Alla fine del 2023, la paralisi in seguito ad uno shock (nota anche come «Freezing») come reazione a un'aggressione sessuale e la possibilità di essere violentati anche come uomo, sono stati inseriti nel nostro Codice penale. Ciò è dovuto in parte alla ratifica della Convenzione di Istanbul<sup>1</sup> e alla crescente pressione da parte dei movimenti sociali (come lo sciopero delle donne o il movimento «Me Too»). Tuttavia, poiché una persona - nonostante la modifica della legge sui reati sessuali - deve ancora rifiutare esplicitamente qualsiasi «intervento» sul proprio corpo (**soluzione «no significa no»**), la nuova normativa legale non soddisfa i requisiti della Convenzione di Istanbul in alcune aree. Le leggi, le convenzioni e gli sviluppi sociali sono rappresentati graficamente nella Figura 1.



Oltre alla base giuridica e alle condizioni sociali, anche altri fattori giocano un ruolo importante nell'assistenza alle persone coinvolte: **una vittima di violenza sessualizzata deve dividersi tra diversi ambiti, come la medicina, la polizia o i tribunali, per affrontare il reato, e in alcuni casi ciò comporta ad essere esposta ad una vittimizzazione secondaria**. La mozione «Centri di crisi contro la violenza» (Mo. 22.3333), che si basa sul cosiddetto «modello di Berna», mira a **uniformare i requisiti per l'assistenza alle vittime in tutta la Svizzera**. L'obiettivo è quello di combinare una prima assistenza medica e psicologica competente con l'acquisizione di prove, elementi importanti per

migliorare la situazione subito dopo una violenza sessualizzata. Anche il sostegno a lungo termine deve essere ottenuto con i fondi previsti dalla legge sul sostegno alle vittime.

Oltre al sostegno a breve e a lungo termine per le vittime, il lavoro sugli/ sulle autori/trici di reato e la prevenzione rimangono un pilastro centrale, poiché l'effettiva prevenzione della violenza sessualizzata è sotto tutti i punti di vista la soluzione ideale alla quale aspirare. Misure selettive, come il «modello di Berna» e l'emendamento alla legge sul sostegno alle vittime, possono ottenere un miglioramento in alcune aree, ma l'integrazione delle singole azioni in un processo globale e olistico deve essere conseguentemente perseguita. Solo l'interazione di tutte le misure può essere promettente a lungo termine e deve quindi essere pianificata sin dall'inizio; questo aspetto viene preso in considerazione con il protocollo «COINVITAL» qui proposto.

conseguentemente perseguita. Solo l'interazione di tutte le misure può essere promettente a lungo termine e deve quindi essere pianificata sin dall'inizio; questo aspetto viene preso in considerazione con il protocollo «COINVITAL» qui proposto.

1. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica. La convenzione, entrata in vigore in Svizzera nel 2018, contiene disposizioni per la protezione ampia delle vittime, la prevenzione e il perseguimento dei reati nell'ambito della violenza sessualizzata.

## II. Migliore assistenza alle vittime di violenza sessualizzata: sfide e soluzioni

Attraverso le discussioni con esperti provenienti dai settori della scienza, della politica, dell'amministrazione, della medicina e dell'economia, sono state identificate le sfide e le difficoltà nell'attuale assistenza e accompagnamento alle vittime di violenza sessualizzata. Di conseguenza, sono state identificate le **seguenti 5 sfide principali**:

- **Mancanza di fiducia** nei confronti dei curanti e degli attori coinvolti (intese come le persone che forniscono assistenza).
- **Mancanza di cooperazione** tra gli attori coinvolti e la conseguente dispersione delle responsabilità.
- **Competenze insufficienti** a causa della mancanza di formazione, ad esempio per quanto riguarda l'acquisizione di prove e il dialogo con la vittima.
- **Scarsa disponibilità di dati** sul tema della violenza sessualizzata in Svizzera.
- **Una società disinformata**: i miti sullo stupro ostacolano un'assistenza ottimale.

Il nostro protocollo olistico «**COINVITAL**» per l'assistenza alle persone coinvolte può affrontare queste sfide. L'acronimo sta per: **C**ollaborativo, **I**ndividualizzato, **O**rientato alla Vittima, **T**empistica flessibile, **A**ccessibile e a **L**ungo termine. Questo protocollo garantisce che:

**1° punto:** grazie a diversi punti di contatto si possono ridurre al minimo le barriere all'accesso agli aiuti e **creare fiducia nelle istituzioni**, in quanto le persone interessate sanno cosa aspettarsi da tale supporto;

**2° punto:** la **cooperazione** è pianificata e le responsabilità sono chiaramente definite;

**3° punto:** l'assistenza non si concentra solo sulle **donne adulte**, ma anche sugli **uomini**, sulle **persone non binarie** e sui **minori**.

Di seguito vengono proposte due varianti di questo protocollo standardizzato («**COINVITAL**») per poter rispondere alle diverse situazioni di partenza: Una per il contesto urbano e una per il contesto delle aree periferiche. Per poter implementare i processi è inoltre importante che:

**4° punto:** i **professionisti siano adeguatamente formati** (cioè abbiano tutti una conoscenza di base applicabile della psicotraumatologia e del quadro giuridico);

**5° punto:** l'**attuazione sia monitorata scientificamente**, per implementare la situazione dei dati e rivedere continuamente l'efficacia;

**6° punto:** la **società venga sensibilizzata** nelle uni-

versità/scuole, sui posti di lavoro e negli spazi pubblici attraverso campagne.

### 1° punto: Creare fiducia

La **mancanza attuale di fiducia delle persone coinvolte nell'assistenza che ricevono** è un problema importante e giustificato. Oggi si parte dal presupposto che una vittima di violenza sessualizzata cerchi assistenza immediatamente e sempre tramite un pronto soccorso o la polizia, ma questo non corrisponde alla realtà effettiva dopo aver subito una violenza sessualizzata.

L'esperienza pratica e le dichiarazioni delle persone coinvolte da tali atti di violenza sessualizzata dimostrano che spesso **non è possibile garantire un'assistenza tempestiva** da parte di ginecologi/ghe in collaborazione con uno specialista forense. L'ostacolo di doversi recare al pronto soccorso dopo l'accaduto è attualmente troppo elevato. Tra le ragioni di questa situazione vi sono l'essere sopraffatti dalla situazione, la mancanza di conoscenza dei propri diritti e dei servizi disponibili, nonché l'attuale inadeguata gamma di servizi di supporto per le persone coinvolte. A ciò si aggiunge l'immenso fardello descritto sopra di essere il «Case manager» di sé stessi, di dover affrontare le stesse domande ripetitive durante il processo legale e la sensazione di non essere presi sul serio. Tutto ciò compromette gravemente la fiducia in un adeguato sostegno da parte delle istituzioni.

**Il non presentarsi tempestivamente a causa della mancanza di fiducia ha conseguenze sulla raccolta delle prove:** la raccolta tempestiva delle prove è fondamentale per il processo legale. Questa può essere facilmente effettuata entro 72 ore, dopodiché diventa più difficile, poiché le tracce dei campioni necessari vengono naturalmente eliminate dai processi corporei. Tuttavia, le prove possono essere prelevate fino ad un periodo massimo di circa 10 giorni. Di conseguenza, è anche nell'interesse dello Stato di diritto il poter fornire alle persone colpite il miglior supporto possibile e accessibile, così da aumentare le possibilità di una potenziale condanna in caso di reato. Inoltre, nelle zone periferiche è particolarmente comune che le vittime non si rivolgano al pronto soccorso, bensì si rivolgono a medici di fiducia.

È quindi fondamentale **creare fiducia attraverso un protocollo efficace**. Le vittime devono sapere che possono rivolgersi al pronto soccorso, i medici registrati o i servizi di assistenza alle vittime. Deve essere chiaro, che la vittima riceverà una buona assistenza e un buon supporto, indipendentemente

## II. Migliore assistenza alle vittime di violenza sessualizzata: sfide e soluzioni

da quale sia il primo punto di contatto, e che questo garantirà il collegamento con tutti gli altri supporti necessari. Oltre all'attuazione del protocollo, è fondamentale anche la sensibilizzazione della società attraverso un lavoro di campagne pubbliche (vedi punto 6).

### 2° punto: Il punto cruciale sta nella cooperazione

La sfida più grande più volte citata dagli esperti è attualmente la **mancanza di cooperazione** tra personale medico, infermieristico, polizia, centri di assistenza alle vittime, avvocati e tribunali. Due punti sono particolarmente problematici:

- la mancanza di cooperazione porta a una frammentazione del processo in vari compiti individuali, dispersi tra i rispettivi gruppi professionali, per cui
- i singoli compiti assegnati ai diversi gruppi professionali sono definiti e delimitati in modo insufficiente o poco chiaro.

In molti luoghi, una persona vittima di violenza sessualizzata che si presenta al pronto soccorso, dopo un primo trattamento acuto dei sintomi fisici, può ricevere una *raccomandazione medica* a contattare altri servizi quali: supporto alle vittime, polizia, consulenza psicologica. Non c'è un collegamento automatico tra i vari servizi presenti, come invece avviene normalmente in ospedale per altri casi di simile complessità. Ciò significa che la vittima deve gestire il proprio caso da solo/a come «Case manager». Tuttavia, tutte le evidenze scientifiche nel campo della psicotraumatologia sono contrarie al fatto che queste responsabilità ricadano sulla vittima; gli esperti sottolineano la potenziale incapacità di agire di una persona traumatizzata e la conseguente influenza negativa sull'elaborazione dell'accaduto e la guarigione fisica e psicologica.

### 3° punto: La vittima è un essere umano

L'assistenza alle persone colpite da violenza sessualizzata si concentra in Svizzera **quasi esclusivamente sulle donne adulte**. Di conseguenza ad esempio, l'età e la cura delle vittime di violenza sessualizzata sono principalmente di competenza dei/delle ginecologi/ghe. Gli uomini, le persone non binarie o i minori sono considerati in tali situazioni come casi eccezionali, non solo dalla società, bensì anche dagli operatori sanitari. Anche il cosiddetto «modello di Berna», che per molti aspetti può essere considerato come un modello di riferimento, si limita a delegare queste persone ad altri centri specializzati.

È quindi importante che, non solo i/le ginecologi/ghe, bensì anche altre discipline mediche siano formate per affrontare le vittime di violenza sessualizzata. In particolare, nel pronto soccorso c'è sempre bisogno di medici in grado di occuparsi di una vittima di genere maschile. I protocolli interni all'ospedale devono garantire che tali vittime siano assistite da medici formati.

L'assistenza ai minori è più complessa, in quanto non è possibile applicare il concetto di «one size fits all». Ciò è dovuto alle diverse esigenze che dipendono dal diverso livello di sviluppo psicologico, che può essere molto diverso dall'età biologica. A questo proposito, i minori necessitano di specialisti pediatrici.

In aggiunta, il nostro sistema non è orientato alle persone più vulnerabili, cioè con disabilità fisiche o mentali - sia adulti che minori. Queste persone necessitano di un'assistenza supplementare. Il personale coinvolto nell'assistenza di tali vittime deve essere formato nel riconoscere una situazione di violenza ed essere in grado in questi casi di fornire alle persone più vulnerabili un supporto a lungo termine.

### «Modello di Berna»

Il «Modello di Berna» è stato sviluppato dal Centro per la salute sessuale dell'Inselspital di Berna per trattare le vittime di violenza sessualizzata. Gli esami e le consulenze sono effettuati esclusivamente da donne e sono dottoresse ad occuparsi di fornire tutte le informazioni mediche e legali alla vittima, oltre ad offrire loro un supporto per l'elaborazione dell'accaduto. La medicina legale viene sempre coinvolta nel processo di raccolta delle tracce e queste vengono conservate in caso di denuncia ritardata. Le vittime possono rivolgersi su richiesta alle seguenti organizzazioni: Polizia, ginecologia, infettivologia, medicina legale e servizi specializzati nel supporto alle vittime.

## II. Migliore assistenza alle vittime di violenza sessualizzata: sfide e soluzioni

**Il protocollo «COINVITAL»: Migliore supporto grazie a procedimenti chiaramente definiti e a una cooperazione regolamentata**

Nelle Figure 1 e 2, presentiamo un protocollo che riprende e implementa i requisiti necessari per l'assistenza alle vittime di violenza sessualizzata, identificati dal nostro ampio gruppo di esperti. Questo protocollo assicura che la cooperazione sia pianificata, che le responsabilità siano chiaramente definite, che ci siano diversi punti di accesso all'assistenza e che le vittime sappiano di potersi aspettare un sostegno e un supporto olistico, attraverso l'interazione di istituzioni con personale adeguatamente formato. Un protocollo standardizzato consente inoltre il monitoraggio scientifico e l'identificazione delle componenti efficaci del supporto e trattamento delle vittime e, di conseguenza, lo sviluppo di Best Practices ampiamente affermate.

Sono state sviluppate due varianti di questo protocollo per due scenari: Città e Periferia. Queste varianti tengono conto delle circostanze locali, in quanto l'assistenza in situazioni acute da parte di professionisti sanitari può essere fornita in modo diverso in una città ad alta densità ospedaliera, rispetto alla periferia, dove gli studi medici ambulatoriali sono sempre più diffusi. Nelle periferie, in particolare, è importante garantire una buona collaborazione nel triage dei pazienti. Il contatto telefonico diretto tra il primo punto di contatto (medico di base o centro di consulenza per le vittime) e l'ospedale, consente di valutare se la persona coinvolta debba essere assistita inizialmente come paziente ambulatoriale, con l'aiuto di un/una «Flying Forensic Nurse» o debba essere assistita internamente in un ospedale. Gli/Le «Flying Forensic Nurse» sono infermieri/e appositamente formati/e, che possono essere inviati/e dai medici negli ambulatori per prelevare campioni a fini forensi.

**Nello specifico, il protocollo prevede i seguenti punti:**

**A. Diversi punti di accesso all'assistenza:** La vittima può rivolgersi direttamente al pronto soccorso (o a uno studio medico) o ad un servizio di assistenza alle vittime. Anche la polizia può fungere da punto di contatto, tuttavia il coinvolgimento della polizia nei reati (secondo gli artt. 189-191 CP svizzero) comporta sempre una denuncia d'ufficio. La disponibilità di aiuto in tutti e tre i punti di accesso dovrebbe essere ampiamente pubblicizzata attraverso un lavoro di campagne pubbliche.

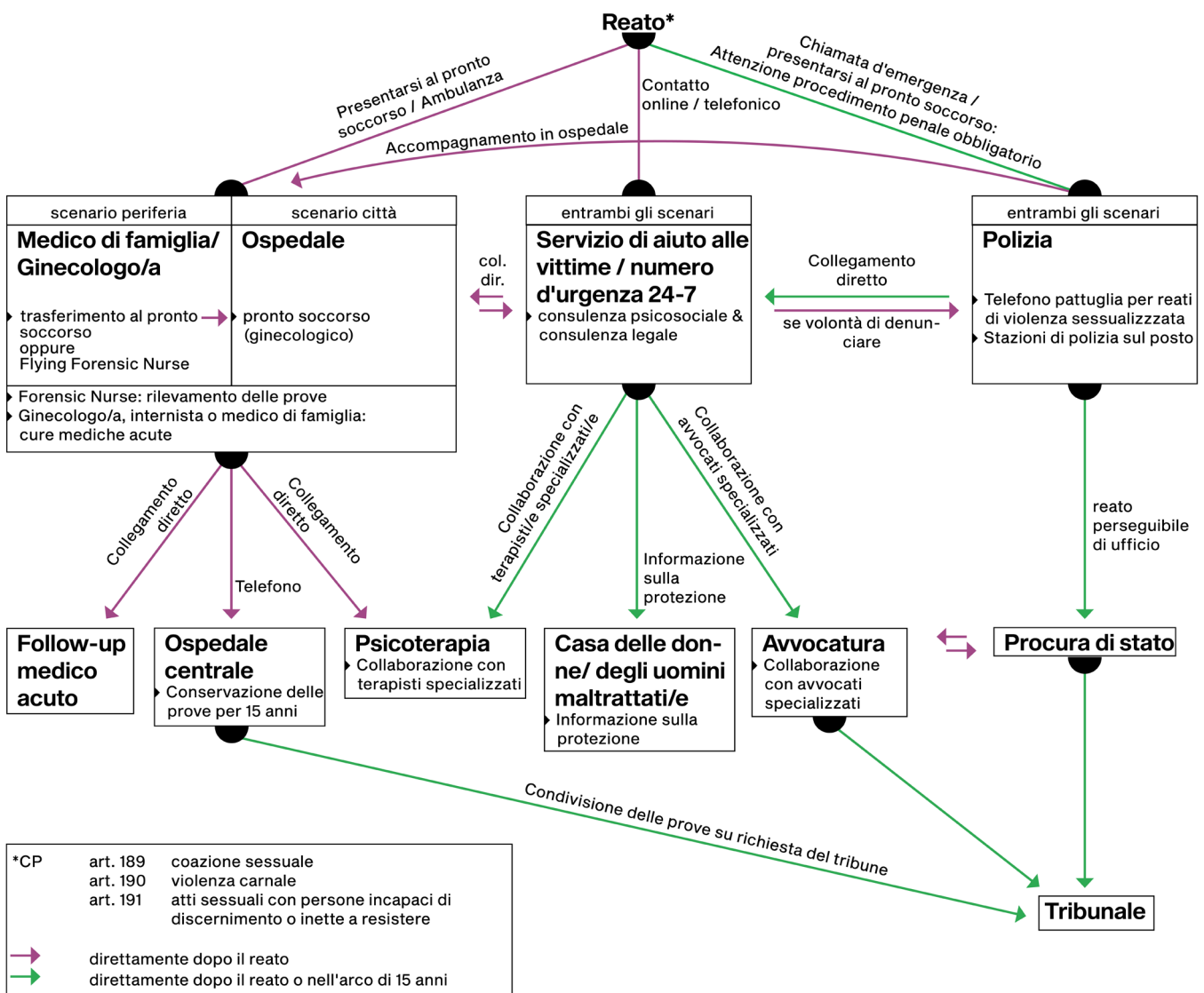
**B. Accesso all'assistenza in casi acuti o tardivi:** Nei casi acuti, il protocollo garantisce un percorso di assistenza medica agevole e tempestivo, compresa la raccolta di prove. Tuttavia, una persona coinvolta può rivolgersi anche in un momento successivo per ricevere supporto. In ogni caso, la raccolta delle prove dovrebbe essere effettuata fino a un periodo massimo di 10 giorni - in seguito, l'attenzione si concentra principalmente sull'assistenza della persona coinvolta e sulle sue esigenze.

**C. Cooperazione pianificata tra tutti i fornitori di assistenza:** Responsabilità chiaramente definite, compreso il coinvolgimento obbligatorio di altre discipline (contrassegnate dalle frecce), garantiscono che la vittima sia assistita e riceva il sostegno necessario senza ulteriori ostacoli, con un coordinamento diretto tra i vari fornitori di assistenza. Al pronto soccorso, al termine delle cure iniziali, alla vittima viene direttamente organizzata una visita medica di follow-up, con la possibilità di collegarla direttamente alla psicoterapia e al servizio di supporto alle vittime.

**D. Garantire il rilevamento delle prove da parte di personale qualificato, come infermieri/e forensi («Forensic Nurses») e medici legali:** A seconda della posizione geografica, si può considerare di inviare «Flying Forensic Nurses» su base ambulatoriale. In questo modo, si garantisce la corretta conservazione delle prove: I reati, secondo gli artt. 189-191 CP svizzero, cadono in prescrizione solo dopo 15 anni. Questo è il periodo di tempo durante il quale le prove devono essere conservate, nel caso in cui la persona coinvolta desideri in un momento successivo di intraprendere un'azione legale.

**E. Funzione di coordinamento del servizio di assistenza alle vittime:** Il servizio di assistenza alle vittime non è solo un potenziale primo punto di contatto, ma anche un importante collegamento tra i procedimenti medici e legali. Tale servizio ha già una funzione centrale di consulenza sui diritti delle persone coinvolte. In aggiunta, dovrebbe essere in grado, in maniera proattiva, di connettere la persona coinvolta con l'ospedale o la polizia e collaborare più strettamente con il personale medico.

## II. Il protocollo «COINVITAL»



Grafica: Maude von Giese

### Assistenza alle persone vulnerabili: Applicabilità del protocollo con supporto aggiuntivo

Sin dalle fasi iniziali di attuazione di tale protocollo, anche le persone vulnerabili, compresi i bambini e gli adolescenti, devono essere considerate a priori, per garantire il miglior supporto possibile, che sia anche facilmente accessibile. I due scenari presentati precedentemente sono concepiti in modo tale da poter essere applicabili anche ai minori e agli adulti con maggiori vulnerabilità. Come prerequisito, è importante che l'adulto interessato sia accompagnato da professionisti appropriati (ad esempio, personale di strutture assistite, curatela, ecc.) durante l'intero processo. L'assistenza ai bambini e agli adolescenti che hanno vissuto violenza sessualizzata richiede un'implementazione in ambito pediatrico: il pronto soccorso pediatrico devono essere preparati, la linea telefonica di assistenza ai minori e i servizi di assistenza alle vittime devono collaborare strettamente, e la polizia e il sistema legale devono ricevere una formazione specifica per trattare i minori.

## II. Migliore assistenza alle vittime di violenza sessualizzata: sfide e soluzioni

### 4° punto: Formazione dei gruppi professionali coinvolti

La vittima di violenza sessualizzata si ritrova in un ambiente caratterizzato da un'ampia varietà di gruppi professionali: medicina (ginecologi/ghe, medici del pronto soccorso), polizia, giustizia, centri di assistenza alle vittime, psicoterapia, politica e società. Gli attori direttamente coinvolti in un processo legale spesso hanno poche o nessuna conoscenza che vada oltre la loro specifica area di competenza. Ad esempio, sono soprattutto gli psicoterapeuti a essere formati nel campo della **psicotraumatologia** e la conoscenza delle **opzioni legali** è limitata principalmente all'autorità giudiziaria. Tuttavia, conoscenze di base in queste due aree sono importanti per tutti gli attori coinvolti, in tutte le specialità. Tutto ciò ridurrebbe il rischio di ritraumatizzazione ed eviterebbe contraddizioni tra i diversi ambiti. Entrambe le aree tematiche dovrebbero essere integrate nella formazione di base (cioè nei rispettivi corsi di laurea o di formazione professionale). Inoltre, una formazione specifica sul tema della violenza sessualizzata dovrebbe essere obbligatoria per gli operatori che lavorano in tale campo, in tutti i gruppi professionali interessati. Idealmente, tale formazione dovrebbe essere interdisciplinare. Questo non solo garantisce l'ampiezza e la profondità delle conoscenze, ma promuove anche direttamente la comprensione reciproca e la cooperazione tra gli attori coinvolti. La **formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto è quindi una componente essenziale** del protocollo e rende così possibile un supporto olistico.

### 5° punto: Situazione dei dati

Dalle interviste con gli stakeholders e dalla «Franxini Fireside Chat», nonché dalla consultazione dei dati attualmente esistenti, è emerso che per ottenere una visione completa e per sviluppare misure basate su di essa, mancano in particolare i seguenti dati:

- studi sulla frequenza e qualità della presa di contatto da parte delle vittime, in particolare per quanto riguarda l'acquisizione di prove e la percezione soggettiva delle vittime
- statistiche sull'andamento dei casi
- studi incentrati sulle cifre nere della criminalità, in particolare sui diversi gruppi di appartenenza delle persone coinvolte, sul contesto del reato e sui motivi del mancato contatto con le istituzioni
- raccolta di dati sulla reità
- la prevalenza dei disturbi da stress post-traumatico in seguito a violenza sessualizzata

Pertanto i seguenti studi sono emersi come urgenti:

1. Uno studio iniziale deve registrare **come i vari modelli applicati in Svizzera fino ad oggi soddisfino i requisiti in materia di assistenza alle vittime e raccolta delle prove**. Sulla base di vari criteri, in particolare la presenza di «Forensic Nurses», si possono selezionare gli ospedali suddividendoli in gruppi con diversi livelli di risorse presenti. Un'analisi delle vittime di violenza sessualizzata trattate finora (ca. 20 pazienti/ospedale) consentirebbe di identificare le Best Practices, in modo da poterle successivamente instaurare come standard.
2. Un secondo studio dovrebbe essere condotto come **studio qualitativo nel campo delle cifre nere**, per comprendere la percezione soggettiva delle persone coinvolte in merito alle cure ricevute. In particolare, devono essere indagate le ragioni per cui le vittime non contattano i centri di assistenza, come gli ospedali o i servizi di supporto alle vittime, e le ragioni per cui venga da loro deciso di interrompere le indagini. Questi dati possono essere utilizzati per progettare un approccio più incentrato sulla vittima ed eventualmente anche portare ad un aumento del numero di condanne.

Questi studi sono necessari per **identificare le Best Practices e comprendere meglio le esigenze delle persone coinvolte**. Non da ultimo, l'educazione della popolazione è fondamentale per prevenire la stigmatizzazione, aumentare la consapevolezza generale nei confronti di tale tematica (parola chiave: prevenzione), così come rendere pubblicamente noto dove e come sia possibile ricevere aiuto.

### 6° punto: Sensibilizzazione della società

Non solo il protocollo deve essere attuato nel miglior modo possibile, bensì anche il **pubblico deve sapere che l'assistenza è ben organizzata, incentrata sulle vittime ed efficace**. La **sensibilizzazione della popolazione intera è quindi fondamentale**. Questa può rendere le potenziali vittime e le persone che le circondano più capaci di agire, in quanto, grazie ad un'opera di prevenzione, sanno già come procedere e dove trovare aiuto e supporto. A tal fine, il tema deve essere inserito nell'educazione sessuale in modo standardizzato. Ampie campagne di sensibilizzazione nella sfera pubblica assicurano che anche gli adulti siano informati sui diritti, sui doveri e sull'intransigenza della Svizzera nei confronti della violenza sessualizzata. Questo maggiore dialogo con la società porterebbe all'eliminazione dei tabù sull'argomento. La sensibilizzazione della società tramite il lavoro delle pubbliche relazioni è assolutamente fondamentale per il successo dell'opera di prevenzione.

## Conclusione

Il progetto «Focus sulle vittime di violenza sessualizzata» vuole contribuire a migliorare il sostegno alle persone coinvolte in Svizzera. Esso propone un tipo di assistenza che sia incentrata sulla vittima, al fine di supportarne l'autodeterminazione e creare fiducia. A questo scopo viene proposto il protocollo olistico «COINVITAL», con procedimenti chiaramente regolamentati e basati sull'evidenza scientifica, assicurando il coordinamento tra tutti i fornitori di assistenza e una facile accessibilità per le vittime. Da ciò deriva quanto segue:

- Il sostegno alla vittima dopo l'esperienza di violenza sessualizzata deve essere concepito come un **processo globale di sostegno**.
- Il **coordinamento** tra i singoli attori responsabili dell'assistenza è essenziale e non deve essere responsabilità della vittima. I singoli attori devono essere consapevoli delle proprie competenze e responsabilità all'interno del processo globale di sostegno.
- Tutti gli attori devono avere una **conoscenza di base della psicotraumatologia e del quadro giuridico**: Solo se tutti gli attori coinvolti nell'assistenza comprenderanno la violenza sessualizzata e i suoi effetti, sarà possibile garantire una buona qualità dell'assistenza.

Sono necessari cambiamenti e miglioramenti contemporaneamente in diverse aree. È importante che adesso tutti gli attori interessati sfruttino il momentum della riforma del diritto penale sessuale per adottare le misure nei Cantoni. Il protocollo qui presentato segue i principi di **Collaborativo, Individualizzato, Orientato alla Vittima, Tempistica flessibile, Accessibile e a Lungo termine** per favorire il supporto alle vittime di violenza sessualizzata. Questo non solo permette di garantire un supporto di alta qualità, ma promuove anche la fiducia nei confronti di chi si prende cura di loro.



Il **progetto Franxini** di **Reatch** riunisce attori del mondo scientifico e politico per creare reti, costruire fiducia reciproca e lavorare insieme in modo costruttivo. Il progetto Franxini si considera un mediatore politicamente e istituzionalmente indipendente e persegue un approccio olistico: dal trasmettere ai ricercatori le conoscenze pratiche riguardanti la politica svizzera, tramite formati di interscambio che promuovono un dialogo costruttivo con le parti interessate del mondo della scienza, dell'economia, dell'amministrazione e della politica, fino a progetti di finanziamento per i ricercatori, per portare nuove idee in politica, offrendo così un programma diversificato e bilanciato.

In questo modo, il progetto Franxini non porta semplicemente le competenze scientifiche in politica, bensì si concentra sulla comunicazione delle conoscenze politiche ai ricercatori e sulla creazione di reti con le parti interessate. Grazie a tale approccio, è possibile rafforzare la comprensione e la fiducia reciproca e cooperare su un piano di parità.



**Per le interviste agli stakeholders sono state intervistate le seguenti persone:** Prof. Dr. rer. pol. Dirk Baier (Capo dell'Istituto per la delinquenza e la prevenzione della criminalità ZHAW), Dr.ssa med. Lamyae Benzakour (Primario e responsabile dei servizi psichiatrici dell'Ospedale universitario di Ginevra), Cindy Kronenberg (Ex vittima e attivista), Barbara Dettwiler (Responsabile dell'assistenza alle vittime Vista Thun e Lantana Bern), Christoph Erdös (Avvocato in diritto dell'assistenza alle vittime), Simone Egger (Lavoro politico presso BRAVA), Tamara Funciello (Consigliera nazionale), Prof. Dr. med. Maria Luisa Gasparri (Medico capoclinica con funzioni direttive presso l'Ospedale cantonale ticinese), Prof. Dr. iur. em. Marianne Heer (Ex presidente della Corte Suprema di Lucerna), Valeria Kägi (Responsabile del programma «Forensic Nurses» all'Università di Zurigo), Agota Lavoyer (Consulente per l'assistenza alle vittime ed esperta di violenza sessualizzata), Simona Materni (Responsabile della campagna «Sexual Harassment Awareness Day»), Dr.ssa phil. Melanie Nussbaumer (Membro del parlamento cantonale di Basilea Città), Dr. med. Emanuel Plüss (Responsabile del centro di emergenza dell'ospedale di Soletta), Silvia Rigoni (Membro del parlamento cantonale di Zurigo), Anna-Béatrice Schmalz (Consigliere comunale di Zurigo), Prof. Dr. iur. Brigitte Tag (Professoressa di diritto penale UZH), Prof. Dr. med. Michael Thali (Direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Zurigo), Linda De Ventura (Consigliere cantonale di Sciaffusa), Anonimo (Ex vittima), Anonimo (Agente di polizia).

# Bibliografia e team del progetto

**Statistiche sulla criminalità:** Ufficio federale di statistica (2023). Adulti: condanne per reati violenti, Svizzera e Cantoni [dal 2008]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/criminalita-diritto-penale.assetdetail.28205927.html>

**Statistiche sull'aiuto alle vittime:** Bundesamt für Statistik (2023). *Opferhilfestatistik (OHS) [ab 2000]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht.assetdetail.28205937.html>

**Indagine sulla sicurezza in Svizzera (2015):** Biberstein L, Killias M, Walser S, Iadanza S, Pfammatter A. Studio sulla criminalità e le esperienze delle vittime della popolazione svizzera. Analisi nell'ambito del sondaggio svizzero sulla sicurezza 2015. Lenzburg: Killias Research & Consulting. 2016. <https://www.alexandria.unisg.ch/server/api/core/bitstreams/6be68fc2-e2a2-4c57-b589-de01b81875d3/content>

**Studio condotto da gfs.bern per conto di Amnesty International (2019):** gfs.bern (2019). *gfs.bern. Le molestie sessuali e la violenza sessuale sulle donne sono diffuse in Svizzera. Pubblicato online nel Maggio 2019*. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/sexuelle-gewalt-in-der-schweiz/>

**Crime Survey della ZHAW (2022):** Markwalder N, Dirk B, Lorenz B. Esperienze delle vittime e valutazioni legate alla sicurezza della popolazione svizzera: risultati della Crime Survey 2022. Pubblicato online nell'agosto 2023. doi:10.21256/zhaw-28494. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/28494>

**Uno studio statunitense (1):** Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG (2008). «Service Utilization and Help Seeking in a National Sample of Female Rape Victims». *Mental Health*, 2008; 59 (12). doi:10.1176/ps.2008.59.12.1450. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2735844/pdf/nihms-129447.pdf>

**Uno studio statunitense (2):** Shannon L, Logan T, Cole J, Medley K. Help-Seeking and Coping Strategies for Intimate Partner Violence in Rural and Urban Women. *Violence Vict.* 2006;21(2):167-181. doi:10.1891/vivi.21.2.167. <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/21/2/167>

**Un rapporto canadese:** Prochuk A (2018). *We Are Here: Women's Experiences of the Barriers to Reporting Sexual Assault*. West Coast Legal Education and Action Fund Vancouver, BC, CA. <https://westcoastleaf.org/wp-content/uploads/2023/05/West-Coast-Leaf-dismantling-web-final-1.pdf>

**Gysi & Rügger:** Gysi J, Rügger P, eds. Manuale sulla violenza sessuale: terapia, prevenzione e applicazione della legge. 1. Edizione. Hogrefe; 2018. <https://www.hogrefe.com/de/shop/handbuch-sexualisierte-gewalt-84506.html>

**La mozione «Centri di crisi contro la violenza» (Mo. 22.3333):** Funciello T. (2022): Centri di crisi contro la violenza Curia Vista, Motion 22.3333. <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20223333>

## Autori/trici e team progetto



### Rahel Schmidt

Medico Dipl. con MSc Medicina umana all'Università della Svizzera Italiana e BSc al Politecnico di Zurigo, iniziatrice e leader del progetto, ospite della Fireside Chat e responsabile della relazione finale. Affascinata dall'intersezione tra medicina, scienza, società e politica.



### Jan Isler

MLaw UZH UNIL. Responsabile nel team dell'ambito legale, in particolare quadro giuridico e conseguenze. Entusiasta dell'effetto formativo del diritto.



### Janina Inauen

Studentessa di Master in Comparative and International Studies, Politecnico di Zurigo. Responsabile nel team dell'ambito delle Scienze politiche e sviluppo del protocollo. Entusiasta dei formati politici inclusivi e deliberativi.



### Leon Guggenheim

MSc Medicina umana all'Università della Svizzera Italiana e BSc Politecnico di Zurigo. Responsabile nel team dell'ambito medico e dell'analisi scientifica della situazione dei dati e delle misure necessarie. Interessato a risultati concreti per la medicina e per la società.



### Fabienne Odermatt

MSc Cooperazione internazionale e sviluppo (Unige / SOAS / Politecnico di Zurigo), imprenditrice sociale ed esperta di processi partecipativi. Responsabile nel team delle scienze sociali, in particolare del contesto sociale. Appassionata di sviluppo ed espansione delle innovazioni sociali.

## Review



### Hannah Schoch

Programme Manager «formazione continua» progetto Franxini. Responsabile del supporto al team durante la stesura del White Paper. Dottoranda in americanistica e attiva nella politica nazionale e internazionale dell'istruzione superiore.



### Luca Schaufelberger

Co-leader del progetto Franxini. È responsabile della concettualizzazione e dell'ulteriore sviluppo dei formati Franxini Hive. Luca ha studiato scienze naturali interdisciplinari presso il Politecnico di Zurigo e sta svolgendo un dottorato di ricerca in Machine Learning in chimica.



### Sarah Scheidmantel

Dottoranda presso la cattedra di storia della medicina dell'UZH, ricercatrice degli studi culturali e responsabile del dossier Gender & Diversity di Reach. Ha studiato Media & Cultural studies e storia della scienza a Weimar, Berlino e Cambridge (Regno Unito).



### Elisabeth Abs

Parte del Blog-Team di Reach, si concentra sull'interscambio tra scienza, società e politica. È una neuroscienziata e ricercatrice presso l'Istituto di Neuroinformatica del Politecnico di Zurigo.



### Jessica Niedermair

Dr. rer. oec, Università di Berna. Responsabile nel team dell'ambito economico e focus sull'educazione e la formazione degli stakeholders. Appassionata della comunicazione dei risultati scientifici alla politica e alla società.

### Traduttrici

Originale: Tedesco; Francese: Fabienne Odermatt; Italiano: Erica Piccinni



Alla «Franxini Fireside Chat» hanno partecipato i seguenti 14 rappresentanti della politica, dell'economia, dell'università e dell'amministrazione: Prof. Dr. rer. pol. Dirk Baier (Capo dell'Istituto per la delinquenza e la prevenzione della criminalità ZHAW), Barbara Dettwiler (Responsabile dell'assistenza alle vittime Vista Thun e Lantana Bern), Dr. med. Gian Erni (Primario di medicina d'urgenza all'ospedale di Sursee), Dr.ssa med. Susanne Fasler (Responsabile della clinica ginecologica e dell'ambulatorio ginecologico dell'ospedale cantonale di Aarau), Prof. Dr. iur. em. Marianne Heer (Ex presidente della Corte Suprema di Lucerna), Valeria Kägi (Responsabile del programma «Forensic Nurses» all'Università di Zurigo), Cindy Kronenberg (Ex vittima e attivista), Dr.ssa phil. Melanie Nussbaumer (Membro del parlamento cantonale di Basilea Città), Dr. med. Emanuel Plüss (Responsabile del centro di emergenza dell'ospedale di Soletta), Silvia Rigoni (Membro del parlamento cantonale di Zurigo), Dr. iur. Peter Rügger (Esperto delle autorità giudiziarie e consulente per le vittime, goldbach law), Jasmin Sangiorgio (Ufficio federale di giustizia, Direzione del diritto pubblico), Prof. Dr. iur. Brigitte Tag (Professoressa di diritto penale all'Università di Zurigo), Eva Zimmermann (Psicoterapeuta in psicotraumatologia).