

Sospetto maltrattamento: linee guida e protocollo di gestione

Gruppo di lavoro operativo intersettoriale cantonale: Protocollo e linee guida in caso di sospetto di maltrattamento

Premessa

Nel 2017 il Medico cantonale e il Capo Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) hanno incaricato, attraverso i propri funzionari, nelle persone di Anna De Benedetti (Caposervizio Vigilanza e qualità/UMC), Chiara Gulfi (Caposettore assistenza e cura a domicilio, UACD), Daniele Stival (Caposettore strutture anziani, UACD) e Monica Ragone (Caposettore mantenimento a domicilio, UACD) di realizzare un documento di riferimento teorico e per la gestione di un sospetto di maltrattamento in una struttura o servizio socio-sanitario del Canton Ticino.

A tale scopo, è stato costituito un Gruppo di lavoro intersettoriale cantonale denominato **Gruppo di lavoro operativo protocollo e linee guida sospetto di maltrattamento**, composto da membri rappresentativi dei diversi settori: Sabrina Alippi (Pro Senectute), Giulio Allidi (ADICASI), Gabriele Balestra (SACD), Gabriele Fattorini (Pro Senectute), Chiara Gulfi (UACD), Paola Lavagetti (Spitex privati), Daniele Stival (UACD), Andreja Rezzonico (UMC), Michela Tomasoni (ASI) e Maria Luisa Delcò (Consiglio anziani Canton Ticino).

Nello specifico l'obiettivo del mandato, e pertanto del seguente documento, è di uniformare a livello cantonale gli elementi teorici di riferimento e la prassi da adottare in caso di sospetto maltrattamento verso le persone anziane, allo scopo di fornire alle direzioni sanitarie e amministrative un valido strumento per affrontare tali situazioni.

Il documento è stato redatto dal sottogruppo di lavoro operativo composto da:

- Andreja Rezzonico, Infermiera cantonale aggiunta presso il Servizio vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale
- Rosanna Carrara, Responsabile cure, Cpa Caccia Rusca Morcote
- Chantal Bianchi, Responsabile cure, Cpa Leventina
- Alessandra Marconi, Responsabile psichiatria, Alvad Locarno
- Sabrina Alippi, Coordinatrice servizio prevenzione e promozione qualità di vita Pro Senectute

sottoposto e approvato dai rappresentanti di tutti i settori sopraccitati, così come dai mandanti.

Indice

1. Introduzione
2. Definizione di maltrattamento e classificazione del fenomeno
 - 2.1 Le 5 forme di maltrattamento
 - 2.2 La *maltraitance ordinaire* e/o cattive pratiche
3. Fattori di rischio per il maltrattamento
 - 3.1 Potenziali fattori di rischio
4. Indicatori di riconoscimento di un sospetto maltrattamento
5. I fattori di protezione
6. Gestione della segnalazione di un caso di sospetto maltrattamento
 - 6.1 Alcuni elementi da far emergere durante il colloquio con il segnalante
 - 6.2 Violazione delle premesse di sicurezza in ambito sanitario
7. L'informazione e il supporto
8. Conclusione
9. Abbreviazioni e breve presentazione
10. Leggi di riferimento
11. Contatti utili
12. Allegati

1. Introduzione

Nonostante il fenomeno del maltrattamento verso le persone anziane in Svizzera sia conosciuto da tempo e in Ticino ce ne occupiamo dagli anni '90, questo tema è diventato urgente a seguito di alcuni abusi commessi da parte del personale sanitario verso anziani fragili affidati alle loro cure. La giustizia ticinese ha riconosciuto colpevoli questi operatori sanitari per crimini, che possiamo riassumere di maltrattamento e violenza, emettendo delle condanne.

Considerando che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza dei maltrattamenti in una comunità è stimata intorno al 3% e che il Canton Ticino è uno dei Cantoni della Svizzera con la popolazione più anziana, si può calcolare che vi sono circa 2'340 potenziali vittime (corrispondenti al 3% di 78'030¹ persone al di sopra dei 65 anni). Considerate le cifre e le ipotesi fatte dall'OMS, diventa chiaro che il problema dei maltrattamenti in questa fascia di popolazione deve essere riconosciuto come un problema di salute pubblica.

Il Dipartimento della sanità e della socialità si occupa direttamente e indirettamente di questo fenomeno dall'anno 2000. L'Ufficio del medico cantonale, per il tramite del Servizio di vigilanza e qualità, richiede già dal 2008 un protocollo sulla prevenzione e il depistaggio in caso di sospetto di maltrattamento da parte del personale, da parte dei famigliari o terzi, nei vari luoghi di cura e/o a domicilio (case per anziani, spitex, cliniche psichiatriche, riabilitative,...).

Nel frattempo, inoltre, molte delle strutture sanitarie (case per anziani e spitex, ma anche altre) hanno seguito la formazione specifica relativa al tema e hanno elaborato un protocollo, grazie all'intervento di sensibilizzazione fatto dal servizio prevenzione e promozione della qualità di vita della Fondazione Pro Senectute e dalla SUPSI nell'ambito del progetto intervento di *bientraitance*².

Nonostante la sensibilizzazione e i protocolli siano ormai presenti in quasi tutte le strutture, in molteplici casi concreti si è sentita la necessità di trovare una modalità maggiormente operativa, poiché la materia e le situazioni reali si sono rivelate complesse.

Negli ultimi anni il Servizio di vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale e Pro Senectute sono stati confrontati con segnalazioni di sospetto di maltrattamento da parte degli organi delle strutture sanitarie, famigliari e utenti stessi oppure con richieste d'aiuto sul da farsi.

Da qui l'esigenza di condividere un quadro di riferimento comune e un protocollo di analisi di situazione tra l'Amministrazione cantonale (Ufficio del medico cantonale e Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio), l'ADICASI, i servizi di assistenza e cura a domicilio pubblici e privati e la Fondazione Pro Senectute, pur tenendo in considerazione che la responsabilità della messa in atto delle premesse di sicurezza del paziente è della direzione e dell'ente gestore della struttura presso la quale la persona risiede o è in trattamento.

Allo scopo di affrontare la problematica sopraccitata è stato costituito un gruppo di lavoro con il compito di raccogliere, analizzare e valutare tutti i protocolli, le flowchart e gli strumenti già presenti nelle strutture ubicate sul territorio cantonale.

¹ Ufficio di statistica del Canton Ticino, dati 2016

² Termine francese che definisce tutti quegli atti quotidiani che valorizzano la presa a carico dell'utente

Il primo compito è stato quello di valutare la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli per la verifica e la relativa gestione del sospetto di maltrattamento, secondo criteri riportati in letteratura³.

Dall'analisi si è vista la necessità da una parte di uniformare i concetti rispetto ai criteri teorici di riferimento utilizzati nei vari protocolli esaminati e dall'altra di conoscere gli organi cui rivolgersi in caso di necessità.

Questo non significa che singolarmente le persone non abbiano trovato una risposta appropriata, ma che l'equità di trattamento, la rapidità dell'intervento e la padronanza degli strumenti non sono sempre assicurati.

Gli avvenimenti sopraccitati e l'analisi di quanto presente nelle strutture hanno evidenziato la necessità di un'organizzazione omogenea e conosciuta per la prevenzione, il depistaggio e soprattutto per la gestione di un sospetto di maltrattamento *in primis* verso le persone anziane, ma non solo.

Il presente documento, infatti, come pure la procedura da attuare in caso di sospetto maltrattamento, può essere utilizzata e presa a modello anche nei confronti di tutta l'utenza di adulti fragili e bisognosi affidati al personale sociosanitario nei vari settori di cura.

Questo lavoro si prefigge di uniformare a livello cantonale gli elementi teorici di riferimento e la prassi da adottare in caso di sospetto maltrattamento allo scopo di fornire alle direzioni sanitarie (*in primis*) e amministrative un valido strumento per affrontare l'evento segnalato.

In conclusione, poiché il problema del maltrattamento nella persona anziana (e non solo) è riconosciuto come un problema di salute pubblica, il Dipartimento della sanità e della socialità si fa promotore e garante, unitamente a tutti i partner, per l'introduzione, l'applicazione e la verifica di un programma specifico relativo al tema del maltrattamento che integri: formazione e sviluppo della cultura, prevenzione, depistaggio e vigilanza.

2. Definizione di maltrattamento e classificazione del fenomeno

Sono maltrattamenti gli atti commessi o omessi, i comportamenti e gli atteggiamenti che ledono l'integrità della persona in una o in tutte le sue dimensioni (fisica, psichica, sociale, finanziaria), siano essi intenzionali o involontari, singoli o ripetuti⁴.

I maltrattamenti generano un torto o una ferita e costituiscono un attacco ai diritti fondamentali e alla dignità della persona, possono comportare un peggioramento della qualità della vita o mettere in pericolo la salute stessa.

I maltrattamenti, per essere definiti tali, devono avvenire all'interno di una relazione di confidenza, educativa o di dipendenza, vulnerabilità e di fiducia. Tale relazione è strettamente legata all'asimmetria nella relazione tra operatore/*caregiver* e persona vulnerabile; in questo senso, qualsiasi forma di maltrattamento è una forma di abuso di potere.

³ Maltraitance envers les aînés, N.Romain-Glassey, P. Mangin, D.R.Schwab, Rev Med. Suisse

⁴ European report on preventing elder maltreatment, WHO 2011
<https://www.socialesalute.it/res/download/e95110.pdf>

In questo documento saranno prese in considerazione le tipologie di maltrattamento definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui:

“Il maltrattamento può essere di tipo psicologico e morale, fisico e sessuale, finanziario e materiale, negligenza o eccesso di cure e la violazione dei diritti”.

Le forme di maltrattamento si distinguono anche in attive e passive. In quest'ultimo caso si intende l'assistere passivamente, non intervenire e non fare nulla, accettando che siano compiuti atti di maltrattamento o violenza. Le forme passive sono inoltre perpetrate, per essere definite tali, senza l'intenzionalità e a volte senza la consapevolezza di ledere l'altro.

Sono inoltre da tenere in considerazione le pratiche legate alla cultura di appartenenza (sia da parte del personale che del *caregiver*, familiare, badante) che alle nostre latitudini sono considerate maltrattamento, violenza, o quanto meno non idonee e adeguate alla situazione.

I maltrattamenti si possono consumare nelle case per anziani, negli ospedali, nelle cliniche e a domicilio. Il maltrattamento, nelle sue varie forme, può essere perpetrato da operatori sociosanitari, da familiari, da terzi o tra utenti.

Si ritiene che, poiché l'impatto sulla qualità di vita può essere tale da indurre persino a morte prematura, il fenomeno del maltrattamento rappresenta sempre più una problematica di salute pubblica, oltre che una questione di elementare garanzia dei diritti umani e di solidarietà sociale.

In conclusione, come visto nell'introduzione, tenendo in considerazione i dati e le stime il fenomeno del maltrattamento attraverso la sua diffusione numerica, non si devono tralasciare e dimenticare i costi che questo fenomeno genera. Anche se ancora difficili da quantificare, gli stessi si possono dividere in costi indiretti come sofferenza (perché i maltrattamenti spesso non vengono denunciati), minor qualità di vita, sfiducia, perdita di autostima, problemi sanitari e costi diretti come procedure di giustizia e assistenza ospedaliera.

2.1 Le 5 forme di maltrattamento

Gli esempi sotto elencati sono da considerarsi a titolo indicativo per favorire un orientamento sulle cinque forme di maltrattamento definite in letteratura e per promuovere l'uso di un linguaggio omogeneo; non sono pertanto da considerarsi esaustivi.

Abusi psicologici e morali: aggredire verbalmente, intimidire, insultare, minacciare, umiliare, infantilizzare, provocare paure e insicurezze.

Abusi fisici e sessuali: infliggere volutamente dolore fisico come stratonare, pizzicare, tirare i capelli, trattare rudemente, somministrare volutamente medicinali non prescritti, costringere la persona a compiere o subire atti che violano la propria intimità, contenere fisicamente o chimicamente laddove non è necessario e senza prescrizione, costringere con la forza la persona a mangiare non rispettando i tempi di deglutizione del cibo.

Abusi finanziari e materiali:	furti, appropriazione indebita di fondi, tentativo di appropriarsi di un'eredità prima che la persona sia deceduta, acquisti o vendite forzate, fatturazione ingiustificata (da parte dell'istituto), ricevere mance e oggetti di valore (economicamente importanti) per un tornaconto personale e senza avvisare nessuno, chiedere un prestito al paziente (a casa), gestire soldi e beni senza il consenso della persona o a sua insaputa, contraffare la firma dell'utente o far firmare documenti senza il suo consenso o contro la sua volontà (esplicita o presunta) o a una persona incapace di discernimento.
Negligenza o eccesso di cure:	non soddisfare i bisogni primari della persona, fornire alimentazione di scarsa qualità (cibi scaduti) o insufficiente nella quantità, erogare cure di cattiva qualità o non scientificamente riconosciute, ignorare le richieste di aiuto come: non ascoltare, minimizzare i sintomi, staccare il campanello senza giustificarne il motivo o non rispondere allo stesso, non fornire mezzi ausiliari, lasciare la persona dipendente a casa da sola per diverse ore esponendola a potenziali rischi, temperatura troppo calda o troppo fredda della casa, non accesso al telefono, protezioni intime non cambiate regolarmente. Al contrario, mettere in atto prestazioni non necessarie/eccessive (rispetto allo stato di salute dell'utente).
Violazione dei diritti:	esclusione sociale, isolare, non rispetto della privacy, gestione dei beni della persona anziana senza che vi sia un esplicito accordo, impedire relazioni affettive o con i familiari, impedire alla persona di esercitare i propri diritti, praticare le cure/prestazioni sanitarie senza il consenso del paziente o del rappresentante terapeutico.

2.2 La *maltraitance ordinaire* e/o cattive pratiche

La *maltraitance ordinaire*⁵ consiste in piccole negligenze quotidiane come per esempio fare la toilette troppo velocemente, non rispondere alle richieste dell'utente, entrare nella stanza della persona senza bussare, dare del tu indistintamente.

Si tratta di una forma di maltrattamento detto "ordinario" perché inserito nella quotidianità della presa in carico dell'utente **sotto forma di cattive pratiche**. Il principale rischio è di banalizzare queste forme di non rispetto, renderle invisibili, con la conseguente accettazione passiva da parte del professionista e/o del *caregiver* e interiorizzarla come prassi consueta anche da parte dell'utenza.

⁵ Termine francese che è usato per caratterizzare una particolare svalorizzazione dell'altro rispettivamente una mancanza di rispetto nella presa a carico, traducibile letteralmente in "maltrattamento ordinario"

La *maltraitance ordinaire* non è un fenomeno paragonabile alla violenza, ma arreca danno e conseguenze sul benessere e sulla qualità di vita della persona dipendente e vulnerabile. Pertanto la *maltraitance ordinaire* pur essendo stigmatizzabile che richiede analisi e correzione non sempre è annoverata tra i “*comportamenti*” da denuncia, ma si tratta appunto di cattive pratiche di cura.

Occorre, da parte delle strutture e dei servizi, riconoscere il rischio e la potenziale diffusione di questa forma di negligenza passiva e cercare di prevenirla in modo da ridurre al minimo il rischio che i professionisti mettano in atto comportamenti di questo tipo nei confronti dell’utenza e che tale pratica sia perpetrata e accettata come consuetudine.

Questo fenomeno deve essere riconosciuto e affrontato da parte dei superiori perché sinonimo di cattiva pratica da parte del professionista, legata a motivi intrinseci all’individuo o all’istituzione stessa.

3. Fattori di rischio per il maltrattamento

Per fattore di rischio si intende una specifica condizione che è statisticamente associata ad una conseguenza (rischio di maltrattamento) e che pertanto si ritiene possa concorrere alla probabile manifestazione, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso, la gravità. Questi possono essere sia interni all’individuo sia appartenenti al contesto.

«Secondo diversi autori si possono definire a rischio di maltrattamento tutte le persone/ospiti o pazienti che accumulano fattori di vulnerabilità fisica, psichica, funzionale, cognitiva e comportamentale che li espongono al rischio di maltrattamento, soprattutto se si aggiunge l’effetto convergente di risorse quantitativamente e qualitativamente inadeguate, processi di cura mal definiti o non adatti alla presa in carico di situazioni complesse o mancanza di sostegno e formazione del personale»⁶.

Un fattore di rischio non è pertanto un agente causale, ma un indicatore di probabilità che lo stesso possa associarsi a una determinata condizione; la sua assenza non esclude la comparsa della possibilità di maltrattamento, ma la sua presenza, o la compresenza di più fattori di rischio, ne aumenta notevolmente lo stesso.

⁶ “Forum Medical Suisse 2015”, Smith, Nakamura, Büla

3.1 Potenziali fattori di rischio

<p>Caratteristiche dell'utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente complesso con un alto bisogno di cure sia tecniche, sia emotive e relazionali (alta dipendenza da terze persone come <i>caregiver</i>, badante, spitex, figli) - Presenza di disturbi cognitivi - Disturbi della comunicazione con difficoltà di espressione e comprensione - Presenza di disturbi psichici o ritardo mentale - Disturbi comportamentali e/o di aggressività - Pochi contatti sociali - Passato di violenza e abuso - Difficoltà finanziarie (che impediscono l'accesso a mezzi ausiliari, ecc.)
<p>Caratteristiche dei caregiver (a domicilio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esaurimento, stress, sovraccarico, sensazione di impotenza - Elevata età del <i>caregiver</i> o capacità cognitiva ridotta - Abuso di sostanze stupefacenti, dipendenze da farmaci, alcool o da gioco - Passato di violenza e abuso (subita o perpetrata) - Difficoltà economiche e sociali, dipendenza economica dalla persona anziana - Patologie, disturbi di natura psichiatrica - Mancanza di gratificazione per il lavoro svolto - Non conoscenza e accettazione della malattia del proprio caro (elevata espressione delle emozioni «negative») - Difficoltà relazionali con la persona anziana - Isolamento sociale - Essere l'unico <i>caregiver</i> - Mancanza di strategie di gestione dello stress e di recupero delle energie spese - Convivenza in ambiente ristretto - Mancanza di aiuti o ausili esterni - Difficoltà famigliari

Caratteristiche dei professionisti (in istituto e a domicilio)	<ul style="list-style-type: none"> - Elevato stress professionale dato dal carico e dal tipo di cure (frustrazione, senso di impotenza, esaurimento, non sapere cosa fare,...) - Lavoro prioritariamente individuale (per i professionisti a domicilio) - Sentimento di impotenza, frustrazione e stress del curante - Mancanza di strategie di gestione dello stress - Mancanza di risorse personali e ambientali - Cattiva organizzazione del lavoro, cattivo ambiente di lavoro - Assenza di riconoscenza, soddisfazione, gratificazione - Assenza o scarsa motivazione al lavoro - Assenza di formazione continua - Mancanza di conoscenze adeguate sulle patologie demenziali o psichiatriche o sulle dipendenze - Assenza di possibilità di scambio, supervisione, confronto costruttivo - Inadeguata gestione del personale - Immagine sociale negativa del lavoro di assistenza e cura di persone anziane - Mancanza di risorse, attività, spazi, relazioni adeguate alle necessità/bisogni/capacità della persona anziana - Patologie e problemi personali importanti - Logistica/struttura sfavorevole all'organizzazione
---	---

4. Indicatori di riconoscimento di un sospetto maltrattamento

Il professionista deve essere in grado di riconoscere ed evidenziare la correlazione tra indicatore e potenziale rischio che una qualsiasi forma di maltrattamento sia in atto nei confronti dell'utente, ma anche dell'operatore o del *caregiver*.

Generalmente, un indicatore unico e non ripetuto nel tempo non è sufficiente a determinare un sospetto di maltrattamento, mentre sovente la presenza di più indicatori fa scattare l'allerta.

Gli indicatori elencati di seguito sono da considerarsi solo a titolo esemplificativo per facilitare l'orientamento in funzione del fenomeno analizzato; non sono pertanto esaustivi.

Per quanto attiene agli indicatori fisici, psichici, sociali, di negligenza o eccesso di cure la valutazione clinica dei curanti (capocure, direttore sanitario, specialista clinico, psicologo) è fondamentale per identificare la presenza o meno di elementi specifici.

Sostanzialmente, per stabilire se si tratti o no di un probabile maltrattamento è necessario differenziare tra i problemi clinici del paziente, di processo, di errore individuale dell'operatore, di mancanza di conoscenza e pratica professionale o istituzionali (per esempio, il paziente presenta un ematoma: per indagare "a cosa sia dovuto" è opportuno analizzare le origini e le cause di questo segno, chiedendosi se la causa è riconducibile ad aspetti clinici o di altra natura).

Indicatori di abusi psicologici	<ul style="list-style-type: none"> - Improvvisa modifica del comportamento - Inappetenza e/o insonnia - Paura e rassegnazione - Passività, ripiegamento su se stessi, mutismo, apatia - Sintomi depressivi (di nuova e apparente inspiegabile insorgenza) - Sentimenti d'impotenza, disperazione o angoscia - Dichiarazioni contraddittorie o ambivalenti - Esitazione a parlare, ritiro sociale, paura inspiegabile - Elusione di contatti fisici, verbali e visivi con il <i>caregiver</i>
Indicatori di abusi fisici	<ul style="list-style-type: none"> - Bruciate, ecchimosi, ematomi, graffi - Segni intorno ai polsi o di contenzione rudimentale - Alterazione dello stato di salute della persona non riconducibile alla terapia prescritta o alle condizioni della persona stessa - Lesioni non spiegabili e/o non trattate - Presenza non necessaria o richiesta del <i>caregiver</i> durante l'igiene dell'utente - Cadute inspiegabili - Riscontri tramite test di laboratorio di sovra/sotto dosaggio di farmaci prescritti o presenza di medicinali non prescritti (sedativi/neurolettici) - Rifiuto del paziente di recarsi nello stesso pronto soccorso per le ferite riportate
Abuso sessuale	<ul style="list-style-type: none"> - Ematomi intorno al seno o ai genitali, all'interno coscia/e - Infezioni genitali o malattie sessualmente trasmissibili - Emorragie genitali non definite - Confidenze e/o tracce di racconto da parte dell'utente

<p>Indicatori di abusi finanziari e materiali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prelievo atipico di denaro dal conto della persona anziana - Prelievo di denaro non coerente allo stato patrimoniale - Modifica improvvisa del testamento o cambiamento del titolo di proprietà per lasciare dei beni (immobili, auto, gioielli, ecc.) a parenti o nuovi amici - Inspiegabile scomparsa di beni - Transazioni sospette sul conto corrente/ deposito o della carta di credito - Mancanza di uno stile di vita e di cure adeguate ai mezzi finanziari della persona - Eccessiva insistenza nel tenere a domicilio la persona nonostante non vi sia totale o minimo beneficio - Acquisti e regali di beni costosi per terzi - Fatture non saldate, richiami, precetti, sospensione copertura assicurativa cassa malati
<p>Negligenza e/o eccesso delle cure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non ascoltare, non prendere in considerazione le richieste del paziente - Abitazione trascurata - Condizioni abitative pericolose, non sicure e/o non salubri, sporcizia - Piaghe da decubito non trattate - Frigorifero vuoto o con cibi non più commestibili - Condizioni igieniche inadeguate (presenza di animali e di loro escrementi, accumulo di oggetti) - Abiti inadatti alla persona e/o alla stagione - Mancanza di occhiali e ausili (apparecchi acustici o dentiera) - Malnutrizione e disidratazione - Bisogni di base non soddisfatti - Abbandono della persona - Eccesso di cure, zelo come eccessiva igiene, orari rigidi, iper protezionismo da parte di terzi e curanti - Limitazione della libertà a scopo di sicurezza - Cambio frequente del medico e del servizio di aiuto domiciliare

Violazione dei diritti	<ul style="list-style-type: none"> - Impedimento reale o avvertito di non permettere o impedire alla persona di esercitare i propri diritti - Non rispetto del segreto professionale o della sfera intima/privata - Non rispetto dell'autodeterminazione, del diritto d'informazione e/o di partecipazione alle cure - Non rispetto della volontà della persona in materia di cure
-------------------------------	--

5. I fattori di protezione

I fattori di protezione costituiscono delle variabili di natura individuale, di gruppo e ambientale in grado di contrastare o addirittura annullare l'influenza dei fattori di rischio di incappare in qualsiasi forma di maltrattamento, agita o subita.

Per il professionista (in istituto e a domicilio)	<ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza delle patologie dementigene, psichiatriche, dipendenze e loro manifestazioni e correlazioni - Conoscenza della biografia (o autobiografia) dell'anziano e dell'anamnesi clinica della persona - Conoscenza di eventuali direttive anticipate e del rappresentante terapeutico (ev. da definire), alternativamente cosa il paziente avrebbe desiderato se avesse potuto scegliere - Acquisizione di una solida formazione, competenza tecnica e relazionale - Conoscenza di sé, dei propri limiti e risorse - Disponibilità di uno o più modelli di riferimento di cura riconosciuti nella letteratura professionale - Inclinação a mettersi in discussione e riflettere sul proprio agire professionale
Caratteristiche ambientali e sociali	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di supervisione - Possibilità di variazione del lavoro (turnistica, reparto, mansioni,...) - Ambiente di lavoro favorevole al sostegno, crescita, confronto costruttivo e valorizzazione - Presenza di una cultura dell'errore e non giudizio sulla persona o sull'operatore

Per il caregiver a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di strategie di gestione dello stress (<i>burden</i>) - Presenza di risorse personali e ambientali - Riconoscimento per il lavoro svolto, soddisfazione, gratificazione - Possibilità di avere momenti di svago e di distacco dal ruolo di <i>caregiver</i> - Conoscenze adeguate sulla patologia del proprio caro/a - Capacità di accettazione della malattia del proprio caro/a - Presenza di aiuti concreti da parte di persone di fiducia - Possibilità di chiedere aiuto e sostegno per sé (es.: partecipazione a gruppi di auto-aiuto)
-------------------------------------	--

6. Gestione della segnalazione di un caso di sospetto maltrattamento

Il compito della direzione congiunta (direzione sanitaria e amministrativa, di seguito direzione) di un istituto sanitario e/o sociosanitario è di gestire e analizzare le varie situazioni relative al presunto maltrattamento.

Sostanzialmente, questo capitolo si prefigge di dare una risposta su **cosa fare o non fare in seguito a una segnalazione di sospetto di maltrattamento in istituto o a domicilio**.

La direzione aprirà il dossier «Segnalazione sospetto di maltrattamento», nello specifico compilando la «Scheda di sospetto di episodio di maltrattamento» (vedi allegato 1). Il dossier è conservato in direzione in forma riservata e tenuto a disposizione per ulteriori indagini delle autorità. Inserire, nella cartella dell'utente rispettivamente nel dossier del collaboratore (nel caso fosse il potenziale agente maltrattante), una nota al fine di rendere attenti gli interessati sull'esistenza di questo dossier.

Nella scheda devono essere registrate, in particolare, le seguenti informazioni:

- a) dati anagrafici della presunta vittima (nome, cognome, data di nascita, domicilio)
- b) dati anagrafici e la funzione/formazione (se si conoscono) del presunto agente maltrattante
- c) descrizione dell'evento nella forma, il più possibile oggettiva, dando risposta alle seguenti domande: chi, cosa, come, quando, dove, da o per quanto tempo, perché (allegare eventuali prove). **Nella segnalazione devono essere presentati e registrati, per quanto possibile, informazioni e dati oggettivi privi di commenti personali**

- d) data e firma di chi ha raccolto e registrato la segnalazione (per relatore si intende: direttore sanitario, direttore amministrativo, capocure come pure caporeparto o altre figure professionali)
- e) data e firma di chi ha fatto la segnalazione (se d'accordo)
- f) azioni intraprese dalla direzione (descrizione di quanto fatto) e l'esito
- g) conclusione con la decisione finale e le misure intraprese
- h) firma della direzione.

Cosa fare concretamente (vedi allegato 2):

- a) mantenere la calma e massimo riserbo
- b) identificare la situazione a rischio
- c) valutare se vi è evidenza di reato (vedi articolo 68 e 68a⁷ Legge sanitaria: *“Obbligo di segnalazione da parte di operatori sanitari e Obbligo di segnalazione da parte di direzioni amministrative e sanitarie”*)
- d) valutare la messa in sicurezza e sostegno immediati della vittima (urgenza? es. cambio stanza, trasferimento in ospedale o clinica, supporto psicologico,...)
- e) decidere la strategia di verifica da parte della direzione e chi è responsabile della raccolta dei diversi tipi di informazione:
 - e1) ascoltare la persona (la presunta vittima) per raccogliere le informazioni di verifica
 - e2) raccogliere le informazioni documentali (cartella sanitaria, esami,...)
 - e3) monitorare la situazione (se non è chiara e evidente)
- f) analizzare i dati raccolti e definire l'esito delle verifiche rispondendo alla domanda:
 - f1) si tratta di un sospetto di reato?
 - f2) si tratta di un sospetto maltrattamento o di una violazione delle premesse di sicurezza in ambito sanitario?
- g) valutare l'istanza competente alla quale segnalare (in caso di dubbio l'Ufficio del medico cantonale è consultabile per un confronto sul procedere)
- h) registrare l'esito dell'analisi: nessun maltrattamento, correzione di processi e dinamiche professionali, segnalazione alle istanze ufficiali preposte o procedura disciplinare secondo regolamento del personale se errore/negligenza individuale o maltrattamento.

Cosa non fare

In caso di reati di natura penale e soggetti a denuncia d'ufficio l'inchiesta interna non deve in nessun modo interferire con le competenze del Procuratore pubblico. Se la situazione è complessa, suscettibile di dubbi sul procedere e vi è il sospetto che il maltrattamento sia di natura penale, il caso va trasmesso al Ministero pubblico e in casi dubbi discusso con il Procuratore pubblico o l'Ufficio del medico cantonale. Le disposizioni seguenti vanno nell'ordine di quanto sopra indicato.

- Limitarsi alla raccolta d'informazioni circostanziali, non investigare, non indagare su quanto si suppone sia accaduto.
- Non interrogare la potenziale vittima (non indagare oltre la comprensione della veridicità dei fatti riportati, i dettagli e la dinamica dell'accaduto).

⁷ Per decreto 9 settembre 2018 del Presidente della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale l'entrata in vigore è sospesa e vale la situazione giuridica precedente - BU 2018, 366.

- Non interrogare il potenziale agente maltrattante (non indagare oltre lo scopo di comprendere la veridicità dei fatti riportati, i dettagli e la dinamica dell'accaduto).
- Non confrontare la potenziale vittima con il potenziale agente maltrattante.

6.1 Alcuni elementi da far emergere durante il colloquio con il segnalante

Di seguito sono elencati punti e domande che si consiglia di utilizzare come traccia al momento dei primi approfondimenti sulla segnalazione di un sospetto maltrattamento.

1. Testimonianza dell'utente o sospetti del segnalante?

Lasciare parlare liberamente l'utente/segnalante

2. Descrizione dell'evento di possibile maltrattamento

Osservazioni e valutazione del segnalante (come e perché è giunto a questo tipo di conclusione? Che cosa ha raccontato l'utente?)

Descrizione dei segni e/o indicatori oggettivi per un sospetto di maltrattamento

(Che cosa ha visto o sentito il segnalante? Descrizione di tutti i fatti/comportamenti)

3. Altri suggerimenti, informazioni da raccogliere e dettagli da tener presente:

3.1) Il segnalante ha parlato di questo fatto con qualcun altro oltre la direzione?

3.2) Quali altri passi sono stati intrapresi sinora, oltre alla segnalazione alla direzione?

3.3) Quali sono le aspettative del segnalante?

3.4) Accogliere le eventuali preoccupazioni del segnalante

3.5) Tranquillizzare e informare il segnalante sul procedere (cosa non deve fare il segnalante e chi si occuperà del caso d'ora in avanti).

6.2 Violazione delle premesse di sicurezza in ambito sanitario

Fortunatamente nella maggior parte dei casi non si è nel campo di un probabile reato legato al maltrattamento del paziente.

Può darsi che l'esito della valutazione della segnalazione di un caso di sospetto di maltrattamento abbia portato a stabilire una causa diversa rispetto all'ipotesi iniziale di maltrattamento. Questo, tuttavia, non significa che non vi siano delle decisioni da prendere.

La "causa" che ha portato a un "danno" all'utente può derivare da un atto d'assistenza e/o terapeutico non fornito in sicurezza, da un errore, da una mancata applicazione delle conoscenze professionali, delle pratiche o della relazione terapeutica tra operatore e utente: tutto questo rappresenta un fallimento attivo durante l'attività d'assistenza.

I motivi alla base di un errore possono derivare da diversi fattori.

È pertanto necessario analizzare i fattori che possono aver influenzato la pratica clinica determinando esiti inefficaci e/o dannosi.

Di seguito presentiamo, grazie a delle domande guida, alcuni elementi che potrebbero influenzare negativamente la pratica clinica.

L'elenco sotto riportato non è esaustivo, ma vuole essere una traccia di riflessione per analizzare le svariate situazioni al fine di comprenderne la natura.

1. Fattori legati al compito e/o al processo

- Le procedure e i processi di lavoro sono disponibili?
- Le procedure e i processi di lavoro sono conosciuti?
- Le procedure e i processi sono elaborati correttamente?
- Le procedure e i processi si basano su conoscenze aggiornate e scientificamente riconosciute?

2. Fattori legati all'individuo

- L'operatore ha un "buon" livello di conoscenza professionale?
- L'operatore applica le conoscenze?
- L'operatore utilizza la relazione terapeutica adatta alla situazione?
- L'operatore è in buono stato di salute psico-fisica?
- L'operatore è un neo assunto?
- L'operatore ha violato il proprio mansionario?
- L'operatore ha violato le norme di premesse di sicurezza sanitaria?
- L'operatore ha violato dei diritti del paziente?

3. Fattori legati al team di lavoro

- Come sono le dinamiche relazionali all'interno del team?
- Com'è la comunicazione all'interno del team?
- Come avviene il passaggio d'informazioni?
- Com'è composto il team (skill mix)?
- Com'è il clima di lavoro nel team?

4. Fattori legati all'ambiente di lavoro

- La dotazione/skill mix del personale è adeguata al carico di lavoro?
- Il carico di lavoro è proporzionato per il singolo operatore e al team?
- Il tempo per l'esecuzione delle prestazioni è adeguato alle esigenze della persona?
- Le attrezzature sono sufficienti e coerenti alla tipologia di attività svolta?
- L'organizzazione/pianificazione/suddivisione delle attività è adeguata?

7. L'informazione e il supporto

Ogni situazione di sospetto maltrattamento ha delle conseguenze, non solo per chi ne è direttamente coinvolto. Infatti, un'indagine per sospetto maltrattamento interessa potenzialmente tutta la struttura o il servizio.

Bisogna tenere in considerazione che l'informazione e il supporto sono aspetti, anche se trattati solo in questo capitolo, da tenere in considerazione sin dall'inizio di ogni segnalazione e analisi di un sospetto di maltrattamento.

Le persone in gioco non sono solo la persona maltrattata, il sospetto agente maltrattante o il segnalante ma anche i colleghi, i parenti, i responsabili ed eventualmente l'opinione pubblica. Le persone coinvolte direttamente hanno il diritto di ricevere un'informazione chiara e coerente su quanto accaduto o sta accadendo e sulle decisioni della direzione.

La presunta vittima o il suo rappresentante legale ha, in ogni tempo diritto di essere informata sulla procedura in atto, perché in diversi casi le denunce sono di parte.

È quindi auspicabile che la direzione informi sul diritto di denuncia nei casi di querela di parte: cioè in tutti quei casi dove la direzione non ha la base legale per procedere d'ufficio.

Infine la direzione può, in ogni momento, avvalersi del sostegno e accompagnamento del Servizio prevenzione e promozione della qualità di vita di Pro Senectute, come pure indirizzare la parte -che ritiene essere lesa- di avvalersi del servizio sopraccitato.

Di seguito alcune indicazioni per gestire una corretta informazione, laddove la direzione ha aperto un dossier "Segnalazione sospetto di maltrattamento".

Non fornire alcuna indicazione al personale prima che:

- la persona vittima di maltrattamento (o di sospetto) sia stata messa in protezione, se la situazione lo richiede;
- si siano annullati i rischi che l'agente maltrattante sia recidivo (allontanamento, accompagnamento, sorveglianza, ecc.);
- sia presa una decisione sulla segnalazione al Ministero pubblico, Polizia giudiziaria o all'Ufficio del medico cantonale per sospetto o certezza di reato;
- l'indagine da parte della Polizia giudiziaria si sia conclusa.

In quest'ultimo caso, il contenuto dell'informazione da fornire ai vari interessati dovrà essere concordato con le autorità che si occupano del caso (Ministero pubblico, Polizia giudiziaria, UMC). Questo, per non intralciare le attività investigative della Polizia giudiziaria e correre il rischio di inquinare le prove.

Qualora intervenga la Polizia giudiziaria e solo dopo il loro accordo, la direzione potrà, se lo ritiene necessario, fornire brevi spiegazioni su quanto successo, informando che è stata eseguita e/o è in corso un'indagine e seguiranno informazioni a tempo debito, ma al momento non è possibile fornire altre spiegazioni e s'invitano tutti al massimo riserbo e discrezione.

Al momento della chiusura dell'indagine, come sopra accennato, è importante poter fornire informazioni su quanto successo, dimostrando ai collaboratori e a tutte le persone coinvolte trasparenza e la messa in atto di una procedura corretta, tempestiva, nel rispetto della legge, a protezione degli utenti e in nome della professionalità. Questo tipo d'informazione garantisce l'invio di un messaggio di "tolleranza zero" per i comportamenti legalmente perseguibili e inadeguati nei confronti dell'utenza.

Qualora la verifica interna relativa alla segnalazione fosse legata a manchevolezze o disattesa delle premesse di sicurezza in ambito sanitario, la direzione seguirà la propria strategia comunicativa interna all'istituto.

Per quanto attiene al supporto, *in primis* va presa in carico la vittima di maltrattamento. In seguito, un *debriefing* o un sostegno psicologico per gli operatori della struttura coinvolti è fortemente consigliato, con l'accortezza - da parte della direzione - di mettere a disposizione un esperto del settore per elaborare l'accaduto.

È infatti compito della struttura prendersi in carico e monitorare le conseguenze del maltrattamento subito o percepito dall'utente e dal suo *entourage* e le eventuali ripercussioni sul loro benessere. Non è detto tuttavia che le persone manifestino dei sintomi di disagio o malessere nell'immediato; il vissuto potrà essere elaborato in un secondo tempo.

Alla stessa stregua un occhio di riguardo va riservato al segnalante che, assolvendo il suo dovere, rischia di essere vittima lui stesso di vessazioni, ripercussioni da parte di colleghi, come pure altre conseguenze spiacevoli.

In tutti questi casi il supporto non deve essere messo in atto da personale della struttura stessa, ma delegato a professionisti esterni tramite misure come l'accompagnamento psicologico, l'apertura di uno sportello di ascolto, colloqui individuali o di gruppo di *counseling* o supervisione.

Riassumendo, va tenuto presente che chi dirige una struttura o un servizio ha il compito di monitorare il benessere psicologico dell'utente, presunta o vittima di maltrattamento, del segnalante e dell'équipe coinvolta, verificandone lo stato di benessere/malessere anche nel breve-medio termine e avere aiuti e sostegni al fine di assicurare la crescita costruttiva e il superamento efficace ed efficiente del vissuto.

Nel contempo - qualora la direzione, dopo attenta valutazione, decidesse di continuare il rapporto lavorativo con il/la collaboratore/trice sospettato di essere l'agente maltrattante o si ha certezza che abbia agito in modo maltrattante - alternativamente bisognerà valutare la necessità di misure di sostegno psicologico e di accompagnamento al fine di ridurre al minimo i fattori di rischio rispetto a quanto successo e a simili situazioni.

Per tutti i motivi sopra esposti un'esaustiva presa in carico di una situazione di sospetto di maltrattamento grave, oltre alla gestione immediata, descritta nel diagramma di flusso, deve prendere in considerazione anche le possibili ripercussioni e conseguenze a medio e lungo termine. Il monitoraggio nel tempo e attenzione in questo senso sono consigliati.

8. Conclusione

Il presente documento descrive i principali elementi per (ri)conoscere le diverse tipologie di maltrattamento (secondo la definizione dell'OMS) e vuole essere una guida pratica per tutte le direzioni e gli enti a carattere sociosanitario che si potrebbero trovare confrontati con elementi di presunti maltrattamenti ai danni dei loro utenti.

È importante che le direzioni delle organizzazioni sociosanitarie sappiano affrontare, decodificare e gestire (allegato 2) le segnalazioni di presunte forme di maltrattamento differenziandole dalle cattive pratiche sanitarie, di cui si è parlato nel capitolo 2.2.

In conclusione, desideriamo accennare all'importanza della prevenzione e sensibilizzazione al tema del maltrattamento quale fattore di protezione necessario per ridurre al minimo situazioni dove il professionista può diventare agente maltrattante nei confronti dell'utenza.

Partendo dal presupposto che il rischio di "maltrattamento zero" non esiste in nessuna struttura o servizio, si comprende che il focalizzare regolarmente l'attenzione sul tema del maltrattamento, includendo le forme più sfumate e ordinarie, senza giudizio o accusa alcuna, permetta ai professionisti della relazione di aiuto di non perdere il senso del proprio agire e sentire quotidiano. Per questo motivo affermiamo l'importanza di momenti di scambio, di dibattito e di formazione sulla prevenzione del maltrattamento rispettivamente la promozione del buon trattamento.

A tal proposito è doveroso un accenno alla promozione del buon trattamento, detta “*bientraitance*” non tanto come assenza di maltrattamento, ma come valore e cura dedicati alla relazione tra utente e operatore e al riconoscimento del lavoro e del valore del professionista.

Il compito degli enti gestori delle strutture sociosanitarie è anche di chinarsi periodicamente per riflettere sul significato di buon trattamento nei confronti della propria utenza. Si tratta quindi di sviluppare una cultura collettiva del buon trattamento dove ogni elemento, dall’utente al collaboratore, ne possa beneficiare.

Una rilettura e un aggiornamento periodico del concetto quadro d’intervento condiviso con il personale, rappresentanti e utenti sono un approccio utile per mantenere viva l’attenzione sul tema del maltrattamento, al fine di istituire un comportamento e una vigilanza condivisi.

9. Abbreviazioni

MP	Ministero pubblico, autorità preposta al perseguimento dei reati penali
ADICASI	Associazione dei direttori delle case per anziani della Svizzera Italiana
ARP	Autorità regionale di protezione
CVSan	Commissione di vigilanza sanitaria
UMC	Ufficio del medico cantonale
DA/DS	Direzione amministrativa, direzione sanitaria delle varie strutture
SRIP	Sezione dei reati contro l’integrità delle persone della Polizia cantonale
SPPQV	Servizio prevenzione e promozione qualità di vita

10. Leggi di riferimento

Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) (in particolar modo art. 68)

Codice civile svizzero

Legge sull’organizzazione e la procedura in materia di protezione del minore e dell’adulto

Codice penale svizzero

Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane

11. Contatti utili

Commissione di vigilanza sanitaria

c/o Ufficio di sanità
Via Orico 5
6500 Bellinzona
Tel +41 91 814 30 45
e-mail: dss-us@ti.ch

Ministero pubblico

Via Pretorio 16
6900 Lugano
Tel. +41 91 815 53 11

Ufficio del medico cantonale

Via Dogana 16
6500 Bellinzona
Tel. +41 91 814 40 02
e-mail: dss-umc@ti.ch

Polizia giudiziaria

Via Bossi 2B
6901 Lugano
Tel. urgenze 117 / 112
Tel. 0848 25 55 55
e-mail: polizia@polca.ti.ch

Servizio di prevenzione e promozione della qualità di vita di Pro Senectute Ticino e Moesano

Via Vanoni 8/10
6904 Lugano
Tel. +41 91 912 17 77
e-mail: info@prosenectute.org

12. Allegati

12.1 Segnalazione sospetto di maltrattamento (Scheda)

12.2 Flusso Procedura per gestione sospetto maltrattamento

12.3 Elenco "Reati penali perseguibili d'ufficio rispettivamente a querela di parte" redatto a cura di Pro Senectute

Scheda di sospetto di episodio di maltrattamento

Dati del/la segnalante (se diverso dalla potenziale vittima)

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Dati della potenziale vittima

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Rappresentante legale: _____

Dati del presunto maltrattante (se conosciuti)

Nome e cognome: _____

Funzione/formazione: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Riassunto dettagliato e preciso del racconto del/la segnalante

Luogo e data: _____

Firma del/la segnalante: _____

Firma della potenziale vittima: _____

Nome, cognome e funzione del relatore: _____

Firma: _____

Verifiche intraprese dalla Direzione (datate e in ordine cronologico)

Esito verifiche intraprese

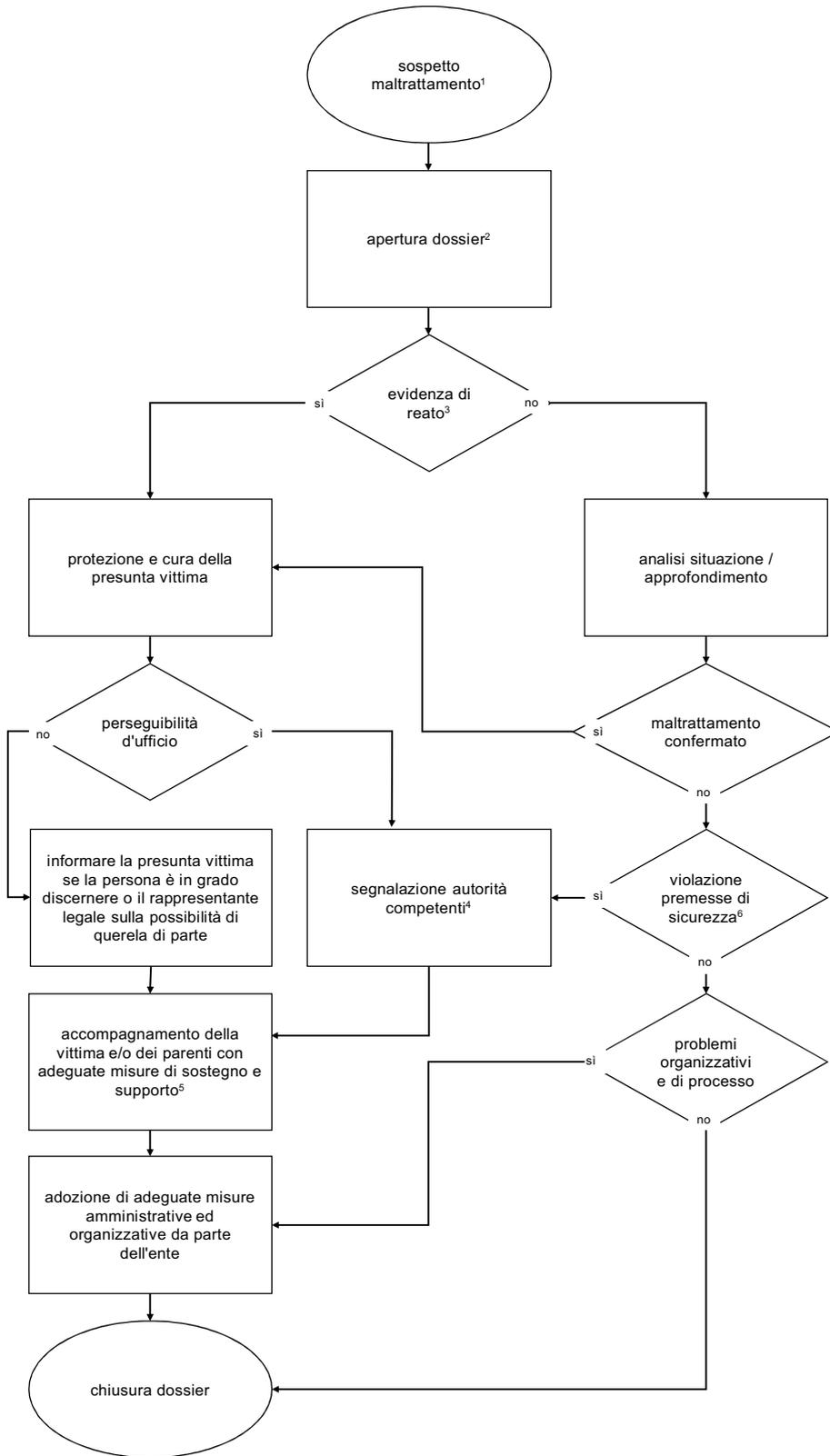
Conclusione in termini di decisione e/o misure intraprese

Spazio riservato alla Direzione

Luogo e data: _____

Nome, cognome e funzione: _____

Firma: _____



1. La segnalazione può essere fatta da qualsiasi persona, in forma orale oppure scritta all'indirizzo della direzione (DA/DS/Capo cure)
2. Apertura dossier da parte della direzione come previsto al capitolo 6 del documento "Sospetto maltrattamento: linee guida e protocollo di gestione"
3. Obbligo di segnalazione entro 30 giorni alle autorità MP e/o UMC. In caso di dubbi sul procedere è opportuno rivolgersi all'UMC
4. Obbligo di segnalazione alle autorità MP e/o UMC, a seconda del reato la segnalazione può essere fatta anche all'ARP o alla CVSAN
5. La consulenza (informazione, accompagnamento e sostegno) può essere chiesta al Servizio prevenzione e promozione qualità di Pro Senectute o anche al Servizio Vigilanza e qualità dell'UMC
6. Violazione diritti sanitari del paziente, errore clinico, problema organizzativo, errore individuale (cfr. capitolo 6.2)

Reati penali perseguibili d'ufficio rispettivamente a querela di parte

Codice di procedura penale

Nell'ambito delle loro competenze, le autorità penali sono tenute ad avviare e attuare un procedimento se vengono a conoscenza di reati o di indizi di reato (art. 7 cpv. 1 CPP).

Per i reati perseguibili soltanto a querela di parte, la procedura preliminare è avviata unicamente se è sporta querela (art. 303 cpv. 1 CPP); senza querela non ha luogo nessun perseguimento penale. L'autorità competente può adottare anche prima le misure conservative indifferibili (art. 303 cpv. 2 CPP).

La querela deve essere presentata alla polizia, al pubblico ministero o all'autorità penale delle contravvenzioni, per scritto oppure oralmente a verbale (art. 304 cpv. 1 CPP). Anche la rinuncia alla querela e il suo ritiro richiedono la forma scritta o la forma orale a verbale (art. 304 cpv. 2 CPP).

I reati perseguibili d'ufficio – i più gravi – vengono perseguiti dalle autorità penali anche se la persona lesa non ha sporto querela. Ognuno può sporgere denuncia per iscritto od oralmente presso un'autorità di perseguimento penale, anche se non è coinvolto personalmente (art. 301 cpv. 1 CPP).

Reati penali ipotizzabili

PERSEGUIBILI D'UFFICIO	PERSEGUIBILI A QUERELA DI PARTE
Lesioni personali gravi (art. 122 CPS)	
Lesioni personali gravi colpose (art. 125 cpv. 2 CPS)	Lesioni personali semplici colpose (art. 125 cpv. 1 CPS)
Lesioni personali semplici se (art. 123 cpv. 2 CPS): <ul style="list-style-type: none"> - veleno, arma o oggetto pericoloso - persona incapace di difendersi o della quale il colpevole aveva la custodia o doveva aver cura - coniuge durante il matrimonio o nell'anno successivo al divorzio - partner registrato o ex partner registrato durante l'unione domestica registrata o nell'anno successivo al suo scioglimento - partner eterosessuale/omosessuale in comunione domestica per tempo indeterminato durante questo tempo o nell'anno successivo alla separazione 	Lesioni personali semplici (art. 123 cpv. 1 CPS)

PERSEGUIBILI D'UFFICIO	PERSEGUIBILI A QUERELA DI PARTE
<p>Vie di fatto se il colpevole ha agito reiteratamente (art. 126 cpv. 2 CPS) contro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una persona della quale aveva la custodia o doveva aver cura - il coniuge durante il matrimonio o nell'anno successivo al divorzio - il partner registrato o ex partner registrato durante l'unione domestica registrata o nell'anno successivo al suo scioglimento - il partner eterosessuale/omosessuale in comunione domestica per tempo indeterminato se l'atto è stato commesso durante questo tempo o nell'anno successivo alla separazione 	Vie di fatto (art. 126 cpv. 1 CP)
Omicidio colposo (art. 117 CPS)	
Abbandono (art. 127 CPS)	
Esposizione a pericolo della vita altrui (art. 129 CPS)	
<p>Minaccia se(art. 180 cpv. 2 CPS):</p> <ul style="list-style-type: none"> - coniuge durante il matrimonio o nell'anno successivo al divorzio - partner registrato o ex partner durante l'unione domestica registrata o nell'anno successivo al suo scioglimento - partner eterosessuale/omosessuale in comunione domestica per un tempo indeterminato durante questo tempo o nell'anno successivo alla separazione 	Minaccia (art. 180 cpv. 1 CPS)
Sequestro di persona (art. 183 CPS)	
Coazione (art. 181 CPS)	
Coazione sessuale (art. 189 CPS)	
Atti sessuali con persone incapaci di discernimento o inette a resistere (art. 191 CPS)	
Atti sessuali con persone ricoverate (art. 192 CPS)	
Violenza carnale (art. 190 CP)	
	Molestie sessuali (art. 198 CPS)

PERSEGUIBILI D'UFFICIO	PERSEGUIBILI A QUERELA DI PARTE
Appropriazione semplice (art. 137 cpv. 1 CPS)	Appropriazione semplice se (art. 137 cpv. 2 CPS): <ul style="list-style-type: none">- il colpevole ha trovato la cosa o ne è entrato in possesso in modo indipendente dalla sua volontà- ha agito senza fine di lucro- il reato è stato commesso a danno di un congiunto o di un membro della comunione domestica
Appropriazione indebita (art. 138 cpv. 1 CPS)	Appropriazione indebita a danno di un congiunto o di un membro della comunione domestica (art. 138 cpv. 2 CP)
Furto (art. 139 cpv. 1-3 CPS)	Furto a danno di un congiunto o di un membro della comunione domestica (art. 139 cpv. 4 CP)
Truffa (art. 146 cpv. 1-2 CPS)	Truffa a danno di un congiunto o di un membro della comunione domestica (art. 146 cpv. 3 CP)
Amministrazione infedele (art. 158 cpv. 1-2 CPS)	Amministrazione infedele a danno di un congiunto o di un membro della comunione domestica (art. 158 cpv. 3 CP)
Estorsione (art. 156 CPS)	
Usura (art. 157 CPS)	
Violazione del segreto d'ufficio (art. 320 CPS)	
	Violazione del segreto professionale (art. 321 CPS)
	Infrazione alla legge sulla protezione dei dati personali (art. 35 LPD)
	Delitti contro la sfera personale privata (art. 179 ss. CPS)