

*A Franco, il mio angelo in cielo.  
A Maria Luisa, il mio angelo in terra.*

## **SOMMARIO**

ABSTRACT:.....	5
INTRODUZIONE .....	8
NORMATIVA VIGENTE .....	9
LA VIOLENZA SESSUALE.....	12
Definizione e tipologie di violenza .....	12
Epidemiologia.....	15
Conseguenze fisiche e psicologiche .....	17
25 Novembre: Giornata mondiale contro la violenza sulle donne.....	18
SUPPORTO SOCIO SANITARIO ALLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA: A CHI RIVOLGERSI? .....	19
Centri antiviolenza.....	19
Strutture di accoglienza residenziale .....	19
Numeri di pubblica utilità .....	21
Educare alla non violenza .....	21
PROTOCOLLI ASSISTENZIALI.....	21
Linee guida nazionali.....	21
Percorso assistenziale .....	25
CODICE ROSA.....	28
Formazione e definizione.....	28
Obiettivi e finalità .....	29
RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DELLA TASK FORCE.....	29
Accoglienza in Pronto Soccorso .....	29
Importanza della formazione dell'infermiere .....	31
INFERMIERE FORENSE.....	32
Nascita dell'infermiere forense.....	32
Competenze e campi d'azione dell'infermiere forense .....	33
MATERIALI E METODI.....	34
RISULTATI.....	43
DISCUSSIONI.....	43
CONCLUSIONI .....	44
RINGRAZIAMENTI.....	45

SITOGRAFIA.....	48
Tabella 1 motivi della chiamata per trimestre 2018 - terzo trimestre 2022 .....	16
Tabella 2 Accessi totali e con diagnosi di violenza di donne in Pronto Soccorso .....	16
Tabella 3 Donne che si sono rivolte ai CAV per modalità di contatto\accesso. Anno 2020 .....	19
Tabella 4-Check-list esame fisico.....	26
Tabella 5-Check-list esame pelvico .....	27
Tabella 6-Trauma and violence informed empowering care model .....	31

**Parole chiave:** Nursing, Sexual violence, Sexual crimes, Women, Rape, Physical exam, Sexual assault evidence kit, Forensic examinations, Emergency room.

## **ABSTRACT**

### **Introduzione**

La violenza contro le donne continua ad essere un argomento di grande attualità; infatti, si contano circa 6 milioni e 788 mila donne che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Spesso le vittime si rivolgono al Pronto Soccorso in cerca di aiuto, infatti, solo nel 2022 gli accessi registrati sono stati 14.448, riguardanti per la maggior parte donne di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Purtroppo, però la quantità di casi di violenza è nettamente maggiore a quelli di cui siamo a conoscenza perché le donne che denunciano sono sempre meno, intimorite dalla reazione dell'aggressore o negligenti per quanto riguarda le varie modalità tramite le quali chiedere aiuto. Un ruolo molto importante, in questo ambito, spetta al professionista sanitario e alla sua capacità di identificare una donna in pericolo e di assisterla e saperla indirizzare verso un percorso appropriato che la tuteli a 360 gradi.

### **Obiettivi**

L'obiettivo di questo lavoro è quello di fare un case report partendo dall'analisi di un caso di cronaca italiana, il quale mi permetterà di andare ad analizzare la normativa vigente in ambito di violenza sessuale e di vedere se e come questi strumenti vengono usati, ponendo l'attenzione sulla gestione infermieristica del caso.

### **Metodologia**

L'elaborato è una revisione della letteratura. Per selezionare il materiale è stata effettuata una ricerca su PubMed e Google.

### **Risultati**

Quello che si evince da questa analisi è la chiara dimostrazione che in Italia la gestione di episodi di violenza contro le donne, in ogni sua forma e genere, presenta ancora diverse lacune sia a livello assistenziale che giuridico.

Quello che la Corte di Strasburgo condanna all'Italia è la mancanza di tempestività nella gestione degli episodi di violenza e delle relative denunce, e sottolinea la necessità di una riforma che permetta di agire in maniera preventiva e non repressiva.

Inoltre, a livello assistenziale, le donne si sentono “scoperte”, non protette ma soprattutto spaesate a causa della mancanza di un professionista formato che le segua e le accolga.

### **Discussione**

I risultati riscontrati evidenziano molte lacune e quest’ultime sono dovute principalmente alla mancanza di personale adeguatamente formato, alla presenza di un sistema legislativo che non agisce secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Leggi dello Stato.

Inoltre, le vittime di violenza sono restie dallo sporgere denuncia per paura della reazione dell’aggressore e del giudizio dei familiari, dei vicini di casa ma anche dei professionisti sanitari.

Tutto questo porta le vittime a non denunciare.

### **Conclusioni**

Da questo elaborato si evidenzia che l’Italia presenta molte lacune nella gestione globale della violenza di genere. Sarebbe opportuno mettere in atto due tipi di cambiamenti, ovvero: una riforma seria che permetta di agire in maniera preventiva, adeguata e tempestiva e un numero di personale sufficiente che sia formato e specializzato nella gestione degli episodi di violenza.

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Violence against women continues to be a highly relevant issue; indeed, approximately 6 million and 788 thousand women have experienced some form of physical or sexual violence during their lives. Often, victims turn to the Emergency Room seeking help, and in 2022 alone, 14,448 entries were recorded, mostly involving women aged between 18 and 34. Unfortunately, the number of violence cases is significantly higher than those reported because fewer and fewer women are coming forward, intimidated by the aggressor’s reaction or unaware of the various means by which they can seek help. Healthcare professionals play a crucial role in this context, particularly in their ability to identify women in danger, assist them, and guide them towards appropriate protective pathways that safeguard them comprehensively.

### **Aim**

The aim of this work is to present a case report based on the analysis of an Italian news case, which will allow for the examination of the current legislation on sexual violence

and assess how these tools are applied, with a focus on the nursing management of the case.

### **Methodology**

This paper is a literature review. The material was selected through a search on PubMed and Google.

### **Results**

The analysis clearly demonstrates that in Italy, the management of episodes of violence against women, in all its forms, still shows significant gaps both at the healthcare and legal levels.

The Strasbourg Court condemns Italy for the lack of timeliness in handling incidents of violence and related complaints and highlights the need for a reform that allows for preventive rather than repressive actions. Additionally, at the healthcare level, women feel "exposed," unprotected, and particularly disoriented due to the lack of trained professionals to support and welcome them.

### **Discussions**

The results highlight many shortcomings, primarily due to the lack of adequately trained personnel and a legislative system that does not act according to the modalities and timelines provided by state laws. Moreover, victims of violence are often reluctant to file complaints due to fear of the aggressor's reaction and the judgment of family members, neighbours, and even healthcare professionals. All these leads victims not to report the violence.

### **Conclusions**

This essay highlights the many gaps Italy shows in the matter of gender-based violence. It would be appropriate to introduce changes, such as an effective law reform, which would allow us to prevent such episodes, and intervene in an effective and timely manner. Also, an adequate number of specialised staff should be trained to navigate and manage those episodes of violence.

*“Pronto signora, mi dica?”*

*“Vorrei ordinare una pizza”*

*“Sta bene lei?”*

*“nono, per favore”*

*“ok, arriviamo subito, arriviamo subito. Piano secondo, giusto?!”*

*“Si”*

*“Rimani con me, allontanati, vai via da lì”*

*“Non posso”*

*“Okok, arriviamo”*

## **INTRODUZIONE**

Questa è solo una delle 51.713 chiamate effettuate nel 2023 al 1522, numero di pubblica utilità contro la violenza. (24 ORE, 2024) La violenza contro le donne continua ad essere un ostacolo alla realizzazione dei diritti umani per il raggiungimento dell'uguaglianza. Come recita [l'articolo 1 della dichiarazione Onu](#) sull'eliminazione della violenza contro le donne, *“è violenza contro le donne ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà”*. Secondo quanto riportato da alcuni studi condotti dall'ISTAT (ISTAT, Accessi delle donne in Pronto Soccorso, 2022), il tema della violenza sessuale, purtroppo è di grande attualità; infatti, quasi ogni giorno si sente parlare al telegiornale, in programmi televisivi o sui social network di donne uccise dai propri partner o di ragazze violentate nelle metropolitane delle grandi città. Basta pensare che solo nel 2022 le donne finite in ospedale sono state 14.448, ovvero 4,9 accessi ogni 10.000 abitanti. Di questi accessi, i ricoveri sono stati 1.196 riguardanti per la maggior parte donne giovani tra i 18 e i 34 anni, seguite da donne adulte di età compresa tra i 35 e i 49 anni.

Inoltre, aumentano sempre di più le chiamate effettuate al 1522 toccando quota 51.713; ma, di tutte le donne che cercano aiuto o si rivolgono al Pronto Soccorso, solamente il 27% denuncia.

Con questo mio lavoro vorrei portare la massima attenzione su questa tematica molto importante e delicata e lo farò partendo da un caso di cronaca italiana, che mi servirà per andare ad esplorare la normativa vigente, per focalizzarmi poi sulle Linee Guida Nazionali, definite tramite il Decreto del 24 Novembre del 2017, sul ruolo dell'infermiere e la gestione infermieristica nell'assistenza dei "Codici Rosa" in Pronto Soccorso.

Infine, vorrei sensibilizzare la popolazione portando alla luce le varie modalità tramite le quali chiedere aiuto perché, anche se ci fosse una sola persona tra chi sta leggendo che si trovasse in situazioni di pericolo, vorrei potesse trovare in questo mio elaborato il coraggio di denunciare.

## **NORMATIVA VIGENTE**

La normativa contro la violenza di genere persegue tre obiettivi: prevenire i reati, punire i colpevoli e proteggere le vittime. La prima legge significativa in materia di violenza sessuale è la [Legge n. 66 del 15 febbraio 1996](#), che recita così: *“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni”*. Nell'articolo 4, poi, continua dicendo che: *“La pena della reclusione è da sei a dodici anni se i fatti di cui all'09-bis sono commessi: 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici; 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa; 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci”*.

Con questa legge si segnò un passo decisivo per i diritti delle donne perché si iniziò a considerare la violenza come un delitto contro la libertà personale e non solo come un delitto contro la moralità ed il buon costume.

L'evoluzione della normativa italiana ha inizio con la [Legge n. 77 del 27 giugno 2013](#), in particolar modo con l'approvazione della Convenzione di Istanbul, redatta nel 2011. L'elemento principale della Convenzione fu il riconoscimento della violenza sulle donne



come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione. Essa prevedeva anche la protezione dei bambini, di qualsiasi sesso ed età, testimoni o meno della violenza.

Come citato nella legge, infatti, essa ha *“l’obiettivo di: a) proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; b) contribuire ad eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l’autonomia e l’autodeterminazione delle donne; c) predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica; d) promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; e) sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell’applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l’eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica”*.

Nel 2019, poi, troviamo un’altra legge che ha inciso particolarmente nel contrasto alla violenza di genere, che è la [Legge n. 69 del 2019](#). Quest’ultima ha rafforzato le tutele processuali delle vittime, ha introdotto alcuni nuovi reati nel Codice penale e ha aumentato le pene previste per i reati più commessi.

Nella legislatura corrente, infine, sono state approvate le seguenti leggi:

- [Legge n. 168 del 2023](#) → questa legge recante “Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica” ha l’obiettivo di rendere più efficaci le misure di prevenzione, rafforzando e inasprendo le pene per i recidivi.
- [Legge n. 122 del 2023](#) → questa legge interviene sull’obbligo per il pubblico ministero di assumere informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato il fatto entro tre giorni.

In Italia, però, tutto questo viene rispettato e messo in pratica?

Il [Sole 24 Ore](#), riporta nel 2022 un articolo intitolato *“L’Italia non ha protetto la vittima di violenza”*. (Rossitto, 2022)

Mi spiego meglio: la Corte di Strasburgo intervenne, per la quinta volta in cinque anni, per un caso legato alla violenza sulle donne e sui loro figli, denunciando l’Italia e le autorità nazionali di non aver agito secondo le tempistiche previste dalla legge.

Nella sentenza, infatti, si legge che *«la Corte rileva che mentre i carabinieri hanno reagito senza indugio alle due denunce che la ricorrente ha depositato nel novembre*

2015» mentre i pm (pubblici ministeri) «dal canto loro, più volte informati dai carabinieri, non hanno chiesto al Gip la misura cautelare richiesta dai carabinieri e non hanno svolto una rapida ed efficace indagine, dato che a sette anni dai fatti il procedimento è ancora pendente in primo grado».

Si prosegue, affermando che «l'indagine sui fatti denunciati tra il 2016 e il 2017 è ancora pendente e nessuna indagine, invece, è stata svolta a seguito dei maltrattamenti denunciati dai servizi sociali nel 2018». (Rossitto, 2022)

Questo è solo uno dei tanti casi riportati e denunciati: il caso Talpis.

Nel lontano giugno 2012, la moglie di Talpis riferì alle autorità della polizia che il marito, Andrei Talpis, con problemi di alcolismo, aveva picchiato lei e la figlia. Arrivati sul posto gli agenti della polizia trovarono l'uomo ubriaco in strada e madre e figlia ferite. La prima denuncia formale da parte della donna avvenne il 5 settembre 2012, 3 mesi dopo la prima aggressione, dopo essere stata ospite di un'associazione che aiuta le donne maltrattate.

Nel novembre 2013 la donna si era rivolta nuovamente alla polizia, dopo una lite furiosa che si è trasformata in una tragedia: l'uomo, infatti, ha ucciso il figlio e tentato di accoltellare la moglie.

L'uomo nel 2015 venne condannato all'ergastolo per omicidio e tentato omicidio, porto illegale di armi e maltrattamenti nei confronti della moglie e della figlia.

Alla luce di ciò, la Corte di Strasburgo, condanna all'Italia la mancata adozione degli obblighi previsti dagli art.1 e art. 2 della Convenzione di Istanbul. Infatti, la donna nel 2012, presenta denuncia, come riportato sopra, per maltrattamenti contro familiari, lesioni e minacce, chiedendo alle autorità di adottare misure urgenti al fine di proteggere lei e i suoi figli; questo però non avvenne perché queste misure vennero adottate solo nell'aprile 2013, ovvero sette mesi dopo. In quell'occasione la donna aveva cambiato la versione dei fatti e “ammorbido” le accuse nei confronti del marito; il pubblico ministero, quindi, non essendo al corrente dei nuovi episodi di violenza, chiese ed ottenne l'archiviazione del caso.

Quello che principalmente la Corte di Strasburgo recrimina all'Italia è la privazione dell'immediata protezione della donna e dei suoi figli, creando così un contesto favorevole a recidive da parte del marito.

Inoltre, si ritengono violati anche gli [articoli 2 e 3 della CEDU](#) (Convenzione europea dei Diritti dell'Uomo), i quali citano, rispettivamente, "Il diritto alla vita di ogni persona è

*protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita, salvo che in esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un tribunale, nel caso in cui il reato sia punito dalla legge con tale pena.” e “Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti”.*

Infine, il giudice ritiene che le autorità, sottostimando la gravità delle violenze subite dalla donna le abbiano di fatto approvate, andando a violare [l'articolo 14 della CEDU](#), il quale recita *“Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita od ogni altra condizione”.*

## **LA VIOLENZA SESSUALE**

### **Definizione e tipologie di violenza**

*“Qualsiasi atto di genere che provochi, o possa comportare danni fisici, sofferenze sessuali o psicologiche alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che avvengano in pubblico che in privato”.*  
(Giacomo, 2017)

*“Una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella privata”.* (Gazzetta Ufficiale, 2017)

In Italia sono circa 6 milioni e 788 mila le donne che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% tra i 16 e i 70 anni. (Sabati, violenza sulle donne, il delicato compito del pronto soccorso, 2017)

La violenza di genere è, inoltre, la prima causa di morte nel mondo per le donne tra i 16 e i 44 anni ed è una violazione dei diritti umani, come riportato sopra, che non va categorizzata, né stereotipata. (Sabati, Violenza sulle donne, il delicato compito del pronto soccorso, 2019)

È un problema sociale molto diffuso che non conosce distinzioni di età, cultura e religione. Essa è un crimine che colpisce entrambi i sessi di tutte le razze, età e livelli socioeconomici.

Come riportato nelle definizioni sovrastanti, possiamo delineare diverse tipologie di violenza contro le donne, quali:

- **VIOLENZA FISICA:** comprende l'uso di qualsiasi atto guidato dall'intenzione di fare del male o terrorizzare la vittima, come lancio di oggetti, spintoni, schiaffi, morsi, calci, pugni, colpire o cercare di colpire con un oggetto, percosse, soffocamento, minaccia o uso di armi da fuoco o da taglio.
- **VIOLENZA SESSUALE:** comprende l'imposizione di pratiche sessuali indesiderate o di rapporti che facciano male fisicamente e che siano lesivi della dignità, ottenute con minacce di varia natura. Sono da considerarsi violenza sessuale le molestie sessuali (anche telefoniche), il rapporto sessuale subito o estorto con la minaccia, la richiesta di atti sessuali umilianti, l'aggressione con o senza stupro, la prostituzione forzata e la tratta.
- **VIOLENZA PSICOLOGICA:** è la prima a manifestarsi e permette poi lo svilupparsi delle altre forme. Essa racchiude ogni forma di abuso che lede l'identità della donna come attacchi verbali, quali derisione, molestia verbale, insulto, denigrazione, finalizzati a convincere la donna di non valere nulla; isolare la donna, allontanarla dalle relazioni sociali di supporto o impedirle l'accesso alle risorse economiche e non, in modo da limitare la sua indipendenza; gelosia ed ossessività, come il controllo eccessivo, accuse ripetute di infedeltà e controllo delle sue frequentazioni; danneggiamento o distruzione degli oggetti di proprietà della donna; violenza sugli animali cari della donna e/o ai suoi figli/e.
- **VIOLENZA ECONOMICA:** definita come limitare o negare l'accesso alle finanze familiari, occultare la situazione patrimoniale e le disponibilità finanziarie della famiglia, vietare, ostacolare o boicottare il lavoro fuori casa della donna, non adempiere ai doveri di mantenimento stabiliti dalla legge, sfruttare la donna come forza lavoro senza dare in cambio nessun tipo di retribuzione, appropriarsi dei risparmi o dei guadagni del lavoro della donna e usarli a proprio vantaggio, attuare ogni forma di tutela giuridica ad esclusivo vantaggio personale e a danno della donna.

- STALKING: indica il comportamento controllante messo in atto dal persecutore nei confronti della vittima da cui è stato rifiutato. Spesso le condotte dello stalker sono subdole, volte a molestare la vittima e a porla in uno stato di soggezione, con l'intento di compromettere la sua serenità e non farla sentire libera. Sono stalking pedinamenti, inseguimenti, persecuzioni telefoniche e/o scritte, sottrazione o danneggiamento di oggetti.
- MOBBING: serie di atti o comportamenti persecutori, spesso protratti nel tempo e posti in essere nei confronti di una lavoratrice da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserita o dal suo "Capo", finalizzati all'esclusione della vittima dall'ambiente di lavoro.

La violenza nelle relazioni intime si manifesta in forma ciclica. La ricercatrice americana Lenore Walker (goap ) ha delineato [tre fasi](#) che rappresentano il maltrattamento come una strategia di controllo:

1. Crescita della tensione → è il primo momento della violenza verbale in cui lui è irritato e, quando lei cerca di capire cosa stia succedendo, lui nega o la accusa. Lei si domanda dove abbia sbagliato e tenta di compiacere il suo aggressore, evitando di contraddirlo e assecondando ogni sua decisione.
2. Esplosione della violenza → improvvisamente esplode la violenza fisica, che destabilizza, confonde e terrorizza la donna.
3. Falsa riappacificazione o luna di miele → è sempre l'aggressore che decide quando inizia e finisce questa fase. Nei primi periodi è caratterizzata da pentimenti e richieste di perdono con promesse di cambiamento e rinnovate dichiarazioni d'amore. Man mano che passa il tempo questa fase è sempre più breve, la donna diventa sempre più dipendente e l'uomo ha sempre più potere. La fase della falsa riappacificazione costituisce il rinforzo positivo che spinge la donna a restare all'interno della relazione violenta.

Ovviamente tutto questo va a creare un rapporto asimmetrico, non paritario, anche se spesso la donna non ne è immediatamente consapevole o quantomeno non del tutto.

## **Epidemiologia**

I [dati relativi all'anno 2022](#) (ISTAT, Accessi delle donne in Pronto Soccorso, 2022) evidenziano che le donne finite in ospedale sono state 14.448, ovvero 4,9 accessi ogni 10.000 abitanti, in aumento rispetto del 13% rispetto al 2021. Di queste i codici gialli erano il 27,7% e i ricoveri ordinati 1.196.

L'ospedalizzazione femminile è più elevata per le minorenni e le donne giovani di età compresa tra i 18 e i 34 anni, seguite dalle donne adulte tra i 35 e i 49 anni. Tra le minorenni le diagnosi che vengono riportate più frequentemente negli accessi al PS, sono relative ad abuso sessuale su minore, abuso di minore non specificato, osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza; mentre, per le donne di età maggiore o uguale a 18 anni le diagnosi più frequenti sono relative al maltrattamento di adulto, non specificato, all'anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica e all'abuso sessuale di adulto e alla sindrome dell'adulto maltrattato.

Tra le minorenni, inoltre, l'esecutore, in oltre la metà dei casi, è il padre o il patrigno; mentre, tra le donne adulte, il partner viene dichiarato come esecutore nel 39,2% dei casi e il padre o il patrigno nell'8,8%.

Nel 2022 le chiamate al 1522, numero di pubblica utilità contro la violenza, sono cresciute del 59%, arrivando a 51.713. Nel secondo trimestre, tra i motivi delle chiamate si è registrato un incremento sia nelle richieste di informazioni, sia nelle richieste di aiuto non strettamente legato alla violenza. Nel terzo trimestre, invece, questo incremento è più contenuto.

Nonostante questo aumento si registra, purtroppo, un calo delle denunce, infatti solo il 27% delle donne denuncia.

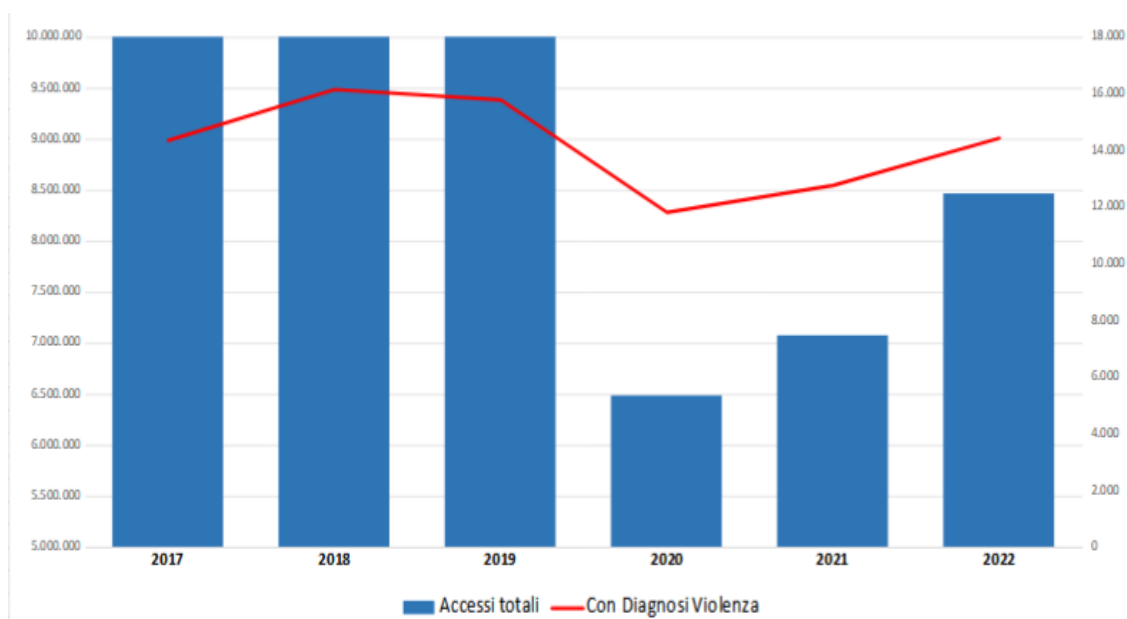
Tabella 1 motivi della chiamata per trimestre 2018 - terzo trimestre 2022

(ISTAT, 2022)

Categorie	2018				2019				2020				2021				2022			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	
<b>Ciamate valide (Utenti)</b>																				
Richiesta di aiuto vittima di violenza	1.844	1.835	1.629	1.748	1.728	1.632	1.589	1.534	1.567	4.226	2.973	2.888	3.072	3.009	2.776	2.939	2.222	2.070	2.123	
Informazioni sul servizio 1522	1.177	1.232	1.078	1.597	1.395	1.528	1.510	2.451	2.245	2.742	263	954	1.401	2.213	2.008	3.739	2.384	2.319	2.037	
Informazioni sui Centri Antiviolenza Nazionali	1.164	1.021	1.050	1.311	1.007	747	751	982	993	1.580	1.141	1.258	1.291	1.284	1.007	1.625	1.074	1.184	1.039	
Segnalazione di un caso di violenza	450	364	331	274	250	280	295	273	278	893	804	636	782	803	664	647	446	381	346	
Numeri utili per chiamate fuori target	658	755	682	800	550	405	391	350	305	2.796	394	550	680	428	1.142	1.539	1.159	1.136	1.115	
Richiesta di aiuto vittima di stalking	249	231	212	234	232	230	211	224	216	447	337	342	436	401	303	372	289	277	240	
Informazioni giuridiche	218	240	239	237	152	110	77	45	69	176	147	167	230	302	271	404	205	188	208	
Emergenza	53	54	41	59	42	57	44	31	43	76	11	3	26	29	13	7	11	11	9	
Info. per professionisti sulle procedure da adottare in caso di violenza	18	7	6	5	11	12	13	3	4	13	27	21	19	18	27	44	18	27	53	
Segnalazione disfunzione servizi pubblici/privati	3	7	12	3	17	6	2	1	2		30	17	12	15	5	12	3	7	1	
Segnalazione su Media	1	3			1	1	1	1	4	4			9	0	0	2	1	1	1	
Responsabilità giuridica degli operatori dei servizi pubblici	12	4	7	9	13	4	16	9	5	5	9	4	6	0	1	2	1	1	1	
Chiamata Internazionale fuori orario	12	20	19	22	14	23	29	31	13	35	1	2	5	0	0	1			2	
Richiesta di aiuto per Discriminazione											7	9	5	6	3	4			2	
<b>TOTALE Valide</b>	<b>5.857</b>	<b>5.773</b>	<b>5.306</b>	<b>6.297</b>	<b>5.411</b>	<b>5.035</b>	<b>4.929</b>	<b>5.915</b>	<b>5.744</b>	<b>12.942</b>	<b>6.144</b>	<b>6.858</b>	<b>7.974</b>	<b>8.508</b>	<b>8.217</b>	<b>11.337</b>	<b>7.814</b>	<b>7.562</b>	<b>7.177</b>	
Chiamate non valide	3.571	4.246	3.009	4.201	5.513	4.685	5.845	3.675	2.861	4.101	2.007	2.914	4.392	4.697	4.100	5.784	4.456	4.475	4.286	
<b>Totale Vittime*</b>	<b>2.595</b>	<b>2.482</b>	<b>2.213</b>	<b>2.312</b>	<b>2.251</b>	<b>2.198</b>	<b>2.137</b>	<b>2.061</b>	<b>2.103</b>	<b>5.606</b>	<b>4.125</b>	<b>3.874</b>	<b>4.310</b>	<b>4.243</b>	<b>3.752</b>	<b>3.967</b>	<b>2.965</b>	<b>2.716</b>	<b>2.717</b>	
<b>Totale chiamate</b>	<b>9.428</b>	<b>10.019</b>	<b>8.315</b>	<b>10.498</b>	<b>10.924</b>	<b>9.720</b>	<b>10.774</b>	<b>9.590</b>	<b>8.605</b>	<b>17.043</b>	<b>8.151</b>	<b>9.772</b>	<b>12.366</b>	<b>13.205</b>	<b>12.317</b>	<b>17.121</b>	<b>12.270</b>	<b>12.037</b>	<b>11.463</b>	

Tabella 2 Accessi totali e con diagnosi di violenza di donne in Pronto Soccorso

(ISTAT, Accessi delle donne in Pronto Soccorso, 2022)



Facendo un paragone con i dati relativi all'anno 2021 possiamo riscontrare che:

- rispetto al secondo e al terzo trimestre 2021, nei corrispondenti trimestri del 2022 si registra un calo delle chiamate al numero di pubblica utilità – 1522: da 8.508 si passa a 7.562 nel secondo trimestre e da 8.217 a 7.177 nel terzo trimestre.
- gli accessi delle donne in Pronto soccorso con diagnosi di violenza evidenziano un aumento rispetto ai dati del 2021, pari a 12.780.
- nel 2021, si sono registrati 4,4 accessi in PS di donne con indicazione di violenza per 10.000 residenti, rispetto ai 4,9 nel 2022.

- i tassi di accesso delle straniere sono stati più del doppio e le donne maggiormente colpite sono quella di età compresa tra i 18 e i 34 anni, seguite dalle donne adulte tra i 35 e i 49 anni, come nel 2022.

Venendo ad oggi, il [Report](#) “Violenza sulle donne” del Servizio analisi criminale della Direzione Centrale Polizia Criminale, aggiornato all’8 marzo 2024, evidenzia che le vittime di violenza sessuale sono state 6.062, di cui il 91% donne; mentre, i dati riportati dal [Report](#) “omicidi volontari”, aggiornato al 7 Aprile 2024, evidenzia che sono stati registrati 78 omicidi, 15% in più rispetto allo stesso periodo del 2023.

### **Conseguenze fisiche e psicologiche**

Durante l’infanzia e l’adolescenza la violenza sessuale può portare al rischio di sviluppare problemi di salute e/o di comportamenti dannosi per la salute; in età adulta, invece, possiamo riscontrare aborti, gravidanze indesiderate o complicanze durante la stessa, suicidi, abuso di alcool o di stupefacenti. Infine, i figli delle donne vittime di violenza, come conseguenza dell’essere coinvolti in tali situazioni, godono di uno stato di salute e di educazione inferiore e possono poi soffrire di disturbi emotivi e del comportamento.

La violenza sessuale è spesso associata a delle conseguenze fisiche e psicologiche.

Le conseguenze fisiche riguardano lesioni addominali, lividi, fratture, fibromialgie, lacerazioni e/o abrasioni e sindrome da dolore cronico; tra le conseguenze sessuali riproduttive, invece, troviamo gravidanze indesiderate, aborti, patologie ginecologiche, come sanguinamenti vaginali, dolore pelvico cronico, infezioni del tratto urinario e malattie sessualmente trasmissibili, tra cui HIV, HBV, AIDS. Le conseguenze psicologiche, infine, riguardano la depressione, il disturbo post traumatico da stress e pensieri e/o sentimenti suicidi; mentre tra quelle psicologiche comportamentali possiamo avere abuso di alcol e droghe, disturbi dell’alimentazione, senso di vergogna e/o di colpa, attacchi di panico e fobie.

- Gravidanze indesiderate: la probabilità di rimanere incinta dopo una violenza sessuale dipende da diversi fattori come il tipo di violenza, il ciclo mestruale della vittima o la premenopausa, l’uso di contraccettivi orali o del profilattico e l’uso della contraccezione d’emergenza
- Aborti: le donne che subiscono violenza sessuale hanno il doppio delle probabilità di avere un aborto rispetto alle donne che non subiscono violenza



- Malattie sessualmente trasmissibili: le donne vittime di violenza hanno l'1,5% in più di probabilità di contrarre infezioni, come la sifilide, la clamidia o la gonorrea; in più aumenta anche la probabilità di contrarre l'HIV. Per questo si consiglia lo screening per le IST tra 3 e 7 giorni e 2 settimane dopo l'aggressione o più tardi se sono stati assunti antibiotici profilattici.
- Istinti suicidi: le persone che subiscono violenza hanno il doppio della probabilità di pensieri\tentativi suicidari.

## **25 Novembre: Giornata mondiale contro la violenza sulle donne**

Ogni anno, il 25 novembre si celebra la [Giornata Internazionale per l'Eliminazione della Violenza sulle Donne](#) (Redazione ANSA, 2023) ufficializzata dalle Nazioni Unite nel 1999. Questa data venne istituita in seguito ad un brutale assassinio avvenuto il 25 novembre 1960 nella Repubblica Dominicana. Tre sorelle, considerate rivoluzionarie perché impegnate politicamente, furono torturate, massacrate e strangolate. L'indignazione per la loro uccisione pose così l'attenzione del mondo sul regime dominicano e sulla sua cultura.

Ormai da diversi anni, i simboli contro la violenza, sono le scarpe e le panchine rosse. Le prime rappresentano la battaglia contro i maltrattamenti e femminicidi e la loro storia nasce grazie ad un'artista messicana, Elina Chauvet, che nel 2009 posizionò in una piazza della città 33 paia di scarpe femminili, tutte rosse. Le seconde, invece, rappresentano un punto attorno al quale raccogliersi per riflettere; infatti, le panchine rosse ad oggi vengono usate per dire no alla violenza.

## SUPPORTO SOCIOSANITARIO ALLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA: A CHI RIVOLGERSI?

### Centri antiviolenza

Nel 2020 si sono rivolte ai CAV (centri antiviolenza) 483 donne, contro le 471 del 2019.

*Tabella 3 Donne che si sono rivolte ai CAV per modalità di contatto\accesso. Anno 2020*

(Osservatorio Regionale Politiche Sociali - ORPS, 2021)

	CAV Ancona	CAV Ascoli Piceno	CAV Fermo	CAV Macerata	CAV Pesaro Urbino	Totale
Telefonico	118	51	40	101	112	422
In sede	2	11	1	18	2	34
Altro			1	1	3	5
Non indicato	3	7		11	1	22
<b>Totale</b>	<b>123</b>	<b>69</b>	<b>42</b>	<b>131</b>	<b>118</b>	<b>483</b>

I cinque centri antiviolenza presenti nella Regione Marche, dislocati uno per ciascun territorio provinciale, garantiscono l'informazione, l'orientamento, il sostegno psicologico, legale e sociale alle donne vittime di violenza. Le principali competenze sono quelle di elaborare un progetto di uscita dalla violenza sulla base della valutazione dei bisogni della donna e dei\delle figli\le, di costruire un percorso di rafforzamento per il raggiungimento dell'autonomia, di rispettare la privacy e la confidenzialità delle informazioni ricevute garantendo l'anonimato e di individuare le risorse e le reti di sostegno della donna.

I CAV garantiscono accoglienza in giorni e orari di apertura prestabiliti in locali dedicati a tali attività. Nei CAV delle Marche nel 2020 sono stati attivati 407 percorsi strutturati di accompagnamento, ossia "presa in carico", di donne vittime di violenza. Molte donne, purtroppo, decidono di sospendere il percorso di aiuto e le motivazioni possono essere varie come la paura delle ritorsioni, della solitudine, del fallimento, il desiderio contrapposto di riprendersi la propria vita, di riscatto e di fuga.

### Strutture di accoglienza residenziale

Le [strutture residenziali](#) (Osservatorio Regionale Politiche Sociali - ORPS, 2021)– Case d'emergenza, Case rifugio e Case per la semi-autonomia, a livello regionale sono 8, dislocate nelle varie province.

- Le Case d'emergenza sono strutture ad indirizzo segreto, dedicate alla protezione di donne vittime di violenza, sole o con minori, in situazioni di emergenza, al fine di salvaguardarne l'incolumità fisica e psichica. Sono soluzioni residenziali che

offrono gratuitamente un alloggio temporaneo non superiore ai sei giorni, salvo eccezioni.

Queste strutture possono essere attivate dalle Forze di polizia, dai Carabinieri, dalla Questura, dalla Polizia municipale, dai Responsabili del Pronto Soccorso, dai Responsabili dei Centri antiviolenza e dagli Operatori dei Servizi Sociosanitari, contattando il numero messo a disposizione dal progetto regionale. Esse hanno reperibilità telefonica e di accoglienza H24 per 365 giorni all'anno.

- Le case rifugio sono strutture di prima accoglienza a carattere residenziale comunitario, a indirizzo segreto, che forniscono alloggio sicuro alle donne, e ad eventuali bambini, che subiscono violenza fisica, sessuale, psicologica, economica e stalking. Queste strutture definiscono e attuano il progetto personalizzato volto alla fuoriuscita delle donne dalla violenza con tempi e modalità diversi, provvedendo anche alla cura e a fornire adeguati servizi educativi per i\le propri\le figli\le minori a carico. Tuttavia, non possono essere ospitate donne con patologie psichiatriche, con dipendenze o in condizione di libertà restrittiva.
- Le case per la semi-autonomia, invece, sono strutture di seconda accoglienza, che possono essere parzialmente autogestite, dedicate all'accoglienza temporanea a titolo gratuito di donne vittime di violenza, sole o con figli minori, indipendentemente dal luogo di residenza, che hanno concluso il percorso di protezione e necessitano di una soluzione abitativa temporanea e di accompagnamento al loro reinserimento sociale.

Venne istituito un accordo tra i gestori di centri antiviolenza e di case rifugio con lo scopo di:

- Esplicitare un'identità comune e visibile che dia forza al lavoro di rete e a sviluppare e diffondere le azioni di sostegno delle donne vittime di violenza su tutto il territorio regionale
- Contrastare ogni forma di violenza contro le donne attraverso percorsi personalizzati, azioni di prevenzione e di sensibilizzazione
- Partecipare in maniera attiva al cambiamento culturale

## **Numeri di pubblica utilità**

Tra le varie strutture o i vari enti a cui le donne possono rivolgersi troviamo:

- 112 da chiamare in caso di aggressione fisica o minaccia di aggressione, se si è vittima di violenza psicologica, se si sta fuggendo con figli e se il maltrattante possiede armi
- 1522 – numero antiviolenza e anti-stalking, attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell’anno, accessibile sia da rete fissa che da rete mobile in diverse lingue, tra cui italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo.
- App YouPol realizzata dalla Polizia di Stato per segnalare episodi di spaccio e di bullismo.
- Farmacie
- Telefono Verde AIDS e IST 861061 se si è subita violenza sessuale
- mappa dei consultori in Italia

## **Educare alla non violenza**

Fin dall’infanzia si possono creare occasioni per educare alla non violenza mediante un lavoro di sensibilizzazione e prevenzione, ad esempio, nelle scuole. Uno degli aspetti fondamentali per educare alla non violenza, è quello di sviluppare la capacità di costruire relazioni basate sui principi di parità, equità, rispetto ed inclusività. Ciò si può ottenere mediante la promozione di laboratori esperienziali, formativi ed educativi per le scuole di ogni ordine e grado al fine di promuovere l’educazione alle differenze e al rispetto e di “demolire” tutti quegli stereotipi di genere influenzati dalla società.

Alla base della violenza, infatti, troviamo soprattutto stereotipi e pregiudizi, i quali influenzano il nostro comportamento e le nostre relazioni. Essi condizionano i nostri pensieri e le nostre azioni e rappresentano un ostacolo alla libera espressione dei propri ideali.

## **PROTOCOLLI ASSISTENZIALI**

### **Linee guida nazionali**

Il Presidente del Consiglio dei ministri, con il decreto del 24 Novembre 2017, mette in vigore le seguenti Linee guida nazionali, le quali verranno recepite e messe in atto dalle Aziende sanitarie e ospedaliere che al loro interno hanno un Pronto Soccorso, che si

adopereranno, a loro volta, al fine di rispettare tutte le indicazioni contenute. L'obiettivo delle suddette Linee guida è quello di fornire un intervento adeguato ed integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Viene delineato un "Percorso per le donne che subiscono violenza", destinato appunto alle donne, italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza e ad eventuali figli minori della donna, testimoni o vittime di violenza. Questo percorso dovrà garantire una tempestiva ed adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage fino al loro accompagnamento e orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto, agendo secondo le proprie competenze.

#### **Accesso al Pronto Soccorso:**

La donna può accedere al Pronto Soccorso:

- Spontaneamente
- Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle Forze dell'Ordine
- Accompagnata dalle Forze dell'Ordine
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati
- Accompagnata da persone da identificare
- Accompagnata dall'autore della violenza

Nella zona del triage deve essere presente materiale informativo visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo alla tipologia della violenza, gli effetti della violenza sulla salute di donne e dei bambini, normativa di riferimento, indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio, servizi per il sostegno a figlie\i minori testimoni e\o vittime di violenza e indicazioni relative al numero di pubblica utilità, il 1522.

Il personale infermieristico addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando essa non viene dichiarata. Alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa (codice giallo o equivalente), così da garantire una visita medica tempestiva, al fine di ridurre al minimo il rischio di ripensamenti e\o allontanamenti volontari. Oltre al codice

di triage verrà assegnato poi un codice identificativo di percorso che concorre a determinare l'attivazione del percorso stesso.

### **Trattamento diagnostico e terapeutico:**

Una volta che la donna viene presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza. Eventuali accompagnatori, ad eccezione di figli minorenni, devono essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta. Qui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico.

L'operatore o l'operatrice che prende in carico la donna dovrà:

- Usare una corretta comunicazione con un linguaggio empatico e non giudicante
- Instaurare un rapporto basato sulla fiducia
- Attivare per donne straniere la presenza di un mediatore culturale e linguistico
- Attivare per donne affette da disabilità la presenza di figure di supporto
- Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del percorso
- Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del percorso stesso.

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatore sanitario che ha preso in carico la donna usa uno strumento di rilevazione "[Brief Risk Assessment for the Emergency Department](#)", indicato dal Ministero della salute, per essere assistita/o nella formulazione ed elaborazione di una corretta e adeguata rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità.

## RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI REVITTIMIZZAZIONE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO(7)

La *Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DAS* - (Snider et al., 2009) è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

Si tratta di uno strumento di ausilio alle/agli operatrici/tori del Pronto Soccorso che consente loro di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave.

**Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)**

1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?

|Si      |No

2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?

|Si      |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?

|Si      |No

4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?

|Si      |No

5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?

|Si      |No

(7) Snider e colleghi (2009) hanno analizzato i risultati dello studio RAVE, con l'obiettivo di sviluppare uno strumento di valutazione breve adatto ai servizi di emergenza (Pronto Soccorso), in grado di identificare le vittime con elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali da parte di partner attuali o passati, partendo dalla versione a 20 items del DA. Sono state condotte delle regressioni logistiche multiple per identificare gli items del DA con maggior potere predittivo, permettendo lo sviluppo di una versione breve del DA, denominata DAS, composta da 5 items. La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità dell'83% (intervallo di confidenza al 95%= 70,6%-91,4%) e denota un rischio elevato. Questo strumento rappresenta quindi un valido aiuto per gli operatori di Pronto Soccorso nell'individuazione delle vittime di violenza con elevato rischio di re-vittimizzazione, permettendo l'attuazione di un intervento mirato e tempestivo.



In mancanza di possibili situazioni immediate, il medico propone alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36\72 ore.

## **Percorso assistenziale**

All'arrivo in Pronto Soccorso la vittima verrà inserita in un percorso che prevede:

- Raccogliere il consenso informato
- Raccogliere l'anamnesi medica generale e ginecologica
- Condurre l'esame fisico, incluso l'esame pelvico
- Accertare e trattare le lesioni fisiche
- Testare e trattare la donna per le malattie sessualmente trasmissibili
- Valutare la necessità della contraccezione d'emergenza
- Dimettere la donna con un supporto sanitario, psicologico e sociale

Quando una donna si reca al Pronto Soccorso la prima struttura che si trova di fronte è il triage, nel quale essa viene accolta, viene riconosciuto il problema, viene assicurata riservatezza e privacy, instaurato un rapporto di fiducia, approfondite le cause delle lesioni e/o dei disturbi, informata la persona in merito agli interventi da attuare. Il primo passo per attivare un qualsiasi intervento consiste nel riconoscere il tipo di violenza e le eventuali ripercussioni sulla vita e sul benessere della donna e dei figli. I segni fisici e non che possano far sospettare una violenza subita devono spingere i professionisti ad indagare. L'accoglienza è la fase più complessa della relazione perché la donna deve percepire che ha trovato un luogo appropriato, infatti, si deve mantenere un atteggiamento non giudicante.

Una volta che la donna viene registrata si procede con l'anamnesi, ovvero un colloquio svolto in un ambiente riservato e protetto, nel quale si vanno a raccogliere tutte le informazioni riguardanti l'anamnesi medica generale e ginecologica del paziente e, solo in un secondo momento, si dovrebbe passare alla storia specifica della violenza sessuale.

Questa raccolta di dati deve avvenire solo se:

- La donna si è presentata entro 7 giorni dalla violenza
- La donna ha deciso di denunciare
- È disponibile un laboratorio adatto
- È disponibile un operatore esperto

In questa fase si deve permettere alla donna di avere vicino a sé la persona desiderata e permetterle di scegliere il sesso della persona che la esaminerà, si deve considerare l'età della vittima, il livello culturale e l'orientamento sessuale, mantenere al minimo il numero di presenti nella stanza, prevedere la presenza di un osservatore esperto (SANE) e



spiegarne alla donna il ruolo, chiedere il permesso prima di cominciare e spiegare passo dopo passo cosa si sta facendo e perché, iniziare osservando il corpo della paziente ed indagare il suo stato psicologico.

È molto importante, infatti, ottenere il consenso, scritto e firmato, da parte della vittima prima di procedere a fare qualsiasi cosa. Il consenso non rappresenta una “carta bianca” che ci permette di sottoporre il paziente a qualsiasi test e/o domande; infatti, quest’ultimo può decidere anche durante la raccolta delle prove di ritirarsi ed opporsi ad una determinata pratica.

Si passa poi alla visita medica eseguita in maniera tempestiva e durante la quale devono essere descritte le lesioni riscontrate, ricordando che l’assenza di lesioni non esclude a priori la violenza. Tutte le lesioni fisiche andrebbero documentate e fotografate per determinarne la posizione, il colore, la grandezza e la tipologia di lesione e capire così anche da quanto tempo è avvenuta l’aggressione.

Le lesioni più comuni possono essere di tipo contusivo, dovute all’urto del corpo contro oggetti o superfici. Possiamo trovare, poi, fratture, segni di morsicatura o escoriazioni, come riportato nella tabella sottostante.

Tabella 4-Check-list esame fisico

<b>Check-list per l’esame fisico</b>	
<b>Ispezione</b>	<b>Segni e sintomi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspetto generale, vestiti e oggetti personali</li> <li>- Mani, polsi, avambracci, superfici interne delle braccia e delle ascelle</li> <li>- Il viso (compreso dentro la bocca, dentro e dietro le orecchie)</li> <li>- La testa</li> <li>- Il collo</li> <li>- Il petto (compreso il seno)</li> <li>- L’addome</li> <li>- Natiche, cosce, gambe e piedi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanguinamenti attivi</li> <li>- Escoriazioni</li> <li>- Arrossamenti o lividi</li> <li>- Tagli o abrasioni</li> <li>- Segni provocati da lesioni meccaniche (es. armi bianche, corde...)</li> <li>- Segni di capelli strappati o recenti segni di perdita di denti</li> <li>- Segni di morsi o ferite da arma da fuoco</li> <li>- Segni e sintomi di lesioni traumatiche a organi interni</li> <li>- Rottura del timpano</li> </ul>

In base a quanto riscontrato dall'esame fisico, il Medico del Pronto Soccorso può avvalersi di consulenze specialistiche, quali psichiatrica e ginecologica e decidere il ricovero per la paziente in caso di lesioni estese, insufficienza respiratoria, deficit neurologici e rigonfiamenti articolari.

Come riportato sopra, se il medico lo ritiene opportuno si può eseguire anche una visita ginecologica o ad occhio nudo o mediante una lente di ingrandimento.

Tabella 5-Check-list esame pelvico

<b>Check-list per l'esame pelvico</b>	
<b>Ispezione</b>	<b>Segni e sintomi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genitali esterni</li> <li>- Genitali interni con l'utilizzo di uno speculum</li> <li>- Regione anale esterna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanguinamenti attivi</li> <li>- Escoriazioni</li> <li>- Arrossamenti o lividi</li> <li>- Tagli o abrasioni</li> <li>- Presenza di corpi estranei</li> </ul>

Durante la visita si segnala la presenza di lesioni, come riportato nella tabella sovrastante, più o meno recenti, specificandone la sede, quale grandi e piccole labbra, clitoride, forchetta, perineo e ano e meato uretrale. È importante descrivere l'imene specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità.

Inoltre, di notevole importanza è lo screening delle malattie sessualmente trasmissibili, il quale va obbligatoriamente attivato fin dalla prima visita, massimo dopo 72 ore per aumentare la veridicità delle prove, e in sede dello stesso esame obiettivo sarà utile la raccolta di materiale biologico per eseguire esami microbiologici. Tutte le prove che vengono raccolte durante l'esame verranno usate in tribunale come prova; quindi, chiunque maneggi le stesse deve etichettarle con le proprie iniziali, la data, la fonte del campione, il nome del personale sanitario di assistenza ed il nome del paziente. Inoltre, la raccolta di prove può essere sospesa nel caso in cui, nel frattempo, si sia accertata la sieropositività della paziente o la negatività dell'aggressore.

Questa profilassi prevede l'assunzione giornaliera di associazioni di farmaci antivirali e antiretrovirali per ridurre al minimo la possibilità di contrarre la malattia. In tutte le fasi del percorso, ma soprattutto in questa, è importante spiegare alla paziente l'importanza dell'adesione ai programmi di follow-up.

Per la raccolta di materiale esistono kit appositamente preparati per l'esame e la raccolta di prove in caso di violenza sessuale ed esso contiene buste bianche, 3 vetrini con

contenitori, 2 pettini piccoli, provette per prelievi del sangue, lima per unghie, 4 tamponi ciascuno per orifizio vaginale, cavo orale, retto, 2 tamponi per ogni superficie corporea, 2 buste per ogni altra prova che deve essere inclusa. Le altre attrezzature contengono contenitori per le urine, forbici, lampada di Wood, luce UV, modulistica, microscopio, asciugamani, nastro adesivo, catetere, colposcopio, pennarelli indelebili, speculum vaginale, acqua sterile per irrigazioni, righello in cm, guanti e macchina fotografica.

Dopo che l'esaminatore ha raccolto tutti i tamponi può eseguire ulteriori tamponi bagnati per verificare o meno la presenza di candidosi, vaginosi batterica, tricomoniasi (o *Trichomonas vaginalis*) e/o spermatozoi mobili rispetto a quelli non mobili, i quali ci danno indicazione sul momento approssimativo in cui è avvenuta la violenza.

Dopo aver eseguito tutti gli esami del caso, l'esaminatore dovrà condurre la paziente in un ambiente tranquillo e discutere:

- Opzioni ed effetti collaterali dei farmaci profilattici per le IST
- Opzioni di prescrizione della contraccezione d'emergenza da assumere entro e non oltre 72\120 ore
- Visite mediche di controllo
- Servizi di consulenza di riferimento disponibili

Per ultimo, ma non per importanza, alla persona deve essere fornito anche un supporto di tipo psicologico-relazionale, mettendola al corrente della possibilità di denunciare. Una buona relazione infermiere\paziente permette di raggiungere obiettivi assistenziali di qualità.

## **CODICE ROSA**

### **Formazione e definizione**

L'idea di una corsia protetta per le vittime di violenza è venuta alla Dottoressa Vittoria Doretti, la quale afferma: *“Il Codice rosa è nato da un atto di grande coraggio ma anche di grande umiltà... tutto è partito dalla constatazione che, in una piccola provincia come quella di Grosseto, in un anno avessimo due casi di violenza sulle donne...”* (Redazione ANSA, 2023)

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell'Azienda USL 9 di Grosseto con la finalità di assicurare un coordinamento più efficace tra le diverse istituzioni per dare una risposta tempestiva

sin dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto Soccorso. Nel 2011, poi, con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, esso diventa progetto regionale. Nel 2014 si completa la diffusione a livello regionale e nel 2016 viene costituita la Rete regionale Codice Rosa, ovvero una rete tempo dipendente in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone, per il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici. Il codice rosa è quindi un codice, visibile ai soli operatori sanitari, che identifica un percorso sanitario dedicato, personalizzato ed anonimo, uniforme in tutti i Pronto soccorso regionali, riservato ai casi in cui particolari categorie di persone, come donne, bambini, anziani e soggetti fragili come i pazienti psichiatrici e/o diversamente abili, sono vittime di violenza nelle forme proprie della "violenza di genere".

La task force si attiva immediatamente ed è composta da personale sanitario (medici, infermieri), psicologi, Forze di Polizia e personale sociosanitario.

## **Obiettivi e finalità**

Gli obiettivi della rete prevedono:

- Favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza assicurando efficaci percorsi dedicati
- Coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze per fornire una risposta efficace già dall'arrivo della vittima in pronto soccorso
- Dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso con la presa in carico territoriale successiva
- Assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale

## **RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DELLA TASK FORCE**

### **Accoglienza in Pronto Soccorso**

Gli infermieri professionali e le ostetriche sono spesso i primi operatori che accolgono le donne che hanno subito violenza. I comportamenti e gli interventi devono quindi essere adeguatamente bilanciati e orientati in modo rispettoso. Essi nell'accogliere una vittima

di violenza devono creare un rapporto di fiducia e adoperare un atteggiamento non giudicante nei confronti della stessa.

Possiamo elencare 7 comportamenti che devono essere messi in atto e sono i seguenti:

- Ascolta e sebbene ciò che viene detto possa essere difficile da ascoltare, dimostra che ascolti ciò che viene detto
- Rispetta le decisioni e le scelte, qualsiasi esse siano
- Sii paziente e consenti che le informazioni vengano condivise con te, quando e se è il momento giusto per loro
- Credi alla loro storia e ricorda loro che non sono in alcun modo responsabili della loro esperienza
- Riconosci la forza ed il coraggio necessari nel cercare aiuto e nel parlare delle proprie esperienze
- Non spingere per i dettagli
- Non criticare o incolpare

È importante, poi, come riportato nella tabella sottostante (Klein, 2024), costruire un rapporto e stabilire la fiducia, mettere i pazienti a proprio agio e mostrare compassione, fornire un'assistenza personalizzata al paziente, trasmettere professionalità e fornire riferimenti alle risorse e follow-up.

Tabella 6-Trauma and violence informed empowering care model

Activity domains (from Campbell et al., 2008)	Behavioral examples of activities for forensic nurse examiners from Campbell et al.'s (2008) ECM (p. 22)	Behavioral examples of trauma- and violence-informed extensions for forensic nurse examiners
Build rapport and establish trust	"Introducing ourselves, calling the patient by her name, maintaining eye contact, listening, being truthful about the exam, being open and honest, and sticking to our word"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduce ourselves with name, role, and pronouns and ask them to share their name and pronouns.</li> <li>• Correct other staff if they misgender the patient, make assumptions about them, refer to them by an offensive term, or use an incorrect name.</li> <li>• Ask the patient privately if they would like visitors (e.g., advocates, friends, family, partners) present at all times, for specific portions of the examination, or not at all.</li> </ul>
Put patients at ease and show compassion	"Talking with patient throughout the exam, having a soft tone when speaking, comforting them (e.g., 'I'm here for you'), reassuring them during the exam (e.g., 'You're so brave'), treating the situation seriously, not treating the patient like an object, not being judgmental, not rushing through the exam, listening to patients tell their story, and keeping them covered and not exposed as much as possible."	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use the language for body parts that the patient uses.</li> <li>• Ask patients about their cultural, spiritual, and familial healing practices.</li> <li>• Get consent at every stage, reminding the patient that they can ask questions or decline specific forms of care.</li> </ul>
Provide patient-directed care	"Allowing patients to refuse anything in the exam, allowing patients to take a break or stop the exam, explaining each step of the exam, explaining how long the exam will take and what to expect, showing patients the instruments that will be used, allowing patients to help with the exam, allowing patients to watch the exam on camera if they choose, and answering all patients' questions."	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explore the patient's support system without making assumptions.</li> <li>• Ask about and prioritize patient goals.</li> <li>• Build our competence in gender-affirming care as it relates to the forensic nurse examination.</li> </ul>
Convey professionalism	"Introducing ourselves as a registered nurse, explaining that we are specially trained, telling patients how many exams we have done if asked, not expressing shock to anything they see or are told, using the same language as the patient, and not talking down to patients."	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe our role as well as the roles of others in the forensic nurse examination process, including law enforcement officers and advocates.</li> <li>• Apologize when we make a mistake and redirect or rephrase when others are inappropriate.</li> <li>• Provide a rationale for asking questions that could be considered offensive or invasive without proper context.</li> </ul>
Provide resource referrals and follow-ups	"Providing clear information/instructions regarding medications and referrals for counseling services."	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Build relationships with culturally specific organizations to allow for warm handoffs, accuracy, and continuity of care.</li> <li>• Clearly describe information about service cost and available transportation.</li> <li>• Confirm access to care and resources regardless of citizenship/visa status or documentation.</li> </ul>

## Importanza della formazione dell'infermiere

Gli operatori necessitano di essere formati alla gestione di ogni caso, attraverso percorsi formativi specifici che non si limitano solo alla conoscenza ma che mirano all'approfondimento delle problematiche connesse, che mettono in discussione stereotipi e pregiudizi. La formazione deve essere multidisciplinare e riguardare i diversi aspetti della risposta alla violenza: identificazione, valutazione della sicurezza e pianificazione della protezione, capacità comunicative e cliniche e registrazione degli episodi citati.

Una formazione completa, come citato sopra, aiuta a migliorare la gestione dell'emergenza, a prendersi cura e curare le vittime di violenza, a riconoscere i segnali e a segnalare le vittime ai centri di accoglienza e supporto appropriati.

Il Ministero della Salute riconoscendo appunto come cruciale la formazione del personale sanitario e sociosanitario, ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) due progetti CCM, rispettivamente nel 2014 e nel 2019.

Come riporta uno studio condotto nel 2009 (Giacomo, 2017) però, medici, infermieri ed ostetriche non sono particolarmente informati e mostrano riluttanza nel parlare di abusi e gestirli. Diversi operatori, infatti, dichiarano di provare disagio quando parlano con donne vittime di violenza. Inoltre, molte organizzazioni non sono in grado di effettuare una valutazione adeguata o di riconoscere i segni e i sintomi dell'abuso.

## **INFERMIERE FORENSE**

### **Nascita dell'infermiere forense**

La figura dell'infermiere forense nasce negli Stati Uniti nel 1983, quando Faye Battiste Otto fondò la sua prima associazione, la American Forensic Nurses (AFN). Nel 1993 nacque, poi, l'International Association of Forensic Nursing, la quale conta ancora oggi quasi 3300 membri.

Quest'ultima, nel 1998, definì la figura dell'infermiere forense e disse: *“la professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio-psico-sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica del trattamento di casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici”*. (Manfrica, 2016)

In Italia si dovette attendere ancora un po' prima che la figura dell'infermiere venisse riconosciuta e questo accadde nel 2006 con la Legge n. 43, come riporta [l'APSILEF](#) (Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi) che mirava alla formazione di professionisti qualificati nella gestione della violenza sessuale.

## **Competenze e campi d'azione dell'infermiere forense**

Le competenze dell'infermiere forense si dividono in diverse aree tematiche, quali:

- Responsabilità professionale: definire la responsabilità civile, penale, deontologica, amministrativa e disciplinare
- Consulenza tecnica peritale: definire il procedimento penale e civile, definire il ruolo e le attività del perito e del consulente tecnico
- Normativa: analizzare il sistema giuridico, la legislazione sanitaria, il soggetto giuridico e il risk management
- Gestione: promuovere la cultura della qualità, pianificare il lavoro, analizzare il contesto sociosanitario
- Formazione: gestire l'evento formativo e l'ambito di apprendimento
- Ricerca: sviluppare un progetto di ricerca

In altre parole, l'infermiere forense è in grado di valutare l'operato infermieristico in sede di processo penale e civile, di collaborare con il medico legale in sala operatoria, di collaborare alla stesura di procedure e linee guida, di fornire assistenza a vittime di stupri e/o altre violenze, a pazienti con dipendenze da alcool, droghe e farmaci. Infine, si occupa anche di educazione e informazione sanitaria.

I campi d'azione dell'infermiere forense sono molteplici e tra i più comuni possiamo trovare i centri antiviolenza, gli istituti penitenziari, i tribunali, gli studi legali e i dipartimenti di emergenza.

Questa figura professionale in ambito di violenza sulle donne ha la possibilità, quindi, di rendere più semplice e meno traumatico il processo di raccolta delle prove che serviranno per l'identificazione dell'assalitore.

## **OBIETTIVO**

L'obiettivo dello studio è quello di fare un case report partendo dall'analisi di un caso di cronaca italiana, il quale mi permetterà di andare ad analizzare la normativa vigente in ambito di violenza sessuale e di vedere se e come questi strumenti vengono usati, ponendo l'attenzione sulla gestione infermieristica del caso.



## **MATERIALI E METODI**

La ricerca si è avvalsa dell'analisi di database specifici e della selezione accurata di articoli pertinenti, quali:

STRINGA DI RICERCA	BANCA DATI	N. ARTICOLI TOTALI	N. ARTICOLI PERTINENTI	ARTICOLI SELEZIONATI
(nursing[MeSH Terms]) AND (sexual violence[MeSH Terms])	PubMed  Filtro 2014\2024	160	5	<p>“Incorporation of Sexual Violence in Nursing Curricula Using Trauma-Informed Care: A Case Study.”</p> <p>"Were you wearing underwear?" Stigma and fears around sexual violence: A narrative of stranger rape and considerations for mental health nurses when working with survivors”</p> <p>“Discriminating between consensual intercourse and sexual assault: Genital-anal injury pattern in females”</p> <p>“Violence education in nursing: critical reflection on victims' stories”</p> <p>“Sexual Assault Nurse Examiner/Forensic Nurse Hospital-based Staffing Solution: A Business Plan Development and Evaluation”</p>

codice rosa approccio infermieristico al triage	Google		3	<p>“Codice rosa: approccio infermieristico al triage di pronto soccorso”</p> <p>“Codice rosa: approccio al triage di pronto soccorso”</p> <p>“Violenza donne: nei pronto soccorso il codice rosa che tutela”</p>
codice rosa regione marche	Google		2	<p>“Rapporto sulla violenza di genere nelle Marche”</p> <p>“Donne vittime di violenza di genere, le marche adottano le modalità per la presa in carico sanitaria. Nuovi codici di urgenza per garantire l’anonimato. Bora: “Assistenza tempestiva e corretta nei pronto soccorso, percorsi di cura personalizzati e gratuiti”.</p>
Violenza sessuale ed intervento infermieristico	Google		2	<p>“Violenza sessuale: le priorità dell’intervento infermieristico e ostetrico dal sospetto di violenza alla dimissione protetta”</p> <p>“Violenza sulle donne, il delicato compito del Pronto soccorso”</p>

<p>((nursing) AND (emergency room)) AND (sexual violence)</p>	<p>PubMed</p>	<p>68</p>	<p>6</p>	<p>“Sexual Violence Victimization Among Youth Presenting to an Urban Emergency Department: The Role of Violence Exposure in Predicting Risk”</p> <p>“Case stories and post-violence behaviour of women seeking medical attention at the emergency department due to physical violence”</p> <p>“Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives”</p> <p>“A Novel Technique to Identify Intimate Partner Violence in a Hospital Setting”</p> <p>“Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners”</p> <p>“Male Help-Seeking After Sexual Assault: A Series of Case Studies Informing Sexual Assault Nurse Examiner Practice”</p>
<p>((nursing) AND (forensic examinations)) AND (sexual violence)</p>	<p>PubMed</p>	<p>128</p>	<p>6</p>	<p>“Sexual Assault Forensic Examiner Recruitment and Retention: Using Simulation to Teach a Trauma-Informed Interview”</p> <p>“Trauma- and Violence-Informed Empowering Care for Sexual Assault Survivors”</p>

				<p>“Pathway to Healing and Recovery: Alleviation of Survivor Worries in Sexual Assault Nurse Examiner-Led Sexual Assault Telehealth Examinations”</p> <p>“An insight into the work of sexual assault referral centres and the role of the forensic nurse examiner”</p> <p>“The Implementation of the Sexual Assault Forensic Examination Telehealth Center: A Program Evaluation”</p> <p>“Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practise Trauma-Informed Care”</p>
((nursing) AND (sexual assault evidence kit)) AND (emergency room)	Pubmed	0		
(sexual assault evidence kit) AND (emergency room)	Pubmed	1	1	“Achieving just outcomes: forensic evidence collection in emergency department sexual assault cases”
((nursing) AND (women)) AND (rape)) AND (forensic examinations)	Pubmed	13	1	“A secondary analysis of a brief video intervention on suicidal ideation among recent rape victims”

(((nursing) AND (sexual violence)) AND (women)) AND (rape)) AND (emergency room)	Pubmed	6	1	“A Retrospective Descriptive Analysis of Sexual Assault Nurse Examiner Records from Sexual Assault Survivors at a Large University Emergency Department From 2003 to 2017”
Infermieri legali e forensi	Google		2	“APSILEF – Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi”  “L’Infermiere Forense in Italia, formazione e riconoscimento”
Line guida nazionali codice rosa	Google		1	“DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 24 novembre 2017”
Dati Istat violenza contro le donne	Google		3	“Accesso delle donne in Pronto Soccorso”  “Non è un paese per donne che denunciano”  “Giornata internazionale contro la violenza sulle donne: perché il 25 novembre?”
((nursing) AND (forensic examinations)) AND (sexual crimes)	Pubmed	120	1	“The role of legal medicine professionals in preventing pregnancy and sexually transmitted infections among female victims of sexual assault”

Forme di violenza sulle donne	Google		3	<p>“Forme di violenza”</p> <p>“Cos’è la violenza”</p> <p>“Le forme della violenza”</p>
Il codice rosa	Google		1	<p>“Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime della violenza”</p>
Giornata mondiale contro la violenza sulle donne	Google		3	<p>“Giornata contro la violenza sulle donne: perché si celebra e tutto quello che c'è da sapere”</p> <p>“Educare alla violenza: il rispetto si impara dall’infanzia”</p> <p>“Giornata internazionale per l’eliminazione della violenza contro le donne – 25 novembre”</p>
infermiere forense e violenza sessuale	Google		1	<p>“Il ruolo dell'infermiere forense nell'assistenza alle vittime di violenze”</p>
Assistenza medico-infermieristica forense nei casi di violenza sessuale	Google		1	<p>“Assistenza medico-infermieristica forense nei casi di violenza sessuale”</p>

telefonata alla polizia donna maltrattata	Google		1	“Finge di ordinare una pizza per chiedere aiuto: la straziante telefonata della donna alla polizia”
Chiamate al 1522	Google		1	“Violenza, boom di chiamate al 1522. Il 60% delle vittime non ha autonomia economica”
violenza sulle donne in pronto soccorso	Google		7	“Violenza sulle donne” “Violenza sulle donne: la formazione degli operatori sanitari” “Violenza sulle donne: ricoveri ospedalieri delle vittime di violenza” “Violenza sulle donne: Pronto Soccorso, Linee Guida, dati su accessi in PS con indicazione di violenza” “Violenza sulle donne: la normativa nazionale sulla violenza contro le donne” “Violenza di genere” “Legge 15 febbraio 1996, n. 66”
Evoluzione normativa violenza sulle donne	Google		4	“Violenza contro le donne” “PROVVEDIMENTO L. 69/2019: disposizioni in tema di violenza domestica e di genere” “Legge 27 giugno 2013, n. 77” “LEGGE 8 settembre 2023, n. 122”



Normativa violenza sulle donne	Google		2	“Focus “Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica” (Legge n. 168/2023)” “LEGGE 24 novembre 2023, n. 168”
Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo	Google		1	“Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo”
Caso Talpis	Google		2	“Strasburgo condanna ancora l’Italia, non ha protetto le vittime di violenza” “La Corte di Strasburgo condanna l’Italia per la mancata tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”
Perché le donne non denunciano	Google		1	“Perché le vittime di abusi sessuali non denunciano?”

### **Quesito di ricerca:**

P = donne vittime di violenza sessuale

I = processo assistenziale

O = presa in carico del paziente

## **RISULTATI**

Quello che si evince da questa analisi è la chiara dimostrazione che in Italia la gestione di episodi di violenza contro le donne, in ogni sua forma e genere, presenta ancora diverse lacune sia a livello assistenziale che giuridico.

A livello giuridico abbiamo citato il “Caso Talpis”, il primo caso condannato dalla Corte di Strasburgo per la mancata adozione degli obblighi previsti dalla Convenzione di Istanbul. Già dal 2017 l’Italia è stata posta sotto sorveglianza rafforzata e si è fatta presente la necessità di mettere in atto una risposta adeguata, efficace e rapida sia da parte della magistratura che delle forze dell’ordine. La Corte, infatti, ha ripetuto più volte in tutte le sentenze, la necessità in Italia di una riforma organica e seria che affronti la violenza contro le donne in chiave preventiva e non repressiva come fatto finora.

Nulla però sembra cambiare, infatti, fino al 2021 non è stata registrata alcuna risposta in merito.

A livello assistenziale, invece, viene riportato dai Dati ISTAT che solo il 27% delle donne denuncia.

Le motivazioni sono personali e complesse ma le più comuni sono:

- paura delle ripercussioni come la reazione dell’aggressore o la compromissione del contesto familiare
- paura del giudizio sociale
- mancanza di fiducia nel sistema giudiziario
- non sapere a chi rivolgersi

Quest’ultima motivazione è forse alla base delle problematiche riscontrate; infatti, le donne si sentono “scoperte”, non protette ma soprattutto spaesate. Creare un percorso ben definito e renderlo pubblico e noto ai cittadini permetterebbe di ridurre i loro dubbi e di aumentare il coraggio di chiedere aiuto.

## **DISCUSSIONI**

I risultati riscontrati evidenziano molte lacune nella gestione degli episodi di violenza contro le donne: primo tra tutti uno Stato che non tutela le vittime e una normativa che non viene rispettata.

Le vittime non si sentono protette dallo Stato perché molte richieste di aiuto vengono sottovalutate e non prese seriamente e quando vengono prese seriamente i tempi d’attesa per i processi sono molto lunghi, a volte anche mesi o anni, durante i quali le dinamiche cambiano e spesso si ha un epilogo drammatico. Per di più le norme restrittive, come l’allontanamento dell’aggressore, non sono messe in atto in modo tempestivo; e le relative pene, nel caso in cui queste norme vengano violate, non sono

abbastanza aspre da vietare che accada, motivo per cui gli episodi di aggressione tendono a ripetersi. L'accoglienza nei centri antiviolenza, inoltre, è temporanea, a volte 3 o 6 mesi, dopo dei quali le vittime sono costrette a tornare a vivere con l'aggressore o comunque a cavarsela da sole.

Quando una donna si rivolge al Pronto Soccorso, infine, ha paura del giudizio altrui, soprattutto dei professionisti sanitari che incontrerà, i quali spesso non hanno la giusta formazione per gestire episodi di questo tipo e non vogliono nemmeno formarsi nell'ambito perché preferiscono rimanerne fuori, essendo questa una tematica molto delicata e particolare.

Tutto questo porta le vittime a non denunciare e, giusto o sbagliato che sia, è comprensibile. Vengono completamente lasciate sole, in un sistema con evidenti lacune, che le tutela parzialmente e a volte in modo anche sbagliato.

## **CONCLUSIONI**

Da questo elaborato si evidenzia che l'Italia presenta molte lacune nella gestione globale della violenza di genere. Andrebbero fatti dei grandi passi in avanti, mediante una riforma seria che agisca in maniera preventiva e dia una risposta adeguata e tempestiva, al fine di ridurre i femminicidi e la recidività di determinati episodi. Inoltre, dovrebbe essere predisposto all'interno delle strutture ospedaliere personale formato e specializzato nella gestione degli episodi di violenza, che segua le vittime a 360°, rendendole al corrente della presenza di diverse alternative per essere seguite ed aiutate anche nell'ambiente extraospedaliero.

## **RINGRAZIAMENTI**

Se tre anni fa mi avessero detto che nella vita avrei fatto l'infermiera probabilmente mi sarei semplicemente messa a ridere; e, invece, eccomi qua.

Questi tre lunghi anni sono giunti al termine. Sembra ieri che ero seduta alla seconda fila dell'aula G intenta a mettere qualche crocetta su quel foglio bianco senza alcuna speranza di entrare.

Ci sarebbero tante cose da dire ma cercherò di essere breve.

Il primo GRAZIE va a me, alla forza che ho avuto nel rimettermi in gioco e nell'entrare in un reparto di ospedale dopo uno dei periodi più brutti della mia vita, alla testardaggine che mi ha portato a non abbattemi alle prime difficoltà e alla voglia che avevo di farcela e di superare i miei limiti.

Grazie al tumore che mi ha permesso di capire quanto la vita sia appena ad un filo, e quanto, d'altro canto, sia preziosa. Grazie perché in quel momento ho capito che dovevo fare proprio questo nella vita e mi ha spinto ad andare avanti e arrivare fino in fondo, nonostante questi tre anni siano stati infernali.

Il secondo GRAZIE va a mio padre perché, se oggi sono qui lo devo principalmente a lui. Senza la sua malattia probabilmente non mi sarebbe mai scattata in testa quella molla che mi ha convinto a provarci.

A te babbo, che sei stato il mio primo paziente in assoluto ed il mio fan numero uno, dedico ogni mio momento in ospedale e ogni terapia somministrata, come la fisiologica che ti preparai quell'estate di tre anni fa. Ricordo ancora che per riempire il deflussore ci misi tipo 5 minuti perché avevo una paura terribile di lasciarci qualche bollicina d'aria e che queste potessero farti del male, e tu che mi dicevi "a forza di levare ste bollicine, la flebo finisce".

Caro Babbo, tu, forse, non lo saprai mai che io oggi sono un'infermiera perché in quell'estate di tre anni fa non ho trovato il coraggio di dirtelo, o per lo meno, avrei aspettato di essere sicura di aver passato il test ma tu già non c'eri più.

Ricordo ancora molto bene il giorno in cui mi dissi "vedi Michi, se avessi fatto l'infermiera ora potevi curarmi", e io da quel giorno mi sono fatta una promessa: DOVEVO PROVARCI.

Un GRAZIE speciale va a mia madre, che, anche se non ha mai capito niente di quello che studiavo e che le ripetevo, annuiva sempre. Grazie per esserti subito tutte le mie lamentele, le mie insicurezze e i miei "mi sa che sto esame non lo passo", ma alla fine andava sempre bene, o quasi. Grazie per avermi supportato e sopportato nonostante le mille modifiche e ripensamenti sul vestito, sull'acconciatura, sul trucco, sul colore della tesi e tanto altro. Grazie perché sei la cosa più preziosa che ho. Grazie per essere qui, in questo giorno così speciale ed unico, e dividerlo con me e le persone a me care. Grazie perché insieme ci siamo date la forza per alzarci, per ricominciare e

prendere quello che di bello la vita ci offre. Grazie perché mi supporti in ogni mia idea folle, anche se posso immaginare quanto sia difficile da mamma farlo.

Grazie a Giulia, Teresa, Benedetta e Lorenzo perché questi anni non sarebbero stati uguali senza “Il Circo”. Grazie per aver condiviso con me questi tre anni della vostra vita, per aver affrontato insieme ogni esame, ogni preoccupazione, ogni crisi isterica, ogni ora di tirocinio e lezione. Grazie per esservi subito tutte le mie barzellette e battute pessime, i miei sbalzi d’umore e le mie lamentele.

Giulia, tu in primis sei stata il punto cardine di questi tre anni. Il nostro rapporto ormai va al di là delle quattro mura universitarie e non potrei essere più grata alla vita per averti incontrato durante questo percorso e di condividere con te questa giornata. Grazie per le lunghe chiacchierate, grazie per tutte le volte in cui mi hai strappato un sorriso quando ero giù di morale o mi scendeva una lacrima. Ci sei stata quando piangevo perché mi mancava mio padre, quando sono stata bocciata ad un esame, quando è finita la mia relazione, quando mi lamentavo dei lavori a casa, quando ti ho chiesto di pitturare insieme la cucina, quando mi sentivo sola e quando avevo semplicemente bisogno di farmi due risate; ma, allo stesso tempo, mi hai lasciato sola quando ti dicevo che avevo bisogno di staccare un po' da tutto e da tutti. Quella che ci lega è ormai un’amicizia vera, semplice e senza invidia e spero tu possa raggiungere tutti i tuoi obiettivi e traguardi e io sarò sempre lì a sostenerti.

A Lorenzo, la palla al piede più pesante che mi sono subita. Devo ammettere che senza di te ci saremmo sicuramente fatti molte meno risate perché io sono un pagliaccio ma tu, caro mio, mi batti. Grazie per tutte le volte in cui mi hai insultato, alzato il dito medio, preso in giro e fatto sentire una ricca sfondata. Grazie per aver alleggerito con le tue cazzate, molte delle nostre giornate. Sarò felice di ospitarti in Norvegia mentre farò, come diresti tu, la bella vita.

A Teresa, il sergente del quartetto. Grazie per i video svuota spesa, per gli audio di 10 minuti che ci facevi ascoltare, per il profilo spam e per i timpani che ci hai fatto perdere. Grazie per la determinazione e grinta che ci trasmettevi quando non ne potevamo più di studiare e ripetere, per le tue risate isteriche e per aver aumentato il mio bagaglio di vocaboli italiani con parole nuove.

A Benedetta, quella matura del gruppo. Grazie per essere stata mia complice nell’insultare Lorenzo quando ce n’era bisogno o per aver tirato giù quattro santi nei momenti opportuni. Grazie per la pazienza che ci hai messo nello spiegarmi come impostare l’indice di questa tesi, la bibliografia e i numeri in fondo alla pagina e per avere avuto sempre una risposta alle mie infinite domande.

Grazie alle amiche di una vita, Melania, Veronica, Letizia e Gaia, per esserci sempre state. Grazie per aver condiviso con me ogni piccolo traguardo di questo percorso e non, per aver creduto in me e per essere qui con me oggi. Grazie per avermi sempre supportato con i miei problemi con il cibo, con l’ansia, per esservi subite gli stessi discorsi mille volte senza mandarmi mai a quel paese e per non

esservi mai arrabbiate ai miei infiniti “io non ci sono che lavoro” oppure “io non posso che devo studiare”. Se oggi sono una persona diversa e ho ripreso una vita normale è anche grazie a voi.

Grazie a Tecla che in poco tempo è riuscita a conquistarmi. Grazie per aver condiviso con me momenti particolari e intimi della tua vita e di aver riposto in me sempre tanta fiducia. Oggi mi hai giocato un brutto scherzetto, ma ti perdono. Ti auguro di cuore di superare ogni limite e insicurezza e di poterti chiamare, quanto prima, collega BIS.

Grazie a Valentina, conosciuta durante il mio ricovero. Ti sei presa cura di me come se mi conoscessi da una vita e te ne sarò per sempre grata. Mi sei stata vicina in un momento in cui ero sola e spaventata, alleggerendo la mia preoccupazione. Grazie per avermi assecondato in tutte le mie idee folli, grazie per le infinite risate. Grazie per aver percorso tutta Senigallia a piedi alle 3 di notte alla ricerca di un numero civico, per avermi fatto una marea di foto e video, andati poi persi, durante uno dei miei tanti show. Grazie per avermi aiutato a levare gli acari del letto in una folle notte d'estate e per aver curato ogni mio problema di salute reale o inventato. Inoltre, per ultimo ma non per importanza, GRAZIE per avermi ripetuto fino allo sfinimento i segni dell'iper e ipoglicemia, senza di te probabilmente ancora non li saprei.

Grazie ad Emanuele, l'amico pazzo di una vita. Probabilmente se non ti avessi incontrato quel giorno in bus non mi sarei nemmeno diplomata quindi se oggi sono qui è anche un po' merito tuo. Grazie per tutte le volte in cui mi hai fatto i compiti alle superiori o aiutato nelle verifiche. In fondo in una sana e buona amicizia ci deve essere quello secchione e quello simpatico, e mi dispiace dirtelo ma la seconda sono io. Grazie per avermi accompagnato in questi 13 anni di amicizia, hai sempre trovato il modo di rallegrare ogni mio momento no, sei riuscito persino a sdrammatizzare e farmi ridere in uno dei giorni più brutti della mia vita. Da fuori qualcuno avrebbe potuto anche pensare “ma guarda te quello li fa le battute nel mezzo di un funerale”, ma noi ci conosciamo troppo bene e tu sapevi che io in quel momento avevo solo bisogno di quello.

La nostra amicizia è particolare, fatta di insulti tramite qualche commento alle storie di Instagram e qualche messaggio sporadico su Whatsapp; ma, quando riusciamo a far combaciare i nostri mille impegni, sembra come se ci fossimo visti il giorno prima.

Grazie perché con te posso dare sfogo al 100% all'uomo che c'è in me, posso fare battute pessime senza sentirmi giudicata, perché so che tu ne faresti di peggiori. Grazie per essere il fratello maggiore che non ho mai avuto.

Grazie a tutti voi per avermi dedicato questo tempo, per aver gioito con me e per accompagnarmi nella vita quotidiana, spero un giorno di poter ricambiare magari ospitandovi in Norvegia o in qualsiasi parte del mondo la vita mi porterà.

## BIBLIOGRAFIA

1. Assault Telehealth Examinations. *Journal of emergency nursing*, 48(6), 709–718.
2. Ferguson C. (2006). Providing quality care to the sexual assault survivor: education and training for medical professionals. *Journal of midwifery & women's health*, 51(6), 486–492.
3. Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>.
4. Klein, L. B., Melnik, J., Curran, K., Luebke, J., Moore, K. M., Ruiz, A. M., Brown, C., Parker, D., Hernandez-White, I., & Walsh, K. (2024). Trauma- and Violence-Informed Empowering Care for Sexual Assault Survivors. *Journal of forensic nursing*, 20(3), 166–173.
5. Miyamoto, S., Thiede, E., Richardson, C., Wright, E. N., & Bittner, C. (2022). Pathway to Healing and Recovery: Alleviation of Survivor Worries in Sexual Assault Nurse Examiner-Led Sexual.
6. Ucar, A. K., Ozdemir, H., Guvenc, G., & Akyuz, A. (2021). Case stories and post-violence behavior of women seeking medical attention at the emergency department due to physical violence. *Journal of forensic and legal medicine*, 80, 102174.
7. Welfare-Wilson, A., & J, B. (2023). "Were you wearing underwear?" Stigma and fears around sexual violence: A narrative of stranger rape and considerations for mental health nurses when working with survivors. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 30(2), 141–147.

## SITOGRAFIA

- i. [chi siamo - APSILEF](#)
- ii. [Codice rosa: approccio infermieristico al triage di pronto soccorso | Nurse Times](#)
- iii. [Codice rosa: approccio al triage di pronto soccorso - Medicalive](#)
- iv. [Violenza donne: nei pronto soccorso il codice rosa che tutela - Sanità - Ansa.it](#)
- v. [rapporto anno 2020.pdf \(regione.marche.it\)](#)
- vi. [Comunicati Stampa \(regione.marche.it\)](#)
- vii. [Violenza sessuale: le priorità dell'intervento infermieristico e ostetrico dal sospetto di violenza alla dimissione protetta - Medici Oggi](#)
- viii. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/violenza-sulle-donne-pronto-soccorso.html>
- ix. [L'Infermiere Forense in Italia, formazione e riconoscimento \(nurse24.it\)](#)
- x. [LineeGuidaSoccorsoViolenzaDonne2017.pdf \(istat.it\)](#)

- xi. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso/accessi-delle-donne-in-pronto-soccorso/>
- xii. [Non è un paese per donne che denunciano - Magazine - ANSA.it](#)
- xiii. [Giornata internazionale contro la violenza sulle donne: perché il 25 novembre? - Notizie - Ansa.it](#)
- xiv. [The role of legal medicine professionals in preventing pregnancy and sexually transmitted infections among female victims of sexual assault - PubMed \(nih.gov\)](#)
- xv. [Le forme della violenza | GOAP](#)
- xvi. [Cos'è la violenza. Tutti i tipi di violenza. Fisica, psicologica e non solo \(nuovomaschile.org\)](#)
- xvii. [Forme di violenza - Medeacontroviolenza](#)
- xviii. [Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime della violenza - Regione Toscana](#)
- xix. [Giornata contro la violenza sulle donne: perché si celebra e tutto quello che c'è da sapere | Save the Children](#)
- xx. [Educare alla non violenza: il rispetto si impara dall'infanzia | Save the Children](#)
- xxi. [Michele Pavone\\_ASSISTENZA MEDICO-INFERMIERISTICA NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE.pdf](#)
- xxii. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=indennizzo&menu=society&tab=1>
- xxiii. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=indennizzo&menu=society&tab=2>
- xxiv. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=indennizzo&menu=society&tab=4>
- xxv. <https://www.interno.gov.it/it/temi/sicurezza/violenza-genere>
- xxvi. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society>
- xxvii. <https://www.torinotoday.it/video/telefonata-polizia-donna-violenza-pizza.html>
- xxviii. <https://www.onuitalia.it/giornata-internazionale-per-leliminazione-della-violenza-contro-le-donne-25-novembre/>
- xxix. <https://alleyoop.ilsole24ore.com/2024/01/24/violenza-boom-chiamate-1522-vittime-autonomia-economica/#:~:text=La%20buona%20notizia%20%C3%A8%20che,erano%20stati%20126%20nel%202022>
- xxx. <https://temi.camera.it/leg19/temi/violenza-contro-le-donne.html>
- xxxi. <https://www.programmagoverno.gov.it/it/notizie/focus-disposizioni-per-il-contrasto-della-violenza-sulle-donne-e-della-violenza-domestica-legge-n-1682023/>



- xxxii. <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2023-11-24&atto.codiceRedazionale=23G00178&atto.articolo.numero=0&atto.articolo.sottoArticolo=1&atto.articolo.sottoArticolo1=0&qId=54015a7d-f8e1-4474-a3ef-7251b20b1fe7&tabID=0.5907888283573468&title=lbl.dettaglioAtto>
- xxxiii. [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1154235.pdf?\\_1573172555581#:~:text=69%20del%202019%20prevede%2C%20a,seguir%C3%A0%20senza%20ritardo%20quella%20scritta.](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1154235.pdf?_1573172555581#:~:text=69%20del%202019%20prevede%2C%20a,seguir%C3%A0%20senza%20ritardo%20quella%20scritta.)
- xxxiv. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=48514>
- xxxv. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-09-08;122>
- xxxvi. <https://alleyoop.ilsole24ore.com/2022/06/17/condanna-strasburgo-italia-violenza/>
- xxxvii. <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/5278-la-corte-di-strasburgo-condanna-litalia-per-la-mancata-tutela-delle-vittime-di-violenza-domestica-e>
- xxxviii. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=indennizzo&menu=society&tab=5>
- xxxix. [https://presidenza.governo.it/CONTENZIOSO/contenzioso\\_europeo/documentazione/Convention\\_I TA.pdf](https://presidenza.governo.it/CONTENZIOSO/contenzioso_europeo/documentazione/Convention_I TA.pdf)
- xl. <https://www.istitutopsicoterapie.com/perche-le-vittime-di-abusi-sessuali-non-denunciano/w.istitutopsicoterapie.com/perche-le-vittime-di-abusi-sessuali-non-denunciano/>