



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Gestione Infermieristica dei Codici Rosa in
Pronto Soccorso**

Relatore: Dott.ssa

FRANCESCA BARBARINI

Tesi di Laurea di:

CARBONI MARINA

Correlatore: Inf.ra

MICHELA CARUBBI

Anno Accademico 2018-2019

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 4
CAP. 1 LA VIOLENZA DI GENERE.....	pag. 6
1.1 Tipi di violenza.....	pag. 6
1.2 Il rapporto dell'OMS sulla violenza contro le donne.....	pag. 8
1.2.1 Impatto sulla salute fisica e mentale.....	pag. 8
1.2.2 Raccomandazioni ai servizi sanitari.....	pag. 10
1.3 La normativa sulla violenza.....	pag. 11
1.4 Istituzione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne.....	pag. 12
1.5 I dati dell'ISTAT.....	pag. 13
1.5.1 I dati nella Regione Marche.....	pag. 13
1.6 I servizi.....	pag. 15
1.6.1 Centri Antiviolenza.....	pag. 16
1.6.2 Case di accoglienza per donne vittime di violenza.....	pag. 17
1.6.3 Case di semiautonomia	pag. 18
CAP. 2 IL CODICE ROSA.....	pag. 20
2.1 Nascita e finalità.....	pag. 20
2.2 Dal progetto toscano ad un piano Nazionale.....	pag. 21
2.3 Obiettivi.....	pag. 22
2.4 La formazione.....	pag. 22
CAP. 3 RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DELLA TASK FORCE.....	pag. 24
3.1 L'infermiere come primo anello della catena.....	pag. 24

3.2 L'accoglienza in Pronto Soccorso.....	pag. 25
CAP. 4 PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E MALTRATTAMENTO IN AORMN (AZIENDA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD).....	
4.1 Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.....	pag. 29
4.2 Ginecologia e Ostetricia.....	pag. 30
4.3 UOC Malattie Infettive, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica.....	pag. 31
4.4 Servizio di Psicologia Ospedaliera.....	pag. 32
4.5 Assistente Sociale.....	pag. 33
CONCLUSIONI.....	pag. 34
RINGRAZIAMENTI.....	pag. 37
ALLEGATI.....	pag. 39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	pag. 49

INTRODUZIONE

Da decenni ormai, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza contro le donne "un grave problema di sanità pubblica e una violazione dei diritti umani delle donne"; nel 1993, la Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne, all'art. 1, la definisce come "qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata".

Secondo uno studio condotto a livello europeo, il 19% delle donne italiane ha subito, nel corso della vita, violenze fisiche o sessuali da un partner o da un ex-partner; il 6% le ha subite negli ultimi 12 mesi.

Da questo e da altri studi (come l'inchiesta dell'Istat effettuata nel 2008) sappiamo inoltre che la frequenza delle violenze è particolarmente elevata tra le donne giovani, e che le violenze psicologiche sono ancora più frequenti di quelle fisiche o sessuali. L'impatto di queste violenze sulla salute delle donne che le subiscono, e dei figli che vi sono inevitabilmente coinvolti, è nella maggior parte dei casi grave e a volte devastante. Numerosi studi concludono che la vittima di violenze (fisiche, sessuali o psicologiche, compiute da un partner o da un'altra persona) incorrerà in un problema di salute più spesso di un'altra donna che non abbia subito tali violenze. Le conseguenze possono essere immediate e dirette (una lesione, uno stato di shock) o indirette, a medio o lungo termine (una malattia cronica, una disabilità). Sul piano della salute mentale, una donna vittima di violenze corre un rischio di depressione 5/6 volte più elevato di una donna che non le ha subite; se ha vissuto un'aggressione sessuale nell'ultimo anno (indipendentemente dall'autore, che è quasi sempre un uomo noto) il rischio di un tentato suicidio è 26 volte più elevato; più elevata è anche la probabilità di soffrire di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Data la frequenza delle violenze e il loro impatto sulla salute, non c'è da stupirsi che tra le utenti dei servizi sanitari la percentuale di vittime di violenze sia molto più elevata che tra la popolazione generale. Per citare solo dati italiani, ha subito violenze nell'ultimo anno il 12% delle donne ricoverate per un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG); il 14% di quelle che accedono, per un motivo qualsiasi, al pronto soccorso (con una percentuale più elevata nel sottogruppo delle più giovani); il 9% tra le utenti di medici di medicina generale. Negli Stati Uniti, uno studio in un servizio psichiatrico indica che il 57% delle donne e il 17% degli uomini aveva subito una violenza sessuale.

Gli infermieri hanno un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime, per diversi motivi: essi/esse sono spesso le prime figure, e a volte le sole, che possono rendersi conto della situazione che la donna sta vivendo; rappresentano spesso delle figure autorevoli nella comunità, e i loro comportamenti hanno un "peso" importante sulla singola paziente e sulle persone che la circondano; la violenza, presente o passata, costituisce una delle cause della malattia/sofferenza (a volte la principale) e va quindi inclusa nella diagnosi e nella presa in carico.

In questo lavoro ho analizzato il fenomeno con lo scopo di offrire una panoramica riguardante la problematica in Italia, fornendo informazioni riguardo il Codice Rosa, per poi focalizzarmi sulla gestione Infermieristica e sulla presa in carico di una paziente che giunge ad un dato Presidio Ospedaliero successivamente ad uno o più episodi di violenza, servendomi del protocollo attualmente in vigore nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord a sostegno di tali spiegazioni.

CAPITOLO 1

LA VIOLENZA DI GENERE

Con l'espressione "violenza di genere" si indicano tutte quelle forme di violenza da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto "stalking" allo stupro, fino al femminicidio, che riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al sesso.

1.1 Tipi di violenza

- Violenza fisica: rientrano in questa categoria tutti quei comportamenti tesi a minacciare o ledere l'integrità fisica della persona. Dobbiamo comprendere nella violenza fisica anche la minaccia di essere colpiti, il rompere oggetti in segno di minaccia, il dare pugni e calci alla porta o finestra, oltre che strattoni, schiaffi, pugni, morsi, fino allo strangolamento, al soffocamento, alle minacce con armi e all'omicidio.
- Violenza psicologica: è spesso anticipatoria rispetto a quella fisica. In questa categoria rientrano quei comportamenti tesi a intaccare l'autostima e il senso di autoefficacia della donna, oltre che ad isolarla, con l'obiettivo di mantenere uno stato di soggezione e sottomissione. Possiamo elencare atti di derisione, insulti, controllo, eccessiva gelosia, minacce ed isolamento da relazioni familiari ed amicali.
- Violenza sessuale: in questa forma di violenza rientra un ampio spettro di comportamenti, dalle molestie fino ad arrivare alla prostituzione forzata e allo stupro. In questo campo rientra anche l'obbligo da parte del coniuge ad avere un rapporto sessuale. Il fatto che ci sia una relazione affettiva, infatti, non obbliga la donna ad avere rapporti natura intima con il compagno, a differenza di quanto

si potrebbe pensare a causa del retaggio culturale legato ai doveri coniugali. Nella violenza sessuale rientrano quindi tutte quelle imposizioni rispetto a pratiche sessuali non desiderate.

- Violenza economica: in questa tipologia di violenza rientrano tutte quelle modalità di assoggettamento o sfruttamento economico della donna: ostacolare la sua indipendenza economica e quindi la possibilità di lavorare, limitare l'accesso alle risorse economiche, occultare la situazione patrimoniale, sfruttare l'attività della donna negandole la retribuzione per il lavoro svolto. Il violento in questo modo riduce le possibilità di autonomia ed indipendenza della vittima cercando così anche di diminuire le possibilità di svincolo e contrasto a quanto subito.
- Stalking: la parola stalking deriva dal verbo inglese "*to stalk*", che in italiano viene tradotto con il significato di "fare le poste", inseguire, accerchiare, braccare. Si riferisce ad una serie di atti persecutori reiterati e, individuati nell'articolo 612 bis del codice penale (Atti persecutori), che generano nella vittima uno stato di ansia e paura così forte da costringerla a cambiare le proprie abitudini di vita. Questo fenomeno è stato riconosciuto per la prima volta in California nel 1990 a causa di persecuzioni di cui sono stati vittime alcune personalità del mondo dello spettacolo. La persecuzione può essere attuata attraverso anche modalità normalmente riconosciute come forme di corteggiamento, ma che non cessano nonostante non siano gradite alla vittima. Gli atti persecutori possono essere continue telefonate, messaggi, biglietti, lettere, appostamenti, richieste di appuntamenti e/o regali indesiderati. Quando si verifica una persecuzione messa in atto attraverso l'uso di Internet, della posta elettronica, di social network etc., si parla di *cyberstalking*.

1.2 Il rapporto e linee guida dell'OMS sulla violenza contro le donne

Secondo il rapporto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) "Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenza sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti", pubblicato a Gennaio 2013, la violenza contro le donne rappresenta "un problema di salute di proporzioni globali enormi".

Ci troviamo di fronte al primo studio che analizza sinteticamente i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello globale, inflitta sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti. La violenza comporta un'esperienza traumatica vissuta da oltre il 35% delle donne in tutto il mondo. Lo studio ha riscontrato che la più comune forma di abuso, che colpisce più del 30% delle donne, viene inflitta da un partner intimo. Lo studio evidenzia, inoltre, il dovere di tutti di lavorare insieme per eliminare ogni forma di tolleranza verso la violenza femminile e per favorire il sostegno offerto alle vittime di questa esperienza. Le nuove Linee guida proposte dall'OMS hanno come obiettivo principale quello di aiutare i diversi Paesi a migliorare l'approccio utilizzato dal proprio sistema sanitario nell'affrontare casi di abusi.

1.2.1 Impatto sulla salute fisica e mentale

Il rapporto descrive l'impatto sulla salute fisica e mentale di donne e bambine vittime di atti di violenza. Le conseguenze variano da fratture a gravidanze problematiche, dai disturbi mentali ai rapporti sociali compromessi (Grafico 1).

I dati sulle donne vittime di abusi da parte di un partner intimo evidenziano le seguenti conseguenze a livello psico-fisico:

- morte e lesioni: lo studio ha riportato che il 38% di femminicidi nel mondo è causato dal partner intimo, mentre il 42% delle donne che hanno subito abusi fisici da parte del proprio compagno ha anche sofferto di lesioni;

- depressione: subire un atto di violenza dal proprio partner contribuisce considerevolmente allo sviluppo di disturbi mentali. Le donne sottoposte ad abusi da parte del proprio compagno hanno, infatti, quasi il doppio delle probabilità di soffrire di depressione, in confronto a donne che non hanno subito violenze;
- abuso di alcol: le donne che subiscono abusi per mano del proprio partner hanno quasi il doppio delle probabilità di sviluppare problemi con l'alcol;
- malattie sessualmente trasmissibili: le donne vittime di abusi da parte sia del proprio partner, che di sconosciuti, hanno l'1,5% di probabilità in più di contrarre infezioni, come la sifilide, la clamidia o la gonorrea. In alcune regioni (come l'Africa subsahariana) hanno l'1,5% di probabilità in più di contrarre l'HIV;
- gravidanze indesiderate e aborti: sia la violenza subita dal partner, sia quella da parte di sconosciuti porta spesso a gravidanze indesiderate. Lo studio ha dimostrato che le donne che subiscono abusi fisici hanno quasi il doppio delle probabilità di avere un aborto, rispetto alle donne che non hanno subito violenze;
- bambini nati sottopeso: le donne che subiscono abusi dal proprio partner hanno il 16% di probabilità in più di partorire bambini sottopeso.

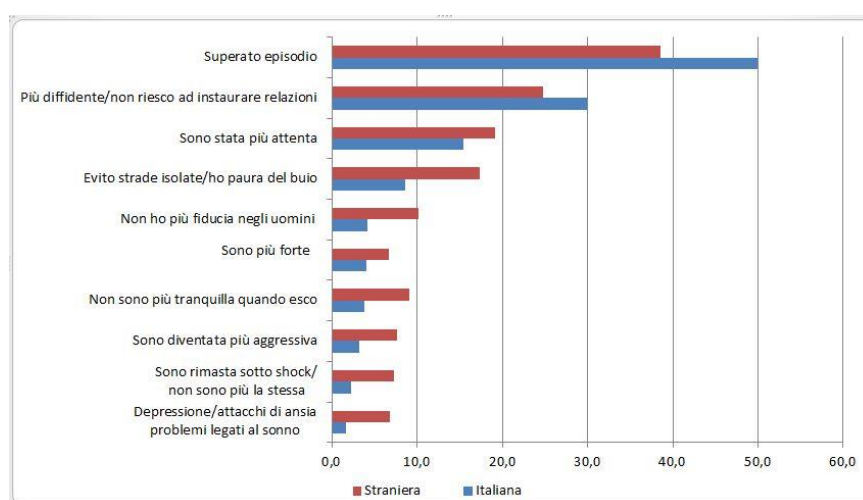


Grafico 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza da un uomo non partner per cambiamento di abitudini a seguito del fatto e cittadinanza – Anno 2014, ISTAT

1.2.2 Raccomandazioni ai servizi sanitari

Il rapporto evidenzia anche la necessità di offrire una migliore assistenza alle donne vittime di atti di violenza. Esse spesso cercano l'assistenza di un medico senza rivelare le cause di lesioni o malattie conseguenti. "Lo studio ha rivelato che gli abusi sessuali aumentano le probabilità che una donna riscontri problemi di salute a lungo e a breve termine e sottolinea la necessità che questo problema venga affrontato più seriamente", ha approfondito la dottoressa C. Garcia-Moreno dell'OMS. "Molte volte questo è dovuto al fatto che lo staff medico non è in grado di reagire adeguatamente". Le nuove direttive pubblicate dall'OMS hanno tra i molti obiettivi quello di fronteggiare l'inesperienza dei clinici nell'assistere vittime di abusi sessuali. Le direttive, infatti, mettono in rilievo l'importanza di insegnare al personale medico come riconoscere le donne che sono a rischio di subire violenze dal proprio partner e fornire un'assistenza adeguata. Le direttive, inoltre, indicano come sia auspicabile che alcuni ospedali, come quelli che si occupano di assistenza prenatale o di test per HIV, offrano sostegno a coloro che hanno subito violenze, purché posseggano dei requisiti minimi specifici: lo staff clinico deve essere stato preparato a fare domande sull'abuso devono essere utilizzate procedure standard i consulti devono avvenire in luoghi che assicurino la privacy, la riservatezza deve essere garantita, occorre assicurarsi che ci sia un sistema attraverso il quale una vittima possa avere accesso ai servizi sanitari relativi alla propria situazione in caso di aggressione fisica; l'ospedale deve essere attrezzato per fornire un supporto adeguato alle necessità della donna e affrontare qualsiasi possibile conseguenza fisica o mentale. Gli autori del rapporto evidenziano l'importanza di usare queste Linee guida per incorporare nel curriculum e includere nel training degli infermieri l'analisi dei problemi di salute conseguenti agli abusi. L'OMS inizierà a lavorare con i Paesi del sud-est asiatico per implementare le nuove direttive entro la fine di giugno e collaborerà con i Ministeri della salute, le associazioni non governative (ONG) e le agenzie legate alle Nazioni Unite, per divulgare le nuove Linee guida e il loro uso.

1.3 La normativa sulla violenza

La prima significativa innovazione legislativa in materia di violenza sessuale, in Italia, si era avuta con l'approvazione della Legge 15 febbraio 1996, n. 66 (Norme contro la violenza sessuale), che ha iniziato a considerare la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale, e non come un delitto contro la moralità pubblica ed il buon costume.

Con la Legge 4 aprile 2001, n. 154 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari) vengono introdotte nuove misure volte a contrastare i casi di violenza all'interno delle mura domestiche con l'allontanamento del familiare violento.

Nello stesso anno vengono approvate anche le Leggi n. 60 e la Legge 29 marzo 2001, n. 134 (Modifiche alla legge 30 luglio 1990, n. 217, recante istituzione del patrocinio a spese dello Stato per i non abbienti) sul patrocinio a spese dello Stato per le donne, senza mezzi economici, violentate e/o maltrattate, uno strumento fondamentale per difenderle e far valere i loro diritti, in collaborazione con i centri anti violenza e i tribunali.

Con la Legge 23 aprile 2009, n. 38 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori) sono state inasprite le pene per la violenza sessuale e viene introdotto il reato di atti persecutori ovvero lo stalking.

Il nostro Paese ha compiuto un passo storico nel contrasto della violenza di genere con la legge 27 giugno 2013 n. 77 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica), approvando la ratifica della Convenzione di Istanbul, redatta l'11 maggio 2011. Le linee guida tracciate dalla Convenzione costituiscono infatti il binario e il faro per varare efficaci provvedimenti, a

livello nazionale, e per prevenire e contrastare questo fenomeno. Il 15 ottobre 2013 è stata approvata la Legge 119/2013 (in vigore dal 16 ottobre 2013) "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, che reca disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere"; tra le principali novità vi sono: il braccialetto elettronico per chi è stato allontanato dalla casa familiare, la nuova aggravante della relazione affettiva applicabile al reato di maltrattamenti in famiglia e a tutti i reati di violenza commessi in danno di donne e minori, l'arresto obbligatorio in caso di flagranza per i reati di maltrattamenti in famiglia e stalking e la misura pre-cautelare dell'allontanamento di urgenza dalla casa familiare.

1.4 Istituzione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne

Il 25 novembre ricorre la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, in occasione della quale governi, organizzazioni internazionali e le ONG (Organizzazioni non governative) organizzano attività volte a sensibilizzare l'opinione pubblica riguardo la tematica della violenza di genere. Occorre tuttavia ricordare che non si tratta di una data scelta a caso: è infatti il ricordo di un brutale assassinio, avvenuto nel 1960 nella Repubblica Dominicana, ai tempi del dittatore Rafael Leònidas Trujillo (1891-1961). Tre sorelle, di cognome Mirabal, considerate rivoluzionarie, furono torturate, massacrate, strangolate. I loro corpi furono gettati in un burrone, simulando un incidente.

La Giornata è stata istituita dall'Onu con la risoluzione 54/134 del 17 dicembre 1999: la stessa Dichiarazione adottata dall'Assemblea Generale Onu parla di violenza contro le donne come di "uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini".

1.5 I dati dell'ISTAT

I dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) aggiornati alla prima metà del 2019 riportano quanto segue: quasi 7 milioni di donne italiane dai 16 ai 70 anni hanno subito almeno una volta nella vita una forma di violenza (20,2% violenza fisica, 21% violenza sessuale con casi nel 5,4% di violenze sessuali gravi, come stupro e tentato stupro). Nel dettaglio, su una cifra di 3 milioni di donne, la violenza è avvenuta nel 5,2% dei casi dall'attuale partner e nel 18,9% dei casi da un ex partner.

Le forme di violenza subite dalle donne e rilevate non riguardano solo la violenza fisica o sessuale, ma anche forme di abusi di diversa tipologia: minacce (12,3%), spintonate (11,5%), schiaffi, calci e morsi (7,3%), contusioni per mezzo di oggetti (6,1%). Quanto, invece, alla violenza sessuale: il 15,6% delle donne ha subito la forma di violenza sessuale più diffusa, ovvero essere bacciate, toccate o abbracciate contro la propria volontà, mentre i rapporti sessuali inflitti con la forza e contro la volontà della vittima sono al 4,7%; i tentati stupri arrivano al 3,5% e gli stupri effettivi al 3%.

Oltre a partner ed ex partner, si rilevano violenze da parte dei colleghi di lavoro nel 2,5% dei casi, da parenti nel 2,6%, da amici nel 3% e da conoscenti nel 6,3% dei casi.

Preoccupante è anche la statistica di rilevazione delle violenze a carico di donne straniere viventi in Italia, poiché i dati indicano una percentuale in crescita di abusi e violenze: partner ed ex partner compiono violenza su donne straniere nel 20,4% dei casi, rispetto al 12,9% delle vittime italiane. Molte sono anche le donne straniere arrivate in Italia proprio per fuggire da una relazione violenta nel paese d'origine.

1.5.1 I dati nella regione Marche

In base a quanto emerso dalla relazione annuale sulla violenza di genere, nel 2018 sono state 534 le donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza delle Marche (Cav), con un incremento "importante" rispetto alle 409 del

2017. Una crescita dovuta non a un aumento dei maltrattamenti e di vittime, ma a una maggiore emersione di un fenomeno ancora sommerso.

I dati del 2018 segnalano che il 74% delle donne che si rivolge ai Cav (Centri Anti-Violenza) è rappresentato da italiane, di cui il 45,4% è coniugata, il 44,8% ha un diploma di scuola superiore e il 22% una laurea. Il 37,8% è occupata in modo stabile e il 18,9% è disoccupata in cerca di occupazione. Emerge poi un incremento considerevole di donne che dichiarano la loro “sofferenza psichica” nel vivere questa condizione: indice, anche questo, di una maggiore coscienza del loro stato e della loro vittimizzazione. La violenza segnalata è prevalentemente “domestica”, consumata all’interno delle relazioni familiari, non di rado da uomini conosciuti alle forze dell’ordine (il 54,5% ha denunce a carico in corso, il 24% è imputato o condannato per reati diversi). L’autore della violenza è per il 74% di nazionalità italiana (età compresa tra i 38 e i 57 anni). Il 40% è composto da mariti; il 21% da conviventi, ex conviventi e fidanzati. Per il 57,9% dei casi l’uomo violento ha un lavoro stabile, per il 42% un diploma di scuola media inferiore. Uomini, quindi, meno istruiti delle loro compagne, se paragoniamo il dato scolarizzazione con quello delle donne loro vittime. Rispetto al passato cresce la percentuale delle donne con figli che hanno assistito o subito violenza (il 94% ha figli minorenni, il 52,5% maggiorenni o anche maggiorenni). Sostanzialmente la quasi totalità dei figli è coinvolta nei maltrattamenti e oltre la metà ne è vittima o testimone, confermando che la violenza assistita è un aspetto della stessa violenza di genere. Anche questo aumento delle donne con figli che si rivolgono ai Cav fa presumere una maggiore conoscenza delle gravi ricadute che la violenza intra-familiare ha sui figli. Dalla relazione emerge inoltre che la violenza che non è mai di un solo tipo, ma compiuta attraverso modalità tra loro associate: psicologica, economica, fisica e sessuale. Si evidenzia, infine, che i nuclei familiari generano ancora una quota di sommerso, perché non comunicano il problema all’esterno e rimangono in silenzio.

Come sostenuto dall’assessora alle Pari Opportunità Manuela Bora, in sede di Giunta regionale, anticipando le rilevazioni che sono poi state presentate nella seduta del 26 Novembre 2019, tale impennata statistica

evidenzia la maggiore capacità della Regione di intercettare un fenomeno diffuso in Regione, ma soprattutto indica una più adeguata capacità dei servizi sul territorio di offrire risposte appropriate e rassicuranti alle donne vittime di violenza per aiutarle a superare paure e timori e garantire tutele appropriate. Tale risultato è stato raggiunto lavorando su vari livelli e in rete, permettendo a più donne di trasformare il proprio silenzioso bisogno di aiuto in domanda espressa. È stata creata una rete, interconnettendo istituzioni e servizi, intensificando le azioni di prevenzione primaria per aumentare, nelle persone, la conoscenza e la consapevolezza del fenomeno; ciò è avvenuto a partire dalle scuole superiori, da cui è verosimilmente scaturito anche il notevole aumento di donne, di età compresa tra i 18 e i 25 anni, che si sono rivolte ai Cav per chiedere aiuto.

1.6 I servizi

Fino agli anni 70, nel mondo, le donne vittime di maltrattamenti non avevano luoghi dove rivolgersi per essere ospitate o semplicemente ascoltate e sostenute nei propri diritti.

Non c'erano campagne di informazione, né servizi sui media; il divorzio era una rarità, oltretutto molto stigmatizzante per le donne, che spesso tendevano a restare intrappolate in relazioni violente, senza via di fuga. L'origine dei centri antiviolenza si collega sia al movimento di liberazione delle donne degli anni Settanta, che si sviluppò a livello internazionale, sia all'intensa attività politica che lo caratterizzava. Le radici del movimento erano stati i gruppi di autocoscienza, nei quali le donne condividevano storie di vita ed esperienze e costruivano l'analisi storico-politica della dominazione maschile e della subordinazione femminile.

Nei gruppi di autocoscienza femminista, il fenomeno della violenza in famiglia da parte del partner emergeva in maniera predominante, ma non bastava: da qui l'idea di istituire case-rifugio, gestite da sole donne, dove le donne vittime potessero nascondersi e proteggersi per ricominciare una vita libera dalla violenza.

Dalla nascita della prima Casa delle donne nel 1989, in meno di un decennio, in Italia, nacquero 70 centri antiviolenza che si riunirono per la prima volta a Ravenna nel 1998 in un'assemblea dalla quale emerse una piattaforma di pratiche politiche condivise. In tutti questi anni i Centri antiviolenza si sono battuti per rispondere ai bisogni di donne e bambini/e, vittime della violenza maschile, ma soprattutto su come obbligare le istituzioni a mettere al centro della loro agenda politica azioni contro la violenza.

1.6.1 Centri Antiviolenza

Il Centro Antiviolenza è una struttura che si propone di offrire supporto alle donne vittime di ogni tipo di violenza grazie alla relazione tra donne, in quanto vi prestano opera di volontariato solo professioniste di genere femminile. I Centri portano avanti la loro lotta al fenomeno della violenza di genere anche attraverso attività di sensibilizzazione, informazione e prevenzione.

Tra i servizi offerti gratuitamente in queste strutture ricordiamo:

- accoglienza telefonica
- consulenza ed assistenza psicologica, attraverso sia colloqui individuali sia gruppi di auto-aiuto
- consulenza ed assistenza legale
- ricerca e raccolta dati
- formazione agli operatori che accolgono donne vittime di violenza, come il personale socio-sanitario o le forze dell'ordine
- mediazione culturale
- segretariato sociale

Di seguito (Grafico 2), troviamo la distribuzione regionale dei Centri Antiviolenza relativa all'anno 2017

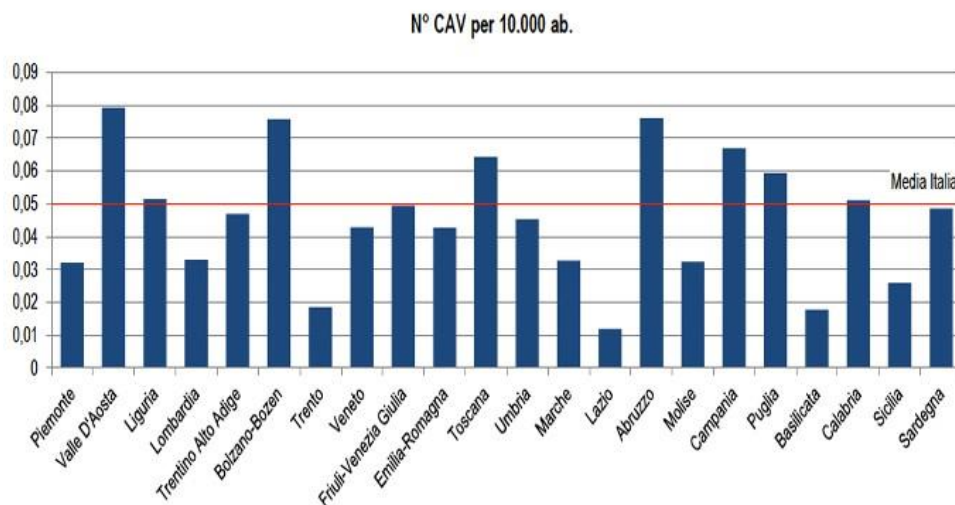


Grafico 2. Distribuzione regionale dei CAV, tassi per 10mila abitanti, ISTAT

1.6.2 Case di accoglienza per donne vittime di violenza

Le Case di accoglienza sono dei centri, a indirizzo segreto, in cui si offre, oltre all'accoglienza, l'ospitalità alle donne vittime di violenza, con o senza figli minori con l'obiettivo di proteggerli e di salvaguardare l'incolumità fisica e psichica. In queste strutture si offre perciò protezione alle vittime che non sono in grado di sostenersi individualmente livello economico e che per motivi di sicurezza devono lasciare la propria abitazione. Per ogni ospite viene attivato un progetto individuale di uscita dalla situazione subita, attraverso il sostegno legale e psicologico oltre che il lavoro di rete con i servizi presenti sul territorio, con l'obiettivo di favorire la conquista di una nuova autonomia ed indipendenza.

Le Case di Accoglienze possono essere promosse da:

- enti locali, in forma singola o associata;
- associazioni e organizzazioni operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che abbiano maturato

esperienze e competenze specifiche in materia di violenza contro le donne, che utilizzino una metodologia di accoglienza basata sulla relazione tra donne, con personale specificamente formato. Le associazioni e le organizzazioni devono essere iscritte ai previsti Albi regionali o iscritte ai registri regionali delle Onlus presso l'Agenzia delle entrate, e avere nel loro Statuto il tema del contrasto alla violenza di genere quale obiettivo prioritario, dimostrando una consolidata e comprovata esperienza almeno quinquennale nella protezione e nel sostegno delle donne vittime di violenza

La Casa di Accoglienza corrisponde a casa di civile abitazione ovvero ad una struttura di comunità, articolata in locali idonei a garantire dignitosamente i servizi di accoglienza.

La Casa deve garantire l'anonimato e la riservatezza, e deve assicurare alloggio e beni primari per la vita quotidiana alle donne che subiscono violenza e ai loro figli, raccordandosi con i Centri antiviolenza e con gli altri servizi presenti sul territorio al fine di garantire supporto psicologico, legale e sociale per i propri ospiti.

In tale ambiente si definisce e attua il progetto personalizzato volto alla fuoriuscita delle donne dalla violenza, provvedendo anche alla cura di eventuali minori a carico, nei tempi e con le modalità condivise con la donna accolta; si opera in maniera integrata con la rete dei servizi socio-sanitari e assistenziali territoriali, tenendo conto delle necessità fondamentali per la protezione

1.6.3 Case di semiautonomia

Le case di semiautonomia accolgono donne vittime di violenza che provengono dalle Case di Accoglienza, all'interno delle quali hanno portato a termine il proprio progetto individuale.

Tali strutture nascono dall'esigenza di guidare verso la completa indipendenza, mediante un percorso di accompagnamento, quei nuclei monoparentali (donne con figli minori a carico) o donne sole (vittime di abusi

e violenze) che si trovano in condizioni di fragilità e che possono aver già compiuto un percorso all'interno di una casa famiglia e che necessitano di un passo ulteriore, non avendo raggiunto un livello sufficiente di autonomia sia personale che genitoriale. Tali strutture rappresentano dunque un servizio di residenzialità intermedio tra la casa famiglia e il domicilio autonomo, all'interno di una progettualità concordata con l'ospite e con i servizi sociali di riferimento.

L'esperienza di vita all'interno della Casa di semiautonomia offre alle donne la possibilità di sperimentare in prima persona la gestione dell'abitazione, condivisa con le altre donne, l'assunzione di responsabilità e l'organizzazione del proprio tempo e dei propri impegni, contando sul sostegno degli operatori, quando questo si rende necessario.

Il progetto di semiautonomia rappresenta un luogo in cui le donne possono conquistare un nuovo spazio di riflessione e confronto, per riformulare un piano individuale per la costruzione di un percorso di reinserimento sociale e lavorativo, anche grazie alla possibilità di sperimentare delle formule di auto-aiuto con le altre donne ospiti.

Tale esperienza potrà permettere alle donne di acquisire l'attitudine a relazionarsi positivamente con altre donne, favorendo la capacità di creare quelle solide e fruttuose alleanze tra donne, costituendo un punto di forza nelle relazioni future.

CAPITOLO 2

IL CODICE ROSA

Il Codice Rosa è un percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate.

Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale.

Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario altamente qualificato. L'intervento congiunto di una task force aziendale ed inter-istituzionale, con il coinvolgimento delle forze dell'ordine, delle procure e dei centri antiviolenza permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico-giuridico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza

2.1 Nascita e finalità

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell'Azienda USL 9 di Grosseto come progetto pilota con la finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le diverse istituzioni e competenze per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto soccorso. Nel 2011, con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale. Il Progetto regionale Codice Rosa, prevede percorsi di accoglienza, cura e tutela delle persone vittime di violenze e abusi.

Nel gennaio 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l'estensione della sperimentazione a tutte le Aziende sanitarie toscane.

Nel 2016 è costituita la Rete regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenze e/o abusi.

La Rete regionale Codice Rosa è articolata come una rete tempo dipendente, ovvero di un sistema 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.

2.2 Dal progetto toscano ad un piano Nazionale

L'esperienza della task force Codice Rosa, nata nel 2010 a Grosseto, ed estesa poi a tutte le aziende sanitarie della Toscana, è stata avviata a diventare un protocollo nazionale per la lotta alle violenze su tutte le fasce deboli della popolazione: donne, ma anche bambini, anziani, omosessuali, extracomunitari. A sancirlo è stato l'evento svolto, martedì 16 dicembre 2014, a Grosseto: un convegno dal titolo "Progetto nazionale Rosa bianca", organizzato dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale 9.

L'interesse ad un progetto di tipo nazionale è nato quando il Codice Rosa in funzione nelle aziende sanitarie toscane, ha fatto emergere casi di violenza che altrimenti sarebbero rimasti nascosti, dando assistenza alle vittime e facendo perseguire i responsabili.

Il progetto nazionale codice Rosa bianca è nato dunque a sostegno di coloro che possono trovarsi in una situazione di particolare vulnerabilità, per aver subito episodi di violenza, tenendo conto anche dell'impatto sociale di questi eventi e delle ricadute che possono avere sulle strutture del sistema sanitario nazionale. Ciò ha portato alla realizzazione di un percorso riservato alle vittime di violenza partendo dai Pronto Soccorso, coinvolgendo le Aziende ospedaliere, le Asl, le Procure della Repubblica, le forze dell'ordine, le Associazioni di volontariato, secondo un modello di stretta collaborazione e integrazione tra le varie istituzioni, consentendo di

intervenire con tempestività e in maniera sinergica a tutela delle vittime di violenza, nel rispetto della privacy e del diritto di riservatezza.

2.3 Obiettivi

Gli obiettivi della rete relativa al Codice Rosa prevedono di:

- 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 al pronto soccorso
- dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso con la presa in carico territoriale successiva, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle vittime mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze.
- assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale

2.4 La formazione

La formazione, che deve essere multi professionale, interdisciplinare e continua, è lo strumento essenziale per promuovere le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi.

L'attività formativa progettata su temi specifici, coerente con gli aspetti organizzativi e progettuali, viene assicurata con continuità a livello regionale e aziendale ed è rivolta al personale dei gruppi operativi e alle sentinelle presenti presso le strutture e viene realizzata in

collaborazione con Enti, Istituzioni e Centri Antiviolenza della rete territoriale.

Inoltre è indispensabile assicurare un rapporto costante con gli educatori e gli studenti sul tema della violenza e sulle molteplici implicazioni che il rapporto fra i generi produce.

Degni di nota sono sicuramente il corso realizzato dalla regione Toscana nel 2016, "La rivoluzione copernicana nell'accoglienza delle vittime vulnerabili: la direttiva 2012/29/UE e il decreto legislativo 212/2015 in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato" e il Convegno promosso all'Aquila nel 2019, in occasione della Giornata Internazionale contro la violenza alle donne recante come titolo "La gestione del Codice Rosa e la Task Force inter-istituzionale": il primo è stato organizzato in tre edizioni, ed ha affrontato le tematiche riguardanti l'informazione dovuta alle vittime, per favorire la trasmissione delle esperienze e il confronto tra il personale che opera nell'ambito della cura e della tutela delle persone vittime di maltrattamenti ed abusi, promuovendo l'aggiornamento delle prassi operative; il secondo, è stato inserito all'interno dell'Evento "Chiamarlo amore non si può" e, data la risonanza e l'importanza sociale e sanitaria del tema, è stato promosso e fatto proprio dall'Assessorato alle Pari Opportunità del Comune dell'Aquila.

L' iniziativa è stata condivisa con l'Amministrazione Comunale ma è stata sollecitata da professionisti della salute, infermieri, medici, psicologi che troppo spesso nell'esercizio del proprio servizio si trovano a dover gestire situazioni complesse e a prendersi "cura" di donne vittime della violenza di genere.

CAPITOLO 3

IL RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DELLA TASK FORCE

All'interno dell'iter relativo al Codice Rosa, l'infermiere ha un ruolo fondamentale, in quanto l'infermiere del triage è il primo interlocutore della donna che giunge al Pronto Soccorso.

Necessario è, prima di procedere alla spiegazione delle motivazioni alla base della precedente affermazione, fornire, tra le molte definizioni di Triage, quella che meglio ne descrive l'attività, fornita dall'*American College of Surgeons*, secondo il quale il triage consiste nell'attribuzione dell'ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili.

3.1 L'infermiere come primo anello della catena

Perché l'assistenza infermieristica riveste un ruolo fondamentale all'interno di tale iter? Il Codice Deontologico dell'infermiere del 2009 all'articolo 33 sostiene che "L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente", e all'articolo 41 attesta quanto segue "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe".

Possiamo riassumere gli interventi che l'infermiere attua per svolgere efficacemente un'assistenza mirata alla donna come segue:
– Risponde alle necessità di accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza;

- Garantisce una corretta raccolta degli elementi di prova attuando un percorso condiviso con l'Autorità Giudiziaria;
- Propone schemi di profilassi verso le malattie sessualmente trasmesse;
- Assicura alla dimissione una rete di sostegno attorno alla vittima, con particolare riguardo al suo stato psicologico, per avviare il percorso di superamento del trauma subito;
- Rende consapevoli tutti gli operatori che la qualità del loro intervento può favorire o pregiudicare il successivo iter della vittima;
- Evita che la paziente sia costretta a raccontare l'accaduto più volte ed ad operatori diversi;
- Non rimuove gli indumenti della paziente in modo inappropriato;
- Evita di detergere immediatamente graffi e morsi che possono contenere fonti di materiale genetico;
- Valuta la dimissibilità della paziente;
- Valuta il possibile rientro a domicilio (in caso contrario attivare accoglienza presso case-famiglia);
- Attiva il follow-up clinico e il supporto psicologico.

3.2 L'accoglienza in Pronto Soccorso

Il personale infermieristico di triage è spesso il primo ad incontrare la vittima dopo la violenza subita e a farsi carico delle conseguenze sia fisiche che psicologiche di essa.

L'accoglienza al Pronto Soccorso è un momento estremamente delicato in quanto l'operatore di triage accoglie la paziente e la accompagna in un luogo riservato e lontano da possibili intrusioni, raccogliendo le informazioni necessarie alla registrazione dei dati e avvertendo immediatamente il team costituito da diverse figure professionali (ostetrica, medico di pronto soccorso, chirurgo, ginecologo, psicologo, ortopedico, assistente sociale, rianimatore), che prenderà in carico la paziente, seguendola in tutto il percorso.

È molto frequente che la vittima nasconda e non verbalizzi ai sanitari la violenza subita per vergogna, paura di ripercussioni o di non essere creduta

oppure di essere considerata responsabile dell'accaduto. L'intervento sarà quindi improntato al riconoscimento del caso di violenza, ad accogliere i vissuti emotivi connessi all'abuso ed offrire un concreto aiuto. Durante l'accesso al pronto soccorso sarà molto probabile che la vittima si trovi in uno stato emotivo labile, specialmente se la violenza è stata perpetrata da poco, con un quadro generale complesso di emozioni, comportamenti e atteggiamenti. Essa potrebbe presentare:

- estrema fragilità e vulnerabilità, pianto continuo
- stato confusionale, disorientamento spazio-temporale
- amnesia su alcuni aspetti importanti dell'evento
- autostima deteriorata con svalutazione dell'immagine di sé, sentimenti di colpa e vergogna
- riferire un vissuto di disvalore, senso di impotenza, inferiorità per non aver saputo reagire e difendersi all'aggressore
- ripetizione ossessiva di alcuni particolari dell'evento e dei momenti precedenti all'aggressione
- atteggiamenti difensivi non congrui con il racconto, come il riso e l'autoironia
- stato d'ansia, depressione, angoscia, apatia.

L'operatore davanti a questi sintomi è obbligato a porsi nei confronti della vittima in modo trasparente e non direttivo.

L'operatore dovrà tentare di restituire alla vittima il suo valore di "persona" e di protagonista del trattamento offrendole la possibilità di scegliere cosa dire o non dire, di cosa accettare fra le proposte di cura e di sostegno psicosociale. Sarà necessario essere consapevoli che dietro a tali comportamenti e vissuti emotivi possa nascondersi una storia di violenza domestica e/o sessuale o di abuso sessuale anche pregresso. L'operatore dovrà inoltre prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- c'è un accesso ripetuto al pronto soccorso per ferite e traumi;
- c'è anamnesi di dolore pelvico cronico, di frequenti infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche;

- vi è una storia di depressione, abuso di sostanze e farmaci, tentati suicidi.
- vi è la presenza screditante continua del partner alle visite mediche, a cui la donna tende a delegare le decisioni;

L'operatore che presta assistenza alla vittima in triage dovrà attuare alcune accortezze fondamentali:

- Accogliere la donna in un luogo riservato, dove venga rispettata la privacy e che gli consenta di esplicitare al meglio il suo bisogno di aiuto data la situazione emotiva di fragilità;
- Tener conto che la persona ha necessità di essere ascoltata;
- Valutare il danno fisico e psicologico attraverso il racconto della vittima, non mettendo in dubbio la veridicità del racconto (non è compito dei sanitari accertare l'attendibilità della paziente)
- Non forzare la vittima nel racconto se essa non riesce a verbalizzare quanto avvenuto. Raccogliere quindi solo quelle informazioni indispensabili e lasciare l'approfondimento ad un secondo momento ad altri operatori.

Osservando obiettivamente la paziente esistono alcuni tipi di lesione che possono far sospettare l'eziologia di una violenza sessuale, come ad esempio: bruciature di sigarette o ustioni in genere, morsi, lividi, contusioni, tagli, graffi, traumi rettali e anali, lesioni genitali. Il riconoscimento da parte dell'infermiere di triage di queste tipologie di lesioni e la consapevolezza della loro possibile correlazione al reato in esame, potrebbe indirizzare il professionista al sospetto di una violenza non dichiarata. Dopo l'assegnazione del codice colore la vittima verrà indirizzata alla visita medica per l'anamnesi, l'esame fisico, le cure del caso e l'eventuale raccolta dei campioni forensi.

È importante ricordare che due strumenti che l'infermiere possiede sono il silenzio e l'ascolto attivo (inteso come la capacità di saper ascoltare con un elevato grado di attenzione e partecipazione comunicativa): si tratta di due facce della stessa medaglia, in quanto l'ascolto è attivo e implica che

vada a recepire quelli che sono i bisogni della donna e a mettere in atto un'assistenza personalizzata, un sostegno di tipo professionale.

CAPITOLO 4

PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E MALTRATTAMENTO IN AORMN (AZIENDA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD)

4.1 Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Come attestato nel precedente capitolo, l'Unità Operativa di Pronto Soccorso è, quasi sempre, il primo ambiente ad accogliere la donna vittima di violenza.

Il protocollo dell'AORMN prevede, per l'arrivo della donna nell'U.O, tale percorso:

- accoglienza
- accettazione
- attribuzione codice colore indicativo di priorità di accesso alla visita medica
- individuazione del tipo e della forma di violenza, del luogo, delle circostanze e della/e persona/e che ha/hanno prodotto la violenza e il maltrattamento
- ricerca di eventuali lesioni associate
- richiesta delle consulenze necessarie
- informazione ed acquisizione del consenso informato
- accertamenti strumentali e di laboratorio necessari
- prelievo di sangue venoso ed invio in Laboratorio Analisi
- prelievo di sangue periferico in provetta per emocromo, da inviare al Laboratorio analisi che lo conserva come campione di riferimento della vittima per comparazioni morfologiche e genetiche
- prelievo di sangue venoso per alcolemia/dosaggio di farmaci/sostanze secondo le modalità previste da apposite procedure quando necessario

- raccolta campione urine per dosaggio droghe d'abuso quando necessario
- invio dei campioni di liquidi biologici al Laboratorio di Tossicologia e Medicina del Lavoro Zona Territoriale n.1 Pesaro
- profilassi antiepatite B previo coinvolgimento, se necessario, dell'infettivologo
- profilassi antitetanica
- provvedimenti terapeutici necessari
- stima del rischio per la vittima
- prognosi
- prima raccolta degli indumenti e/o altri reperti connessi all'evento e consegna all'UOC di Ostetricia e Ginecologia
- compilazione della scheda riportante il tipo, la modalità (forma), il luogo, il responsabile della violenza e le circostanze inerenti all'evento
- affido della vittima
- ricezione e trasmissione, alla vittima, dei referti degli esami eseguiti
- dotazione di farmaci antiretrovirali da utilizzare dal consulente Infettivologo in urgenza
- valutazione della necessità di attivazione della figura dello Psicologo
- valutazione della necessità di attivazione di eventuale consulenza Psichiatrica
- compilazione elenco azioni compiute

4.2 Ginecologia e Ostetricia

Terminate le procedure nell'UOC di Pronto Soccorso, la donna viene accompagnata nell'UOC di Ginecologia e Ostetricia: qui viene eseguita l'anamnesi ginecologica (Allegato 1).

Dopodiché la donna viene fatta spogliare, conservando solo gli indumenti in cui si rilevano tracce organiche e gli assorbenti se presenti; viene eseguito lo scraping subungueale, e si procede poi alla ricerca ed eventuale raccolta di peli e capelli dell'aggressore, verificando inoltre la presenza di

ematomi e/o lesioni. Vengono poi effettuati prelievi di tracce organiche sulla cute e per la ricerca di spermatozoi sulla cute; l'UO provvede anche alla documentazione fotografica.

La profilassi prevede poi il tampone per gli esami di laboratorio (profilo Violenza OSGI 801 per il Presidio Ospedaliero San Salvatore e profilo Viol11 per il Presidio Ospedaliero Santa Croce). Tali profili comprendono:

- profilassi delle MST (Malattie Sessualmente Trasmissibili):
azitromicina – zitromax 500 mg 1 compressa- 1 g per os in unica dose + ceftriazone – rocefin 1 g – 1 fiala in unica dose + metronidazolo 2 g in unica dose – 4 compresse 500 mg/2 compresse
- valutazione indicazione a profilassi anti- HIV e anti – HBV
- acquisizione del consenso informato in caso di indicazione alla profilassi anti – HIV
- valutazione della necessità di attivazione di ulteriori consulenze specialistiche
- contraccezione post coitale 1 compressa

Infine devono essere garantite la ricezione e la trasmissione di referti di esami eseguiti e richiesti/dovuti all'Autorità Giudiziaria e alla vittima.

In Allegato 2 troviamo l'elenco del Materiale per la raccolta reperti utilizzato dall'UOC Ostetricia e Ginecologia.

4.3 UOC Malattie Infettive, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica

L'UOC Malattie Infettive assicura la consulenza infettivologica, e concorre all'informazione ed all'acquisizione del consenso informato.

Fornisce inoltre indicazioni per la profilassi anti HIV, e provvede al follow-up delle infezioni, che prevede prelievi per sierologia e valutazione a 1, 3, e 6 mesi.

L' UOC Laboratorio Analisi va ad espletare le funzioni relative alla refertazione di esami ematochimici, sierologici e microbiologici; è responsabile della conservazione dei reperti e dei materiali biologici. Compito di tale UO è l'invio del vetrino per la ricerca degli spermatozoi in Anatomia Patologica e recupero dello stesso, insieme al relativo referto, per la sua conservazione insieme agli altri reperti; si provvede inoltre alla consegna al Medico richiedente del PS, dei referti degli esami ematochimici e sierologici.

L'UOC Anatomia Patologica esegue la lettura del vetrino per la ricerca di spermatozoi e la sua refertazione.

4.4 Servizio di Psicologia Ospedaliera

Per richiedere l'attivazione del Servizio di Psicologia Ospedaliera tramite apposito modulo, è necessario compilare la Scheda di Valutazione/Analisi del Bisogno Psicologico del Paziente /allegato 3): occorre che il punteggio sia pari o superiore a 10 almeno in una singola area, oppure che il punteggio totale sia pari o superiore a 30.

Il servizio è attivo dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 14.30.

Per l'attivazione dello Psicologo, previo consenso da parte della donna, occorre telefonare alla Direzione Medica di Presidio negli orari indicati (se fuori orario inviare fax), con la richiesta di fissare un eventuale incontro e il recapito della donna da contattare.

La consulenza psicologica proposta alla donna prevede un supporto psicologico con osservazione delle condizioni psicologiche ed eventuale invio nelle strutture territoriali.

Lo psicologo che assiste la donna dovrà servirsi, durante il colloquio, della Scheda di Osservazione Psicologica (allegato 4), che indaga:

- stato psicologico manifesto: agitazione psicomotoria, rigidità corporea, espressione emotiva (pianto, assenza di reattività), ribellione, segnali di allerta, modalità di narrazione e disponibilità/chiusura
- stato psicologico riferito: sentimenti descritti dalla vittima, come paura, impotenza, ansia, disturbi del sonno e/o dell'alimentazione etc.

Lo psicologo dovrà riportare sinteticamente la sintesi dell'accaduto in base alla narrazione della vittima, le informazioni riguardo il nucleo familiare attuale ed ambientale e le risorse psicosociali e familiare di sostegno e riferimento, valutando l'eventuale necessità di invio ad altra struttura.

4.5 Assistente Sociale

I tempi di attivazione sono dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 14.30 telefonando alla Direzione Medica di Presidio.

Alla vittima viene offerta la possibilità di effettuare un colloquio con l'assistente sociale che prevede:

- funzione di intervento per la prevenzione, sostegno e recupero di donne/famiglie in situazione di bisogno e di disagio
- concorso nella attivazione delle risorse sociali disponibili e di figure di sostegno e di riferimento in ambito familiare e territoriale
- valutazione del livello di sicurezza ambientale della vittima in collaborazione con il servizio sociale territoriale di competenza

CONCLUSIONI

Ci si può rendere conto di come la violenza di genere sia una vera e propria “malattia” della nostra società: infatti, un quarto delle donne italiane è stato vittima di violenza almeno una volta nella vita, da parte di un partner, piuttosto che un ex partner, piuttosto che un amico, parente o collega di lavoro. Parliamo di una violenza che può essere di tipo fisico, psicologico o sessuale, ma anche di stalking. Da tali violenze, come è stato evidenziato, derivano problematiche a livello psico-fisico, che portano la vittima a chiudersi in se stessa e spesso a non denunciare l'accaduto, a causa di un meccanismo di, se così si può definire, vergogna.

Sappiamo ora che fino a prima degli anni 70 non esistevano enti o luoghi ai quali queste donne potessero rivolgersi, determinando così nelle stesse uno scoraggiarsi, un celare dietro assordanti silenzi le violenze subite. Con il movimento del femminismo, tuttavia, si è passati ad una vera e propria presa di coscienza, a quello che possiamo definire un *empowerment* della figura della donna, e alla volontà di denunciare, di gridare a voce alta quella che era la realtà all'interno di molte, troppe mura delle case italiane.

Nascono così i primi Centri Antiviolenza, le Case di Accoglienza e le Case di semiautonomia, servizi finalizzati a fornire ospitalità e/o sostegno psicologico (ma anche economico) a tutte quelle donne vittime di violenza ed anche ai loro figli.

Ma qual è il ruolo dei Servizi Sanitari in questo scenario? Qual è il ruolo degli operatori sanitari e, più nello specifico, degli infermieri?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel rapporto relativo alla violenza sulle donne, raccomanda a tutte le Nazioni la presa in carico della donna vittima di violenza, seppur con minimi requisiti: un team adeguatamente formato e l'utilizzo di procedure standard che garantiscano la privacy.

Ad oggi in Italia, alla donna che giunge in Pronto Soccorso in seguito ad un episodio di violenza, viene assegnato un particolare codice colore, il Codice Rosa. Si tratta di un percorso dedicato, nato nel 2010 in Toscana nell'ASL 9, che prevede una risposta efficace per far fronte ad una situazione così delicata. Quali sono i presupposti per offrire la risposta migliore, dunque? Un'adeguata formazione del personale, innanzitutto; una formazione che sia multiprofessionale, interdisciplinare e continua.

Gli infermieri, all'interno di tale area semantica, si collocano alla base: questo poiché è proprio l'infermiere la prima figura che generalmente la donna incontra all'arrivo in ospedale. Ed è proprio l'infermiere ad avere un ruolo chiave, attivando il percorso che coinvolgerà poi l'equipe multiprofessionale e soprattutto agendo con empatia tramite l'ascolto attivo, e rispettando la privacy della vittima. È importante fornire un'assistenza personalizzata poiché ogni caso è differente, ogni donna ha una storia differente ed ogni donna ha una diversa forma mentis. Dunque, un professionista deve sapere come approcciarsi, utilizzando quella totalità che da sempre caratterizza l'operato di un infermiere, capace di offrire un'assistenza mirata e a tutto tondo. Più la donna si sentirà presa in carico, capita e rispettata, più positivamente "risponderà" ad ognuno dei vari step previsti dal percorso, adottando un atteggiamento collaborativo e non di chiusura verso il personale.

L'Azienda Ospedaliera (AORMN) di cui fa parte l'Ospedale Santa Croce di Fano, Presidio Ospedaliero nel quale ho svolto il tirocinio durante il mio percorso universitario, ha un proprio protocollo in uso per quanto riguarda i casi di violenza.

Il percorso è strutturato e prevede, come nel resto delle Regioni italiane, un team di lavoro multiprofessionale, che coinvolge le UOC Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Ginecologia e Ostetricia, Laboratorio Analisi, Malattie Infettive e Anatomia Patologica. Vi è la possibilità di rivolgersi alla Psicologia Ospedaliera e di richiedere l'intervento dell'Assistente Sociale.

Alla fine di tale lavoro, ciò che io, da futura infermiera ma soprattutto da donna, mi auspico, è che l'assistenza nei confronti di donne vittime di

violenza faccia continuamente passi avanti evolvendosi con il cambiare delle problematiche sociali, arrivando ad offrire sostegno alle donne di tutto il mondo, anche di realtà in cui purtroppo la figura femminile è sin troppo subordinata all'uomo. Ma ciò che mi auspico maggiormente è che, con il tempo, sempre più donne trovino il coraggio di denunciare a chi di dovere situazioni di disagio e violenza, situazioni che non le fanno stare bene, situazioni che incutono loro timore.

Mi auguro, infine, non che ogni donna capisca cosa vuole nella vita, ma chi non vuole al proprio fianco, poiché lo sappiamo che da bambine ci hanno raccontato che i mostri dormono sotto il letto, ma come donne adulte abbiamo il dovere di sapere che il mostro può dormire proprio accanto a noi.

RINGRAZIAMENTI

Arrivata al termine di questo lavoro di tesi desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno accompagnato in questo percorso, sostenendomi e arricchendomi a livello professionale e personale.

Ringrazio Michela Carubbi, infermiera e guida di tirocinio al Pronto Soccorso del presidio Santa Croce, senza la quale la realizzazione di tale elaborato non sarebbe stata possibile.

Ringrazio le infermiere dell'ADI di Fano, che mi hanno aiutata a crescere incredibilmente e a credere più in me a livello professionale. Porterò sempre con me il ricordo della bellissima esperienza con voi.

Ci tenevo a ringraziare inoltre tutti gli infermieri che ho incontrato in questi tre anni, per ogni insegnamento e per ogni rimprovero: tutto è servito ai fini della mia formazione professionale.

Il grazie più grande va alla mia famiglia, per avermi permesso di intraprendere questo percorso, sostenendomi sin dall'inizio.

Un grazie anche alle mie compagne di corso Alessia e Jessica. Abbiamo passato tre anni fantastici, siete state le amiche e colleghe che vorrei avere sempre al mio fianco. Vi ringrazio per avermi incoraggiata, anche quando ero esausta e stavo per lasciare tutto; grazie per avermi detto "Sei forte, ce la farai, lo sappiamo" e per averci creduto, nei momenti difficili, più di me. Senza di voi non sarei arrivata fino a qui.

Grazie ad Alberto ed Elisa, i miei migliori amici. Grazie per tutto l'affetto che mi avete dimostrato, per ogni abbraccio e per ogni "Voglio vederti felice"; grazie per esservi arrabbiati ogni volta che non ho voluto bene a me stessa, e per essere rimasti al mio fianco quando ero sola. Mi avete dato la forza di portare a termine tutto ciò.

Grazie ad Alban, Alessia, Aurora, Francesco, Luigi Angelo e Jacopo, che mi hanno sempre fatto sentire "la loro infermiera"; grazie per essere stati al mio fianco in qualsiasi momento, ad ogni vittoria e ad ogni sconfitta, dandomi fiducia e sostegno in qualunque occasione. Siete fantastici.


Vorrei ringraziare anche tutti gli amici che non ho esplicitamente citato poiché sono veramente tanti: grazie ad ognuno di voi, per ogni sorriso regalatomi in questi tre anni in cui non è sempre stato tutto semplice.

Non mi sembra vero di essere arrivata fino a qua; in quel lontano Novembre 2016, quando tutto è iniziato, questo giorno mi sembrava così lontano, così irraggiungibile... ma finalmente posso dirlo, ce l'ho fatta.

.

ALLEGATI

Allegato 1

	SCHEMA GINECOLOGICA UOC Ostetricia e Ginecologia	MOD04_POdmpT002_ORG	Pagina 1 di 7
			Rev 01 del 25.06.2012


COGNOME NOME DATA DI NASCITA
 RESIDENZA/DOMICILIO
 NAZIONALITÀ
 DATA DELLA VISITA / / ORA
 ACCOMPAGNATA DA
 marito sorella fratello convivente padre madre conoscente forze dell'ordine
 altro
 cognome e nome dell'accompagnatore/i

 RACCONTO DELL'AGGRESSIONE RIPORTATO DALLA VITTIMA
 data e ora dell'evento
 luogo aperto quale
 luogo chiuso quale
 tipo di violenza sessuale
 molestia sessuale tocco aggressione sessuale stupro tentato stupro rapporto
 che implica il far male fisicamente o psicologicamente costretta ad avere rapporti sessuali con altre
 persone costretta ad attività sessuale considerata umiliante violenza sessuale in modo diverso
 (penetrazione di oggetti) penetrazione ripetuta
 altro
 numero di aggressori tipo relazione con l'aggressore/gli aggressori
 presenza di testimoni no si

 ho assunto alcool no si
 ho assunto droghe d'abuso no si di quale genere
 vi è stata costrizione nell'assunzione di alcool/droghe d'abuso no si
 presenza di armi durante la violenza no si di quale genere
 presenza di oggetti lesivi durante la violenza no si di quale genere
 presenza di tampone vaginale no si

	SCHEDA GINECOLOGICA UOC Ostetricia e Ginecologia	MOD04_POdmprT002_ORG	Pagina 2 di 7
			Rev 01 del 25.06.2012

avevo il ciclo mestruale durante l'evento no si
penetrazione vaginale tentata con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione vaginale tentata senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione vaginale completa con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione vaginale completa senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione anale completa con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione anale completa senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione anale tentata con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione anale tentata senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
rapporto orale con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
rapporto orale senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
rapporto orale tentato con eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
rapporto orale tentato senza eiaculazione no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
utilizzo di condom no si
 aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4
penetrazione con corpi estranei no si dove vagina ano cavo orale

	SCHEDA GINECOLOGICA UOC Ostetricia e Ginecologia	MOD04_POdmprT002_ORG	Pagina 3 di 7
			Rev 01 del 25.06.2012

aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4

eiaculazione sul corpo no si dove.....

aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4

toccamento no si dove.....

aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4

saliva sul corpo no si dove.....

aggressore 1 aggressore 2 aggressore 3 aggressore 4

mi sono già rivolta ad altro medico/pronto soccorso/ginecologo no si

ho già effettuato la pulizia delle zone cutanee lesionate no si

ho cambiato gli slip no si

ho cambiato gli indumenti no si

ho urinato dopo l'evento no si

ho defecato dopo l'evento no si

ho vomitato dopo l'evento no si

ho assunto bevande dopo l'evento no si

ho assunto cibo dopo l'evento no si


ho effettuato pulizia del cavo orale no si **pulizia vaginale** no si **pulizia anale** no si

doccia no si **bagno** no si

ho avuto rapporti consenzienti dopo l'evento no si

data ultimo rapporto consenziente

note

	SCHEDA GINECOLOGICA	MOD04_POdmprT002_ORG	Pagina 4 di 7
	UOC Ostetricia e Ginecologia		Rev 01 del 25.06.2012

ANAMNESI GINECOLOGICA

menarca..... amenorrea.....

ultima mestruazione..... parità.....

flussi mestruali regolari no si gravidanza in atto no si non esclusa

metodo contraccettivo no si quale.....

precedenti traumi genitali no si.....

precedenti interventi chirurgici nella sfera ano - genitale no si.....

note.....

sintomi riferiti

amnesia cefalea vomito algie pelviche disturbi genitali disturbi perineali

disturbi urinari tenesmo rettale dolore alla defecazione

altro.....

OBIETTIVITÀ CLINICA GINECOLOGICA

rilevata mediante

occhio nudo colposcopia speculum vaginale anoscopio visita ginecologica bimanuale

rilievi fotografici

evidenzia

grandi labbra

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale

con ecchimosi con sanguinamento



SCHEDA GINECOLOGICA

UOC Ostetricia e Ginecologia

MOD04_POdmprT002_ORG

Pagina
5 di 7

Rev 01
del
25.06.2012

piccole labbra

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale
con ecchimosi con sanguinamento

altro.....
.....
.....

clitoride

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale
con ecchimosi con sanguinamento

altro.....
.....
.....

meato uretrale

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale
con ecchimosi con sanguinamento con dilatazione con bande periuretrali

altro.....
.....
.....


forchetta vaginale

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale
con ecchimosi con sanguinamento con ipervascolarizzazione con perdita di sostanza
con friabilità con discromie con cicatrice

altro.....
.....
.....

perineo - ano

con arrossamento con escoriazioni con ferita profonda con ferita superficiale
con ecchimosi con sanguinamento con congestione venosa con ragade con cicatrice
con perdita di tono dello sfintere con aspetto imbutiforme con visualizzazione del canale anale

	SCHEDA GINECOLOGICA UOC Ostetricia e Ginecologia	MOD04_POdmprT002_ORG	Pagina 6 di 7
			Rev 01 del 25.06.2012

con imbrattamento fecale con pliche cutanee appianate con riflesso di dilatazione all'apertura

laterale dei glutei con contrazioni - rilasciamenti spontanei

altro.....
.....

imene

fimbriato anulare semilunare puntiforme a risvolto di manica cribroso settato

a tasca a margini regolari privo di incisure che raggiungono la base di impianto con incisura

singola con incisure multiple con ipervascolarizzazione con visibilità delle pareti vaginali con

sinechie con cicatrici

altro.....
.....

esame speculare no si

.....
.....
.....

visita ginecologica bimanuale no si

.....
.....
.....

note

.....
.....
.....
.....



SCHEDA GINECOLOGICA

UOC Ostetricia e Ginecologia

MOD04_POdmprT002_ORG

Pagina
7 di 7

Rev 01
del
25.06.2012

MATERIALI RACCOLTI

materiale sottoungueale no si

peli pubici no si

tracce organiche secche (sperma/sangue/saliva/secrezioni) su superficie corporea no si

quali.....

tamponi vaginali no si

tamponi rettali no si

tamponi orali no si

altro materiale (abiti/averi/documenti/etc.) no si

quali.....

Contracezione postcoitale si no (motivo:.....)

Se si con Norlevo 2 cpr insieme (unica somministrazione)

o Levonelle 2 cpr insieme (unica somministrazione)

Prevenzione malattie sessualmente trasmissibili (MTS) si no (motivo:.....)

Azitromicina (Zitromax 500mg/cpr) 1 gr per os ovvero 2 cpr in unica dose

Ceftriaxone (Rocefin 1 gr/fl) 1 fl i.m. in unica dose o Cefixima (Cefixoral 400 mg/cpr) 1 cpr in unica dose

Metronidazolo 2 gr. in unica dose

Profilassi delle MTS nelle minori di età <14 anni


Azitromicina sospensione pediatrica 10 mg/Kg monodose per tre giorni o Eritromicina granulare pediatrica 10% 50 mg/Kg in tre somministrazioni per 10 giorni più Ceftriaxone 50 mg/kg in unica dose max 1gr).

Data _____

Il Medico Ginecologo

(timbro e firma)


Allegato 2

	ELENCO MATERIALE PER RACCOLTA REPERTI E FARMACI IN DOTAZIONE	ALL06_POdmprT002_ORG	Pagina 1 di 2
		Verifica Dr. E. Berselli - RAQ	Rev 02 del 11.07.2013
		Approvazione Dr. E. Berselli – Dir DMP PO Pesaro Dr N Nardella – Dir f.f. DMP PO Fano	

Materiale per raccolta reperti (scatola UOC Ostetricia e Ginecologia)

1. Macchina fotografica
2. Righello
3. Tamponi per Chlamydia (quantità: n.1)
4. Tamponi con terreno di coltura (quantità: n.3)
5. Tamponi a secco per tipizzazione genica e per ricerca spermatozoi (quantità: n.8 con relativa provetta e n.8 senza provetta per la preparazione del vetrino da fissare)
6. Acqua fisiologica sterile in fiale da 10ml (quantità: n.3 fiale)
7. Buste di carta (quantità: n.3)
8. Buste di plastica di sicurezza (quantità: 5)
9. Contenitori sterile tipo provetta Falcon o per urinocoltura (quantità: n.10)
10. Spatola di legno per scraping ungueale (quantità: n.2)
11. Forbicine sterilizzate per tagliare le unghie (quantità: n.2)
12. Vetrini (quantità: n.10)
13. Portavetrini da 5 vetrini (quantità: n.3)
14. Citofix
15. Penna resistente ad alcoli, acidi e solenti per vetrini o Penna a punta di diamante
16. Pennarello indelebile

Allegato 3

	Scheda Valutazione / Analisi del Bisogno Psicologico del Paziente	MOD02_POdmprT001_ORG	Pag 1 di 1
			Rev 0
			Del 20.10.2011

Unità Operativa _____ **Data** ___/___/___
Nome e Cognome _____ **Data di nascita** ___/___/___
Ricoverato il ___/___/___ **Diagnosi Medica** _____

PUNTEGGIO: 0 assente 1 poco 2 abbastanza 3 molto (Barrare il valore corrispondente)

1. Area Disturbi Depressivi

Idee di morte _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Umore depresso _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Chiusura relazionale _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Irritabilità _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Pianto immotivato _____ 0 - 1 - 2 - 3
Punteggio parziale _____

2. Area Disturbi D'ansia

Irrequietezza _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Facile affaticabilità _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Alterazioni del sonno _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Tensione muscolare _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Attacchi di panico _____ 0 - 1 - 2 - 3
Punteggio parziale _____

3. Area Valutazione Compliance (collaborazione)

Atteggiamento polemico _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Rifiuta le cure mediche/infermieristiche _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Non collabora durante la visita _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Altamente reattivo _____ 0 - 1 - 2 - 3
 Altamente manipolativo _____ 0 - 1 - 2 - 3
Punteggio parziale _____

NOTA: Per richiedere la consulenza psicologica occorre che il punteggio parziale della "Scheda di Valutazione del Bisogno Psicologico" sia pari o superiore a 10 almeno in una singola area, oppure che il punteggio totale sia pari o superiore a 30.

PUNTEGGIO TOTALE _____


Informazioni aggiuntive: utilizzo Sostanze Psicotrope

Alcol _____ SI No
 Sostanze Stupefacenti _____ SI No
 Psicofarmaci _____ SI No

Risorse del Paziente

Familiari di riferimento (grado di parentela).....
 Supporto professionale esterno.....
 Rete sociale (associazioni domiciliari).....
Firma _____

Allegato 4

	OSSERVAZIONE PSICOLOGICA	MOD10_POdmprT002_ORG	Pag 1 di 1
			Rev 00 del 25.06.2012

Cognome e nome _____

Data di nascita ____/____/____ Accesso al Pronto Soccorso del ____/____/____

STATO PSICOLOGICO MANIFESTO:

- Agitazione psicomotoria/rigidità corporea _____
- Espressione emotiva: pianto/assenza di reattività _____
- Ribellione all'accaduto/ rassegnazione all'accaduto _____
- Segnali di allerta _____
- Disponibilità/chiusura _____
- Narrazione fluida/confusa _____
- Altro _____

STATO PSICOLOGICO RIFERITO:

- Paura, impotenza, orrore " _____ "
- Reattività emozionale " _____ "
- Flash-back dell'evento " _____ "
- Senso di impotenza, scarsa autostima " _____ "
- Sintomi ansiosi " _____ "
- Disturbi del sonno, della condotta alimentare, psicosomatici" _____ "
- Altro " _____ "

Narrazione – Sintesi dell'accaduto

Informazioni riguardo nucleo familiare attuale ed ambientale: _____

Risorse psicosociali e familiari disponibili di sostegno e di riferimento: _____

Valutazione e necessità di invio ad altra struttura _____

Data _____

Firma _____

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS

<https://www.interno.gov.it/it/temi/sicurezza/violenza-genere>

<https://www.telefonorosa.it/le-definizioni-che-il-telefono-rosa-ha-elaborato-con-la-collaborazione-della-dott-ssa-flaminia-cappellano/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_listaFile_itemName_0_file.pdf

https://www.ansa.it/sito/notizie/speciali/2018/11/23/giornata-mondiale-contro-la-violenza-sulle-donne-perche-il-25-novembre_0edd143d-3603-4522-9d06-5e16175365f1.html

<https://www.istat.it/it/archivio/235953>

<http://www.liberetutte.org/>

<https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>

<http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Pari-opportunit%C3%A0/Prevenzione-e-Contrasto-alla-violenza-di-genere>

<https://www.nursetimes.org/il-codice-rosa-supporto-accoglienza-e-assistenza-alla-donna-vittima-di-violenza-sessuale/45320>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/che-cos-e-il-triage-infermieristico.html>

<https://opiaq.it/news/la-gestione-del-codice-rosa-e-la-task-force-interistituzionale/>

<https://www.mondodiritto.it/normativa/deliberazione/centri-antiviolenza-e-case-di-rifugio-requisiti-minimi.html>

http://www.lacasadellecase.org/?page_id=41