

INDICE

Abstract

Capitolo 1 INTRODUZIONE	1
1.1 Matrice Storico-culturale della violenza di genere.....	4
1.2 Tipologie di violenza.....	5
1.2.1 Conseguenze sulla salute mentale.....	7
1.3 Ciclo della violenza e fasi del maltrattamento.....	8
1.4 Covid 19, aumento della violenza di genere.....	9
1.4.1 Aumento della violenza online.....	10
1.5 Strumenti e strutture per aiutare le vittime.....	10
1.6 Accessi delle donne in Pronto Soccorso.....	12
1.7 Nascita del Codice Rosa.....	13
1.7.1 Obbiettivi Codice Rosa.....	14
1.7.2 Lavoro della Task Force.....	14
1.8 Dal progetto alle Linee guida nazionali.....	15
Capitolo 2 OBIETTIVI	16
Capitolo 3 MATERIALI E METODI	17
Capitolo 4 RISULTATI	19
4.1 Codice Rosa in Lombardia.....	20
4.1.1 Competenze degli operatori.....	20
4.2 Codice Rosa in Veneto.....	21
4.3 Codice Rosa in Emilia-Romagna.....	22
4.3.1 Requisiti professionali.....	24

4.4 Codice rosa in Abruzzo.....	24
4.4.1 Ruolo degli operatori sanitari.....	25
4.5 Codice Rosa in Campania.....	26
4.6 Codice Rosa in Sicilia.....	27
4.7 Verifica stato di attuazione delle Linee guida.....	28
Capitolo 5 DISCUSSIONE.....	31
5.1 Difformità e criticità.....	32
5.2 La centralità della formazione.....	33
Capitolo 6 CONCLUSIONI.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
SITOGRAFIA.....	37
RINGRAZIAMENTI.....	38

Abstract

Introduzione: la violenza di genere è un fenomeno fortemente presente nella società. Alla base del problema c'è una cultura patriarcale, ancora profondamente radicata, che considera la donna in una posizione di subordinazione sociale rispetto all'uomo. La violenza di genere si manifesta in diverse forme, inclusa la violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica. Le conseguenze possono rivelarsi estremamente gravi per le vittime, sia dal punto di vista fisico che emotivo. Il sistema sanitario ha risposto a questo fenomeno istituendo il "Codice Rosa", percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate.

Obiettivo: analisi delle caratteristiche principali del "Codice Rosa", degli aspetti critici del progetto e dell'importanza di un'adeguata formazione degli operatori che assistono le vittime di violenza.

Materiale e metodi: è stato effettuato uno studio comparativo tra protocolli regionali e procedure aziendali relativi all'istituzione del "Codice Rosa" nelle strutture sanitarie, di sei diverse Regioni italiane. È stato inoltre valutato lo stato di attuazione delle Linee guida nazionali in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza, analizzando i risultati di un'indagine condotta dal Ministero della Salute, tra giugno e settembre 2023, attraverso un questionario rivolto a tutte le strutture sanitarie con Dea di I o II livello, pronto soccorso o pronto soccorso pediatrico.

Discussione: il progetto "Codice Rosa" mira a garantire un'assistenza adeguata alle donne vittime di violenza. Tuttavia, esistono criticità, come la carenza di supporto 24 ore su 24 e la mancanza di un'equipe multidisciplinare, soprattutto per donne con disabilità. È fondamentale che gli operatori sanitari abbiano competenze tecniche ed umane per poter assistere nel migliore dei modi queste pazienti.

Conclusioni: iniziative come il "Codice Rosa" hanno fornito aiuto a molte vittime di violenza. Tuttavia, per prevenire questo fenomeno, è fondamentale affrontare le radici culturali del problema, promuovendo campagne di sensibilizzazione e interventi educativi per costruire una società basata sull'uguaglianza di genere.

Abstract

Introduction: gender violence is a phenomenon that is strongly present in society. The problem is based on a patriarchal culture, still deeply rooted, that considers women in a position of social subordination compared to men. Gender violence manifests itself in different forms, including physical, psychological, sexual and economic violence. The consequences can be extremely serious for the victims, both physically and emotionally. The health system has responded to this phenomenon by establishing the “Pink Code”, a path to access the Emergency Room reserved for all victims of violence, in particular women, children and discriminated people.

Objective: analysis of the main characteristics of the “Pink Code”, of the critical aspects of the project and of the importance of adequate training of operators who assist victims of violence.

Material and methods: a comparative study was carried out between regional protocols and company procedures relating to the establishment of the “Pink Code” in healthcare facilities in six different Italian regions. The implementation status of the National Guidelines about assistance and social and health care for women victims of violence was also assessed by analyzing the results of a survey conducted by the Ministry of Health between June and September 2023, through a questionnaire addressed to all healthcare facilities with a level I or II Dea, emergency room or pediatric emergency room.

Discussion: The "Pink Code" project aims to ensure adequate assistance to women victims of violence. However, there are critical issues, such as the lack of 24-hour support and the lack of a multidisciplinary team, especially for women with disabilities. It is essential that health workers have technical and human skills to be able to assist these patients in the best possible way.

Conclusions: Initiatives such as “The Pink Code” have provided help to many victims of violence. However, to prevent this phenomenon, it is essential to address the cultural roots of the problem, promoting awareness campaigns and educational interventions to build a society based on gender equality.

Capitolo 1 INTRODUZIONE

L'articolo 1 della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1993, definisce la violenza contro le donne come *ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata.*¹

Nel 2023 in Italia, le richieste di aiuto e intervento per episodi di “violenza domestica o di genere” subite dalle donne sono state 13.793. Nell'ambito degli interventi classificati per “presunte violenze domestiche/di genere” nei quali la presunta vittima è di sesso femminile, solo nell'1,5% dei casi l'autore risulta sconosciuto alla vittima. Di contro, nel 61,5% dei casi l'autore risulta legato alla vittima da una relazione di tipo sentimentale, attuale o passata.²

Nonostante questi numeri allarmanti è importante considerare che la realtà è ancora più grave, dato che, molte volte, gli episodi di violenza restano sommersi. Un esempio, per comprendere al meglio la criticità della situazione, è quello di analizzare i risultati di uno

¹<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women> (consultato in data 22.10.2024).

²<https://s3-www.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/violenza-domestica-e-di-genere-nel-2023.pdf> (consultato in data 22.10.2024).

studio (*tabella 1*) che va a descrivere le considerazioni e il comportamento adottato dalle donne dopo aver subito violenza.³

- Considerando le violenze da parte dei partner o dagli ex partner, dal 2006 al 2014, è evidente che le donne hanno parlato di più dell'accaduto (dal 67,8% al 75,9%) e si sono rivolte maggiormente ai centri antiviolenza, agli sportelli o ai servizi dedicati (dal 2,4% al 4,9%).
- È restata, comunque, molto bassa, la quota di donne che hanno denunciato l'episodio (6,7% nel 2006, 11,8% nel 2014).
- Nel 2014 ben il 48,9% delle vittime di partner o ex partner ha considerato l'episodio che ha subito qualcosa di sbagliato ma non un reato. Il 20% lo ha considerato solo qualcosa che è accaduto.

CARATTERISTICHE DELLA VIOLENZA	Report partner o ex partner		Report non partner	
	2006	2014	2006	2014
Considera l'episodio che ha subito: un reato	14,3	29,6	21,9	29,1
Considera l'episodio che ha subito: qualcosa di sbagliato ma non un reato	49,8	48,9	53,9	54,2
Considera l'episodio che ha subito: solamente qualcosa che è accaduto	35,2	20	22,8	14,8
Ne ha parlato con qualcuno	67,8	75,9	79,5	78,2
Ha denunciato*	6,7	11,8	4,2	7,4
Si rivolgono ai centri/servizi/sportelli antiviolenza*	2,4	4,9	1,5	2,2

*Nel caso delle violenze da partner o ex partner, i dati si riferiscono anche ad altri episodi precedenti l'ultimo

Tabella 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un uomo, per alcune caratteristiche della violenza e tipo di autore. Anno 2006-2014 (ISTAT,2014).

³ <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/la-consapevolezza-e-luscita-dalla-violenza/> (consultato in data 22.10.2024).

La violenza di genere può manifestarsi sotto diverse forme e rappresenta spesso un tragico antecedente ai **femminicidi**. La parola femminicidio era già in uso nell'Ottocento per indicare l'assassinio di una donna in quanto tale. *“Il concetto di femmicidio si estende al di là della definizione giuridica di assassinio e include quelle situazioni in cui la morte della donna rappresenta l'esito/la conseguenza di atteggiamenti o pratiche sociali misogine”* (Radford, 1992.). Il più delle volte, infatti, questi episodi non sono incidenti isolati, frutto di patologie psichiatriche o improvvise perdite di controllo, ma si configurano come l'ultimo atto di un ciclo continuo di violenze. La responsabilità del femminicidio è da individuare, nel persistere, ancora oggi, di un modello socioculturale patriarcale, che vede la donna in una posizione di subordinazione, divenendo addirittura soggetto uccidibile.⁴

Dal 1992 al 2020 la diminuzione generalizzata degli omicidi volontari consumati ha riguardato in misura decisamente maggiore il genere maschile. Per i maschi, infatti, sebbene l'incidenza degli omicidi si mantenga sempre nettamente maggiore rispetto alle femmine, i progressi fatti negli anni sono molto visibili. Di contro, sono rimasti invece stabili nel tempo gli omicidi contro le donne (*Grafico 1*).

Delle 116 donne uccise nel 2020, il 92,2% è stata uccisa da una persona conosciuta. Per oltre la metà dei casi (51,7%) le donne sono state uccise dal partner attuale, il 6,0% dal partner precedente, nel 25,9% dei casi da un familiare (inclusi i figli e i genitori) e nel 8,6% dei casi da un'altra persona.⁵

⁴ <https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/I-concetti-di-femmicidio-e-femminicidio/368> (consultato in data 22.10.2024)

⁵ <https://www.istat.it/notizia/274826/> (consultato in data 22.10.2024)

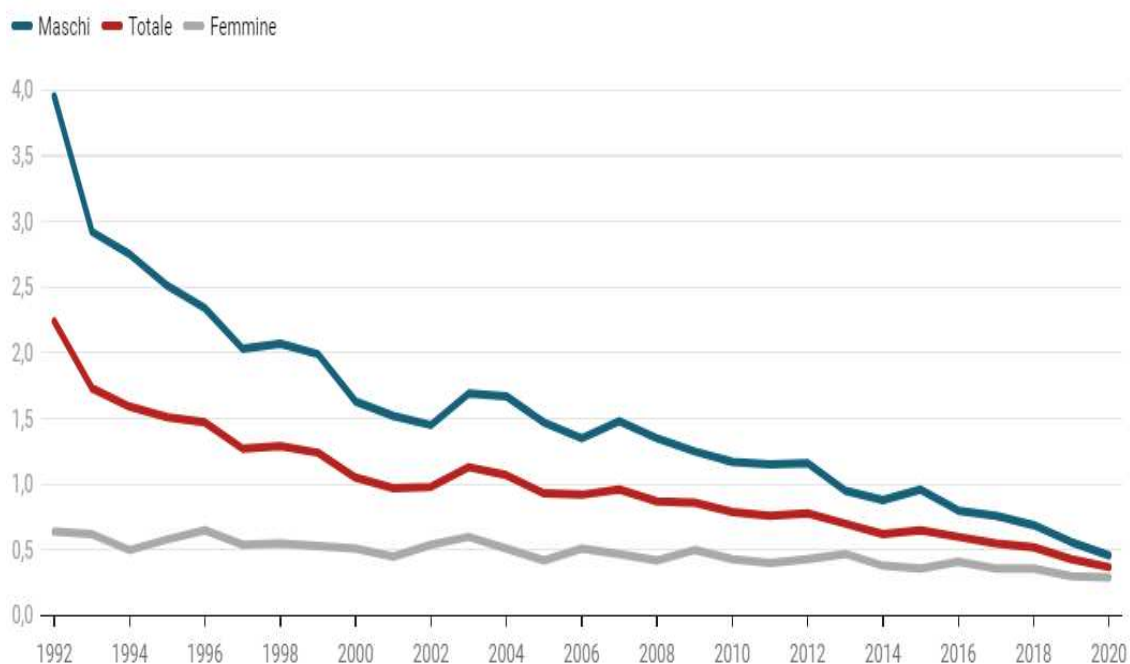


Grafico 1. Vittime di omicidio volontario per genere. Anni 1992-2020 (valori per 100.000 abitanti). (ISTAT, 2021).

1.1 Matrice Storico-culturale della violenza di genere

Il sentimento di superiorità dell'uomo rispetto alla donna affonda le sue radici già nei tempi antichi. Nell'antica Grecia la donna aveva un solo compito, quello di prendersi cura dell'“Oikos”, ovvero della casa e della famiglia, senza possibilità di essere parte attiva della “Polis”, cioè della vita politica e sociale della città. Secondo Aristotele, il maschio è per natura migliore ed è atto al comando, la donna, invece, è destinata esclusivamente ad obbedire. Questa visione, secondo il filosofo, è giustificata dalla differenza anatomica e fisiologica tra i due generi. L'uomo è l'unico in grado di generare un nuovo essere vivente, la femmina si occupa solo di accogliere e far formare l'embrione, fornendo ad esso nutrimento prima e dopo il parto. Aristotele, con questa spiegazione biologica, chiarisce la natura “attiva” dell'uomo e quella “passiva” della donna.

Nel corso del tempo la violenza contro le donne è da sempre stata considerata “l'ingrediente indispensabile per garantire l'ordine familiare e quindi sociale. In buona

sostanza una parte consistente di studi di storia del diritto e di storia sociale ha riportato alla luce la resistenza secolare del diritto maschile a comandare in famiglia, a usare la violenza per ricondurre la moglie (ma anche i figli e le figlie) all'obbedienza." (Schettini, 2023). Dal punto di vista giuridico si possono portare all'attenzione 3 articoli.

- **Articolo 131 del Codice civile, 1865:** Il marito è capo della famiglia: la moglie segue la condizione civile di lui, ne assume il cognome, ed è obbligata ad accompagnarlo dovunque egli creda opportuno di fissare residenza.
- **Articolo 134 del Codice civile, 1865:** La moglie non può donare, alienare beni immobili, sottoporli ad ipoteca, contrarre mutui, cedere o riscuotere capitali, costituirsi sicurtà, né transigere o stare in giudizio relativamente a tali atti, senza l'autorizzazione del marito.⁶
- **Articolo 587 del Codice penale** (rimasto in vigore fino al 1981): Chiunque cagiona la morte del coniuge, della figlia o della sorella, nell'atto in cui ne scopre la illegittima relazione carnale e nello stato d'ira determinato dall'offesa recata all'onore suo o della famiglia, è punito con la reclusione da tre a sette anni.⁷ Fino al 1981 lo Stato italiano riconosceva ai colpevoli del Delitto d'Onore una pena irrisoria, giustificandone così il "nobile fine".

1.2 Tipologie di Violenza

-Violenza fisica: va da forme relativamente miti a molto gravi. In essa troviamo la minaccia di essere fisicamente colpita, spinta, stratonata, picchiata, schiaffeggiata, presa

⁶ https://www.notaio-busani.it/download/docs/CC1865_100.pdf (consultato in data 22.10.2024).

⁷ <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capo-i/art587.html> (consultato in data 22.10.2024).

a calci, colpita con armi o sottoposta a tentativi di strangolamento, soffocamento e bruciature.⁸

-Violenza sessuale: si riferisce a chiunque usi la forza, le minacce e l'abuso di potere per obbligare un'altra persona a subire o a compiere atti sessuali. Questo include anche lo stupro e le molestie sessuali. Nel febbraio 1996 la violenza sessuale è stata pienamente riconosciuta come un crimine contro la persona. Nel 2022-2023 si stima che il 13,5% delle donne di 15-70 anni, che lavorano o hanno lavorato, abbia subito molestie sul lavoro a sfondo sessuale nel corso dell'intera vita (soprattutto le più giovani di 15-24 anni). Nello specifico si fa riferimento a sguardi offensivi, offese, proposte indecenti, fino ad atti più gravi come la molestia fisica.⁹

-Violenza economica: si attua con l'impedimento di conoscere il reddito familiare, l'impossibilità di possedere una carta di credito o un bancomat propri, il divieto di usare il proprio denaro e il costante controllo su quanto e come si spende. *“Il 49% delle donne intervistate dichiara di aver subito nella vita almeno un episodio di violenza economica. Il 67% tra le donne separate o divorziate. 1 donna su 10 dichiara che il partner le ha negato di lavorare. Più di 1 donna separata o divorziata su 4 (28%) dichiara di aver subito decisioni finanziarie prese dal suo partner senza essere stata consultata prima”* (Albini, et al., 2023).

-Violenza psicologica: include denigrazione, controllo del comportamento, strategie di segregazione, intimidazioni e gravi restrizioni finanziarie imposte dal partner. Tra le forme di svalorizzazione e violenza verbale vengono descritte le situazioni di umiliazioni, offese e denigrazioni anche in pubblico, le critiche per l'aspetto esteriore e per come la compagna si occupa della casa e dei figli. In questa categoria rientrano anche i ricatti e le minacce di fare del male ai figli, alle persone care, a oggetti o animali, nonché la minaccia di suicidarsi. Tra le forme di violenza psicologica rientra anche il **Gaslighting**. *“Gaslighting è un termine usato per descrivere l'intenzione di una persona di minare la*

⁸ <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-contesto/definizioni-e-indicatori/> (consultato in data 22.10.2024).

⁹ <https://www.istat.it/comunicato-stampa/molestie-vittime-e-contesto-anno-2022-2023/> (consultato in data 22.10.2024).

fiducia e la stabilità di un'altra persona inducendo la vittima a dubitare dei propri sensi e delle proprie convinzioni” (Kline,2006).

-Stalking: il termine deriva dal verbo inglese “to stalk” che significa appostare, seguire, tampinare. Ci si riferisce a una serie di atteggiamenti tenuti da un individuo che affligge un'altra persona, perseguitandola e generandole stati di ansia e paura, che si ripercuotono sulla sua quotidianità. I comportamenti dello stalker comprendono lasciare messaggi indesiderati (sui social network, sull'automobile, sulla porta di casa e sul luogo di lavoro), pedinare la vittima, investigare su come trascorre la giornata, minacciarla, danneggiare le sue proprietà e compiere aggressioni fisiche o sessuali nei suoi confronti.¹⁰

1.2.1 Conseguenze sulla salute mentale

Le conseguenze della violenza possono essere molto gravi e impattare profondamente la qualità della vita della vittima nel breve, medio e lungo periodo. A livello fisico le lesioni più comuni comprendono ferite, lividi e contusioni. A livello psicologico gli effetti di questo fenomeno sono molteplici e potenzialmente difficili da superare. Nonostante alcune donne dichiarano di aver superato l'accaduto, molte di esse hanno riscontrato una maggiore difficoltà relazionale (conseguente ad un aumento della diffidenza), maggiore attenzione, evitamento di strade isolate, paura del buio e perdita di fiducia negli uomini. Alcune vittime sono rimaste sotto shock e hanno sofferto di depressione, attacchi d'ansia e problemi legati al sonno. Solo una ridotta percentuale di donne ha dichiarato di sentirsi più forte.¹¹

¹⁰ <https://www.stateofmind.it/stalking/> (consultato in data 22.10.2024).

¹¹ <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/la-gravita-e-le-conseguenze-della-violenza/> (consultato in data 22.10.2024)

1.3 Ciclo della violenza e fasi del maltrattamento

Il “ciclo della violenza” fu teorizzato per la prima volta da Leonore E. Walker e fa riferimento a un modello comportamentale, comune a tutte le situazioni di violenza, che vede il susseguirsi di tre fasi ripetersi in maniera ciclica.¹²

-Fase di accumulo della tensione: l'uomo non manifesta (ancora) un comportamento violento in modo diretto e fisico, ma piuttosto utilizza attacchi psicologici che comprendono maltrattamenti verbali, intenzione di sminuire, umiliare e offendere la vittima. Inizia così l'escalation della violenza. La donna si sente impotente di fronte alle azioni del partner e comincia a mettere in atto atteggiamenti volti a non creare tensioni con il maltrattante, cercando di calmarlo e tranquillizzarlo.

-Fase dell'aggressione o del maltrattamento: avviene l'aggressione fisica vera e propria. L'uomo potrebbe anche utilizzare la violenza sessuale per enfatizzare il suo controllo e la sua superiorità sulla partner. La vittima, sentendosi impotente, spesso non reagisce per paura o perché si sente in colpa per la reazione violenta dell'aggressore.

-Fase di riconciliazione o luna di miele: il partner torna a comportarsi in modo affettuoso, cercando di spiegare le sue azioni e (molte volte) incolpando la donna per la sua reazione. Questo atteggiamento apparentemente sereno inganna la vittima, facendole credere che il compagno sia realmente cambiato. In questo contesto, è comune vedere donne che cercano di giustificare le violenze subite. Sperando che il partner migliori davvero, possono arrivare persino a ritirare una denuncia o a comportarsi come se l'accaduto non fosse mai avvenuto.

¹²<https://www.forensicnews.it/leonore-walker-il-ciclo-della-violenza-e-come-si-realizza-allinterno-delle-relazioni-intime/> (consultato in data 22.10.2024)

1.4 COVID 19, aumento della violenza di genere

La pandemia Covid-19 e le misure adottate per il contenimento della sua diffusione, hanno accentuato i comportamenti violenti all'interno delle abitazioni. Un'indagine condotta nel 2021 dall'ISTAT e dal Dipartimento per le Pari Opportunità ha messo in evidenza che:

- Sono state oltre 15 mila le donne che nel 2020 hanno iniziato il percorso personalizzato di uscita dalla violenza, presso i Centri antiviolenza che aderiscono all'Intesa Stato Regioni. Più del 90% delle donne, circa 13.700, si è rivolta a un CAV per la prima volta proprio nel 2020.

-Nei primi nove mesi del 2021 le richieste di aiuto tramite chiamata telefonica o via chat al numero 1522 (numero antiviolenza e stalking) sono state 12.305. I dati evidenziano che le misure restrittive alla mobilità, adottate per il contenimento della pandemia, hanno amplificato nelle donne la paura per la propria incolumità. Nei primi nove mesi del 2020 si è osservato, infatti, un aumento delle segnalazioni di violenza in cui la vittima si è sentita in pericolo di vita per sé o per i propri cari.

-C'è stato, inoltre, un forte calo delle denunce alle Forze dell'Ordine per maltrattamenti, stalking e violenza sessuale nei mesi del lockdown e un nuovo aumento nei mesi successivi. La diminuzione delle denunce di maltrattamento è soprattutto legata al maggior controllo attuato da parte dei partner e dei familiari conviventi, conseguente al confinamento in casa.¹³

Guardando questi dati è evidente notare come la reclusione, la convivenza forzata e l'instabilità socioeconomica hanno aumentato la tensione e l'aggressività all'interno delle abitazioni.

¹³https://www.pariopportunita.gov.it/media/2313/report-effetti-pandemia-su-violenza-di-genere-2020_21.pdf (consultato in data 22.10.2024).

1.4.1 Aumento della violenza online

“Durante la pandemia globale, la violenza contro le donne si è manifestata in diverse forme. Non solo c’è stato un aumento della violenza domestica, ma anche della violenza online o virtuale, facilitata dalle tecnologie dell’informazione e della comunicazione” (Lissandron, 2020). A causa delle limitazioni imposte durante la pandemia le donne hanno utilizzato maggiormente il Web per motivi lavorativi, scolastici e attività sociali. Per questo, sono state maggiormente esposte a minacce fisiche, molestie sessuali e stalking, con conseguenze negative sulla salute psicologica e sociale. Inoltre, dopo aver subito questi episodi, molte vittime hanno limitato l’uso di Internet per paura di poter subire nuovamente violenza; di conseguenza, alcune di loro, si sono private di servizi online fondamentali.¹⁴

1.5 Strumenti e strutture per aiutare le vittime

A livello legislativo la normativa più influente sul tema della violenza di genere è rappresentata dalla **Convenzione di Istanbul**. La Convenzione, adottata dal Consiglio d'Europa l'11 maggio 2011 ed entrata in vigore il 1° agosto 2014, è il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante volto a creare un quadro normativo completo a tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza. La convenzione ha l’obiettivo di proteggere le donne da ogni forma di violenza (compresa quella domestica), prevenirla e perseguirla fino ad arrivare alla sua eliminazione. Inoltre, contribuisce ad eliminare ogni

¹⁴<https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/COVID-19-e-il-problema-dellaumento-della-violenza-domestica/452> (consultato in data 22.10.2024).

forma di discriminazione promuovendo la concreta parità tra i sessi e rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne.¹⁵

Trovare la forza per denunciare rappresenta, spesso, il primo ostacolo da superare per le vittime. Una volta fatto emergere il coraggio di parlare e acquisita la consapevolezza del problema, la priorità è quella di fare in modo che le donne vengano accolte ed assistite a livello di strutture specializzate, luoghi nei quali si sentano sicure e lontane dal partner violento. Oggi gli strumenti messi a disposizione sono sempre più capillari. Oltre alle forze dell'ordine, in caso di pericolo ci si può rivolgere al **Telefono Rosa**, associazione nata nel 1988 che rappresenta un punto di riferimento fondamentale per avanzare una prima richiesta di aiuto. L'1522 è un numero gratuito, attivo 24 ore su 24 a cui rispondono esperte volontarie. Per ogni donna viene compilata una scheda, in forma anonima, con tutte le informazioni in merito alla vittima. Le schede permettono poi, al Telefono Rosa, di costituire un osservatorio sulla violenza, monitorando i cambiamenti nel tempo di questo fenomeno.¹⁶

A livello strutturale uno strumento fondamentale è dato dai **Centri Antiviolenza**. In essi si esplica una prima accoglienza telefonica, seguita da colloqui personali e ospitalità a livello delle case rifugio o dei numerosi altri servizi territoriali. In Italia i primi Centri Antiviolenza risalgono agli inizi degli anni 90. All'interno di queste strutture le donne sono coadiuvate nel loro percorso di uscita dalla violenza.¹⁷

Le **Case Rifugio** sono, invece, strutture progettate per fornire alle donne uno spazio sicuro nel quale iniziare un percorso di distacco emotivo e materiale dalla relazione abusiva, contribuendo a ritrovare la propria autonomia in un ambiente sereno. Vengono accolte donne adulte, con o senza figli, sia italiane che straniere. Il soggiorno può durare da 6 a 8 mesi. All'interno delle case rifugio operano professioniste qualificate e un'educatrice dedicata ai bambini, fornendo supporto emotivo e pratico in questo periodo delicato di

¹⁵ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf> (consultato in data 22.10.2024)

¹⁶ <https://www.telefonorosa.it/cosa-facciamo/> (consultato in data 22.10.2024).

¹⁷ <https://www.direcontrolviolenza.it/centriantiviolenza/> (consultato in data 22.10.2024).

cambiamento. Inoltre, viene assicurato il rifornimento di cibo e beni essenziali per sostenere coloro che non possiedono fonti di reddito.¹⁸

1.6 Accessi delle donne in Pronto Soccorso

(Tabella 2) Nell'anno 2022, si sono registrati 14.448 accessi delle donne in Pronto Soccorso con indicazione di violenza. Nel 2021 gli accessi sono stati 12.780 (si è visto quindi un aumento del 13% rispetto all'anno precedente). Gli accessi in Pronto Soccorso di donne con indicazione di violenza, prima della pandemia, sono passati da 14.368 nel 2017 a 15.800 nel 2019. Sono diminuiti a 11.826 nel 2020 e risaliti a 12.780 nel 2021. Negli anni la quota di accessi con indicazione di violenza è aumentata, passando da 14,1 per 10 mila accessi totali nel 2017 a 18,4 per 10 mila accessi nel 2021.¹⁹

ANNI	numero accessi per violenza	incidenza per 10.000 accessi in PS	tasso per 10.000 residenti
2017	14.368	14,1	4,8
2018	16.164	15,8	5,4
2019	15.800	15,3	5,3
2020	11.826	18,5	4,0
2021	12.780	18,4	4,4
2022	14.448	17,4	4,9

Tabella 2. Accessi al pronto soccorso di donne con indicazione di violenza (esclusi i PS della regione Calabria). Anni 2017-2022 (valori assoluti, incidenza per 10.000 accessi in PS, tassi per 10.000 residenti) (ISTAT, 2023).

¹⁸ <https://www.casadonne.it/cosa-facciamo/servizi/case-rifugio/> (consultato in data 22.10.2024).

¹⁹ https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/11/Accessi-PS-di-donne_2023.pdf (consultato in data 22.10.2024)

Le **diagnosi** riportate più frequentemente per le ragazze di età inferiore a 18 anni, sono relative ad abuso sessuale su minore, abuso di minore non specificato, osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza. Per le donne di età maggiore o uguale a 18 anni le diagnosi che vengono riportate più frequentemente sono relative al maltrattamento di un adulto, all'anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica e all'abuso sessuale da parte di un adulto.²⁰

1.7 Nascita del Codice Rosa

Il Codice Rosa è un percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare alle donne, ma anche a bambini e persone discriminate. Si parla di "Percorso per le donne che subiscono violenza" se è rivolto a donne vittime di violenza di genere. Se invece, è rivolto alle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione, si parla di "Percorso per le vittime di crimini d'odio".²¹

La riflessione alla base della creazione del progetto fu che, prima o poi, una donna vittima di violenza, si troverà a contatto con il servizio sanitario (accedendo ad esempio al Pronto Soccorso), ed è proprio in questo contesto che deve avvenire il riconoscimento precoce delle situazioni di violenza e di abuso, accogliendo e sostenendo le vittime e aiutandole ad accedere in modo sicuro alle altre strutture territoriali di supporto. Il Codice Rosa nacque per la prima volta nel 2009 a Grosseto, grazie alla collaborazione tra l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) 9 e la Procura della Repubblica. La sperimentazione di questo strumento venne attivata nel 2010 in quella che era l'ASL 9 di Grosseto e da allora si sviluppò in maniera graduale diffondendosi nelle Aziende Sanitarie Toscane.²²

²⁰<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/> (consultato in data 22.10.2024).

²¹<https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa> (consultato in data 22.10.2024).

²²<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/codice-rosa-salute-e-medicina-di-genere/codice-rosa> (consultato in data 22.10.2024).

1.7.1 Obbiettivi del Codice Rosa

- 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.

1.7.2 Lavoro della Task Force

L'aspetto caratteristico del progetto è la presenza di task force interistituzionale, formata da personale sociosanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali e psicologi). Queste figure operano rispettando la privacy delle pazienti e la loro scelta sulla tipologia di percorso da seguire dopo la prima assistenza in ospedale. Uno degli obiettivi principali del gruppo di lavoro è quello di riuscire a far emergere gli episodi di violenza che non sempre vengono espressamente dichiarati dalle vittime (di solito per paura di subire delle ritorsioni).²³ *“L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza”* (Zambelli, 2014).

²³<https://www.toscana-notizie.it/-/codice-rosa-16-task-force-contro-la-violenza> (consultato in data 22.10.2024).

L'infermiere svolge un ruolo chiave in questo processo di assistenza. È la figura che, solitamente, passa più tempo con la paziente, seguendola in tutte le fasi, dall'accesso in ospedale fino al momento della dimissione, collaborando con le altre figure professionali per raggiungere l'obiettivo comune.

1.8 Dal progetto alle Linee Guida nazionali

Il 5/12/2016 la Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n.1260 istituì ufficialmente la **Rete regionale Codice Rosa**, per gli interventi a favore di adulti e minori vittime di violenze o abusi. La Rete regionale è una rete tempo dipendente, in grado di fornire risposte immediate alle esigenze delle persone coinvolte. L'obiettivo è quello di garantire il riconoscimento precoce delle vittime e la collocazione di esse, in tempi rapidi, all'interno di percorsi sanitari specifici.²⁴

Il 24 novembre 2017 vennero emanate le **Linee guida nazionali** per le Aziende sanitarie e le Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. Le linee guida devono essere applicate in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere che abbiano all'interno un Pronto Soccorso. Hanno come obiettivo quello di fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Le destinatarie sono tutte le donne (italiane o straniere) con età anche inferiore a 18 anni, che hanno subito qualsiasi forma di violenza. Nel percorso devono essere coinvolti anche eventuali figli o testimoni dell'accaduto. Tali linee guida sono rivolte a tutti gli operatori sanitari, pubblici e privati che operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne.²⁵

²⁴<https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa-per-le-vittime-di-violenze-e-abusi-1> (consultato in data 22.10.2024)

²⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG> (consultato in data 22.10.2024).

Capitolo 2 OBIETTIVI

Il presente lavoro ha l'obiettivo di identificare ed analizzare le caratteristiche principali del Codice Rosa, descrivendo in maniera dettagliata le procedure e gli interventi messi in atto nelle aziende sanitarie di alcune Regioni del territorio nazionale. Verrà inoltre verificato lo stato di attuazione delle Linee guida nazionali introdotte nel 2017 e quelli che sono risultati essere i punti di criticità emersi in alcune realtà ospedaliere. Lo studio mira anche a sottolineare l'importanza di un'adeguata formazione del personale coinvolto nel processo di assistenza delle donne vittime di violenza.

Capitolo 3 MATERIALI E METODI

In questo lavoro si è seguita la metodologia dello **studio comparativo**. *“Per studio comparativo si intende un procedimento di analisi scientifica che si basa sul confronto di fenomeni analoghi appartenenti a zone spazialmente o temporalmente distinte tra loro, con lo scopo ultimo di interpretarli”* (AA.VV.,2009). Nello specifico, sono stati presi in considerazione Protocolli regionali e Procedure aziendali inerenti all’istituzione del “Codice Rosa” in 6 diverse Regioni italiane, con l’intenzione di confrontarli per ricercare quelli che sono i punti chiave del progetto. Sono state scelte 2 Regioni per ogni macroarea del territorio nazionale (Nord, Centro e Sud) che hanno contato nel 2023 il più alto numero di femminicidi. I dati sono stati elaborati dal “Centro di Ascolto Mobbing e Stalking contro tutte le violenze” fino alla data del 2 novembre 2023.²⁶

-Per il Nord Italia le Regioni scelte sono la **Lombardia** e il **Veneto**. La Lombardia è stata selezionata per questo studio in quanto è risultata essere la regione italiana che, nel 2023, ha contato ben 13 femminicidi. Il Veneto si è collocato al quinto posto della classifica con 8 femminicidi.

-Per il Centro le Regioni analizzate sono l’**Emilia-Romagna** e l’**Abruzzo**. Nel 2023 in Emilia-Romagna si sono verificati 9 femminicidi. In Abruzzo, invece, le donne uccise sono state 5, ma si tratta della Regione che ha riportato il tasso di femminicidi più alto (0.77).

²⁶ <https://www.uil.it/documents/femminicidi-in-Italia-2023.pdf> (consultato in data 22.10.2024).

- Per il Sud-Italia la **Campania** e la **Sicilia** sono state le Regioni scelte. La Sicilia è situata al secondo posto della classifica con ben 12 femminicidi nel 2023. La Campania, invece, si trova al settimo posto con 7 donne uccise nell'anno preso in considerazione.

Per lo studio circa lo stato di attuazione delle Linee guida nazionali (Dpcm 24 novembre 2017) sono stati analizzati i risultati di un'indagine condotta dal Ministero della Salute, tra giugno e settembre 2023, attraverso un questionario rivolto a tutte le strutture sanitarie con Dea di I o II livello, pronto soccorso o pronto soccorso pediatrico.

Capitolo 4 RISULTATI

“Oggi non c’è Regione che non abbia in discussione o approvato una legge per istituire il Codice rosa e l’idea è volata anche all’estero, in Repubblica Dominicana ad esempio” (De Leo, 2015). Il progetto è ormai diffuso su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, come anticipato nel capitolo precedente, in questo studio sono state prese in considerazione le normative inerenti all’istituzione del Codice Rosa in 6 Regioni italiane specifiche, ovvero quelle che contano il più alto numero/tasso di femminicidi (tabella 3).

Regioni 2023	Femminicidi	Tasso
Lombardia	13	0.25
Sicilia	12	0.48
Piemonte	9	0.41
Emilia Romagna	9	0.39
Veneto	8	0.32
Toscana	7	0.37
Campania	7	0.24
Puglia	7	0.03
Lazio	6	0.20
Abruzzo	5	0.77
Trentino-Alto Adige	4	0.06
Liguria	3	0.38
Marche	3	0.39
Umbria	2	0.45
Calabria	2	0.21
Sardegna	2	0.24
Friuli-Venezia Giulia	1	0.16
Val D’Aosta	0	
Molise	0	
Basilicata	0	

Tabella 3. Numero di femminicidi e tasso di femminicidi nelle Regioni italiane, anno 2023 (dati fino al 2 novembre 2023). (Centro di Ascolto Mobbing e Stalking contro tutte le violenze, 2023).

4.1 Codice Rosa in Lombardia

Il 26/05/2014 venne presentato il progetto di Legge n.0169 in merito a “**Istituzione del Codice Rosa in Regione Lombardia**”. Lo scopo del progetto è quello di fare in modo che, almeno in un Pronto Soccorso per ogni Azienda Ospedaliera regionale, sia attuato il “Codice Rosa”. Ogni Azienda Ospedaliera deve individuare la struttura che meglio si adatti a dedicare nel Pronto Soccorso uno spazio riservato al “Codice Rosa”, con un percorso di accesso privilegiato che garantisca alla persona in quel momento soggetto di cura, una copertura discrezionale che tuteli la sua privacy e non le provochi ulteriori carichi psicologici.

-I pazienti vengono portati in apposite sale riservate dove potranno trovare ascolto, aiuto e tutela. Il “Codice rosa” dovrà essere in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno ed ogni qualvolta la persona che ha subito o dichiara di aver subito violenza, giunge presso i reparti dell'ospedale.

-Tutto il percorso, compreso il follow-up, in urgenza-emergenza è esente ticket.

-La cartella clinica “Codice rosa” deve essere redatta presso i vari reparti in cui sarà ricoverato il paziente (pronto soccorso, ginecologia, chirurgia, ecc.), in modo da essere sempre disponibile in caso di richiesta di acquisizione e/o sequestro da parte della Autorità Giudiziaria.

-Se la persona non acconsente all'indagine clinica, alla raccolta di materiale biologico ai fini clinici e forensi, alle fotografie o ai trattamenti terapeutici specifici si chiude il percorso di cura.

4.1.1 Competenze degli operatori

-Acquisire le competenze necessarie per individuare le persone che hanno subito violenza.

- Rispondere alle necessità assistenziali sia con interventi in emergenza che di più lungo periodo.
- Attuare le prestazioni cliniche e medico-legali previste per la fase acuta (massimo entro 5 giorni e preferibilmente nelle prime 72 ore) al fine di acquisire dati utili ai fini legali.
- Mettere in atto schemi di profilassi in presenza di malattie sessualmente trasmissibili.
- Predisporre la contraccezione d'urgenza se trattasi di donna in età fertile che la richiede.
- Collaborare con i Servizi sociali e Sanitari territoriali al fine di facilitare l'accoglienza e il sostegno della persona sul territorio.

All' articolo 4 viene inoltre specificato che, gli operatori sanitari, sia che siano maschi o femmine, devono dar prova di utilizzare quella sensibilità umana che permette di riconoscere il dolore, la sofferenza, e l'angoscia della vittima.

4.2 Codice Rosa in Veneto

Il 12 febbraio 2021 la Presidenza del Consiglio ha presentato la proposta di Legge **“Codice Rosa: percorso di soccorso e assistenza, nelle unità operative dei Pronto Soccorsi degli ospedali pubblici e privati accreditati delle aziende ULSS, Azienda Ospedaliera di Padova e Azienda Ospedaliero-universitaria integrata di Verona, per le donne che subiscono violenza”**. La Regione, con la presente Legge, intende dare la piena attuazione delle Linee guida Nazionali. Vengono individuati, presso le Unità Operative di Pronto Soccorso degli ospedali pubblici e privati accreditati del Veneto, percorsi clinico-assistenziali volti ad assicurare la piena assistenza alle donne che subiscono violenza, garantendo la tempestività dei necessari interventi, la protezione e la riservatezza.²⁷

²⁷ <https://www.consiglioveneto.it/documents/34871/c50b40de-d9a3-5753-8d34-dbfd09668920> (consultato in data 22.10.2024).

La realizzazione di questo programma prevede, nello specifico:

- Individuare, in ogni Pronto Soccorso, almeno due referenti per le problematiche relative alla violenza contro le donne.
- Predisporre, in ogni Pronto Soccorso, un'area protetta separata che assicuri alla donna la necessaria riservatezza.
- In caso di trasferimento dall'Unità Operativa di Pronto Soccorso ad altre strutture, deve essere garantito l'idoneo accompagnamento e protezione.
- Adeguamento dei sistemi informatici, degli ospedali pubblici e privati accreditati, in modo tale che sia garantita una rete informativa unica su tutto il territorio regionale che consenta di verificare tempestivamente se la donna sia stata precedentemente accolta in un altro Pronto Soccorso per aver subito violenza.
- Elaborare un progetto di formazione specifica del personale sanitario che opera nelle Unità Operative, in modo tale che possa procedere ad un tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza anche non dichiarata.
- In ogni Pronto Soccorso deve essere sempre presente materiale informativo, sul tema della violenza di genere, comprensibile anche alle donne straniere.

4.3 Codice Rosa in Emilia-Romagna

Nel settembre 2022 vennero emanate dalla Regione Emilia-Romagna le raccomandazioni in merito a **“Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere”**. Le presenti raccomandazioni prevedono:

- la presenza, al Triage, di un infermiere che accolga la donna prestando la massima attenzione ad intercettare ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. Oltre alla raccolta dei dati anagrafici è fondamentale anche indicare la modalità di presentazione al Pronto Soccorso (nonché la motivazione della richiesta). Nell'area del

Triage deve essere presente, in posizione accessibile, materiale informativo (cartaceo e/o multimediale), relativo al tema della violenza, visibile e comprensibile anche da donne con difficoltà nella comprensione della lingua italiana.

-Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza, alla donna va attribuita una codifica di urgenza indifferibile (codice arancione), così da garantire una visita medica tempestiva. Alla donna dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico.

-La paziente dovrà poi essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale, che le garantisca sicurezza e riservatezza. L'area protetta deve rappresentare l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nel pieno rispetto della privacy.

- Il medico fornirà inoltre informazioni sull'eventuale necessità di provvedere alla raccolta di campioni biologici, all'esecuzione di fotografie, nonché all'acquisizione degli indumenti. Dopo aver fornito tutte le informazioni e prima di mettere in atto qualsiasi procedura, il medico provvederà all'acquisizione del consenso o dell'eventuale rifiuto (relativamente a quest'ultimo dovrà essere espresso in forma scritta).

-Per le donne migranti, con difficoltà di comprensione della lingua italiana, deve essere garantita l'attivazione della mediazione culturale.

-Per le donne affette da disabilità, dovrà essere attivata ove necessario, la presenza di figure di supporto.

-Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figli minorenni è opportuno che gli stessi restino con la madre e che siano coinvolti in un percorso dedicato che affianchi quello della donna.

-Eventuali accompagnatori, ad eccezione dei figli minorenni, dovranno essere in un primo momento allontanati. Solo successivamente e su esplicita richiesta della donna potranno raggiungerla nell'area protetta.

4.3.1 Requisiti professionali

Tutti i professionisti devono saper accogliere le donne con un approccio empatico e un ascolto attento, evitando ogni forma di giudizio. Pertanto, il personale del Pronto Soccorso che si occupa della donna dovrà comunicare in modo chiaro, utilizzando un linguaggio semplice e accessibile anche a chi presenta disabilità sensoriali, cognitive o relazionali. È fondamentale che si stabilisca un rapporto di fiducia con la paziente, affinché si possa facilitare il passaggio alla fase successiva di assistenza, rispettando sempre la sua libertà di scelta e autodeterminazione. Inoltre, sarà importante informarla in maniera dettagliata riguardo ai vari passaggi del percorso, come la visita, il protocollo operativo e le dimissioni.

4.4 Codice Rosa in Abruzzo

La Legge regionale 23 giugno 2016, n.17 è la legge di riferimento in merito **“Istituzione e regolamentazione del "Codice Rosa" all'interno dei pronti soccorsi abruzzesi”**. La Regione Abruzzo istituisce il Codice Rosa nei Pronti Soccorsi dei presidi ospedalieri delle quattro province, attivi h24 in tutti i giorni dell'anno.²⁸

-I destinatari sono tutti i soggetti che necessitano di essere tutelati, quando si recano in una struttura ospedaliera e nello specifico in Pronto Soccorso, a causa di evidente o presunta violenza domestica o sessuale.

-Il Codice Rosa viene assegnato dal personale infermieristico preposto al Triage e consiste in un codice di priorità di accesso visibile esclusivamente agli operatori sanitari che si

²⁸http://www2.consiglio.regione.abruzzo.it/leggi_tv/abruzzo_lr/2016/lr16017/Intero.asp (consultato in data 22.10.2024)

adopereranno per una rapida presa in carico della paziente e per l'implementazione di tutte le procedure previste dal percorso clinico organizzativo interno nel rispetto della privacy.

-La vittima di violenza deve essere accompagnata in un ambulatorio dedicato chiamato "stanza rosa" dotato di tutti i presidi sanitari che permettano la valutazione, l'assistenza e l'osservazione della paziente fino alla dimissione, nel pieno rispetto della riservatezza e previo consenso informato per ogni atto medico.

-Durante l'accoglienza al pronto soccorso, potrà essere attivata la consulenza psicologica, qualora si ravveda la necessità o se richiesto dal paziente.

-L'assistente sociale dovrebbe far parte del gruppo multidisciplinare anti violenza istituito all'interno del Pronto Soccorso, collaborando e interagendo con tutte le figure professionali coinvolte.

-Al termine del percorso sanitario, gli operatori che hanno assistito la paziente le propongono di prendere contatto con un centro anti violenza cittadino.

4.4.1 Ruolo degli operatori sanitari

-Riconoscere il valore della persona che ha subito violenza in ogni momento del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

-Costruire un rapporto di fiducia con la persona che ha subito violenza mediante diversi colloqui con la stessa.

-Approfondire le cause delle lesioni e dei disturbi psicologici.

-Informare con molta cautela, la persona in merito agli interventi da attuare.

-Acquisire le competenze necessarie per individuare i pazienti che hanno subito violenza.

-Attivare immediatamente misure di profilassi nel caso venissero individuate presenze di malattie sessualmente trasmissibili.

-Collaborare con i servizi sociali e sanitari territoriali al fine di facilitare l'accoglienza e il sostegno della persona sul territorio.

4.5 Codice Rosa in Campania

Il progetto di Legge inerente a “**Istituzione del Codice Rosa in Campania**” è stato proposto nel 2015. Lo scopo è quello di fare in modo che, almeno nel Pronto Soccorso per ogni P.O. regionale sia attuato il “Codice Rosa” per contribuire a tutelare persone vittime di un fenomeno nascosto e diffuso qual è la violenza sessuale e/o domestica.

-Nel pronto Soccorso il “Codice rosa” si attiva in urgenza-emergenza entro 72 ore dall’episodio, in cui si ha la massima probabilità di trovare segni obiettivi o reperti forensi significativi di un abuso.

-La responsabilità del percorso clinico della persona che proviene dall’esterno, dal momento dell’accettazione alla dimissione, è del Pronto Soccorso, mentre la donna in stato di gravidanza, che dichiara di aver subito violenza sessuale accede direttamente all’unità Ospedaliera di ostetricia e ginecologia. La responsabilità del percorso clinico della persona che è ricoverata, è del reparto in cui la persona è degente e, tutto il percorso, compreso il follow-up, in urgenza-emergenza è esente ticket.

-Il consenso informato può essere acquisito dal medico presso il pronto soccorso (nel momento in cui lo ritiene opportuno), oppure durante la consulenza/ricovero. La cartella clinica “Codice rosa” deve essere sempre disponibile in caso di richiesta di acquisizione e/o sequestro da parte della Autorità Giudiziaria.

-All’accettazione in Pronto Soccorso si attiva la consulenza psicologica per tutti i codici rosa, al fine di accompagnare e supportare emotivamente le persone fin dai primi momenti.

-Al termine del percorso sanitario il medico curante con lo psicologo propone alla persona di prendere contatto o con un Centro antiviolenza, con un Consultorio familiare o con il

Servizio sociale del territorio. L'Assistente Sociale è parte integrante del gruppo multidisciplinare antiviolenza istituito presso il Pronto Soccorso.

-Gli operatori sanitari che prestano assistenza hanno un ruolo di particolare rilevanza rispetto agli interventi e al percorso clinico sulle persone che hanno subito violenza, in quanto sono i primi e spesso gli unici che percepiscono le conseguenze fisiche e psichiche della vittima. L'intervento degli operatori sanitari è funzionale a riconoscere le lesioni e i disturbi subiti e a favorire, nell'immediato, l'espressione delle violenze patite, offrendo aiuto concreto per diminuire le conseguenze dell'aggressione.

4.6 Codice Rosa in Sicilia

Presso l'Azienda Sanitaria Provinciale 7 di Ragusa, dal 2014, è presente la procedura aziendale "**Accoglienza alle donne che subiscono violenza**"²⁹. La premessa iniziale è che la violenza e l'abuso in tutte le sue forme, sono condizioni che comportano ricadute importanti sulla salute e sulla percezione di benessere. È pertanto compito delle strutture sanitarie pianificare percorsi di accoglienza e presa in carico adeguati e qualificati. Il seguente percorso si applica a tutti i soggetti adulti e minori, vittime di violenza a scopo sessuale e/o maltrattamento anche psicologico che accedono al Pronto Soccorso. Le modalità operative, in caso di maltrattamenti sospetti o riferiti, prevedono:

-Adottare, al Triage, la procedura codice rosa in tutti i casi di riferiti o sospetti maltrattamenti fisici e/o violenza psicologica ripetuta.

-Il codice rosa non va materialmente dato al soggetto, ma rappresenta una metodologia di comportamenti da adottare con tempestività, riservatezza, rispetto della privacy.

-Eccetto il codice "rosso", tutti i casi di codice rosa hanno la precedenza. I pazienti vanno accompagnati nella stanza loro dedicata e le cure vanno prestate in ambiente riservato

²⁹ https://www.asp.rg.it/images/codice_rosa/2022_439_Allegato.pdf (consultato in data 22.10.2024).

(stanza codice rosa). In caso di gravi ferite, prestare le cure necessarie in ambiente ritenuto idoneo, e, appena possibile, accompagnare i pazienti nell'area riservata.

-Nel caso la vittima decida di rifiutare le cure, refertare in ogni caso le lesioni.

-Il personale medico-infermieristico del Pronto Soccorso prende in carico la gestione clinica della vittima, "umanizzando", il più possibile il percorso assistenziale.

-Durante l'anamnesi è importante rilevare le modalità di inizio, la frequenza e la durata dei maltrattamenti, la presenza di minacce verbali, il tipo di relazione con l'aggressore e la presenza di accessi e referti di pronto soccorso preesistenti. Accertarsi se la vittima ha già sporto denuncia o intende sporgere denuncia.

-Durante l'esame obiettivo bisogna effettuare una descrizione accurata della sede e delle lesioni presenti con documentazione fotografica delle stesse, su richiesta della polizia giudiziaria e previo consenso della vittima.

-Prima della eventuale dimissione, informare l'utente della esistenza di una Task Force Interistituzionale di aiuto e sostegno.

-Si raccomanda, data la delicatezza degli argomenti in oggetto, di cogliere i segnali e decodificare richieste di aiuto inespresse, umanizzare il percorso di assistenza e cura e trattare con riservatezza i dati sensibili.

4.7 Verifica stato di attuazione delle Linee Guida

Tra giugno e settembre 2023, a distanza di cinque anni dall'approvazione delle Linee guida nazionali (Dpcm 24 novembre 2017), il Ministero della Salute ha voluto verificare lo stato di attuazione delle suddette Linee guide, attraverso un questionario rivolto a tutte le strutture sanitarie con Dea di I o II livello, Pronto soccorso o Pronto soccorso

pediatrico.³⁰ L'**80%** delle strutture (497 pronto soccorso sui 618 attesi) ha risposto al questionario, articolato in diverse sezioni tematiche: accesso al pronto soccorso, trattamento diagnostico terapeutico, dimissione, rete territoriale per la presa in carico, formazione. L'analisi delle risposte all'indagine mostra che:

- il **77% delle strutture ha in uso i protocolli attuativi** del percorso per le donne che subiscono violenza
- l'**83%** dei pronto soccorso assicura procedure diversificate e modalità di dimissione protetta nel caso di valutazione a rischio alto
- presso il **79%** delle strutture è individuato il **referente** del percorso
- il **59%** delle strutture assicura la presenza di una **equipe multidisciplinare dedicata** al percorso per le donne che subiscono violenza
- nel **79%** dei pronto soccorso sono presenti attività e percorsi di **formazione e aggiornamento** sulla violenza- per gli operatori sanitari
- nel **98%** delle strutture la donna viene informata della presenza sul territorio dei **centri anti violenza** e nel **99,6%** è garantita una puntuale informazione sulla possibilità di sporgere querela, anche contattando direttamente le forze dell'ordine
- il **79%** dei pronto soccorso assicura il supporto di **mediatrici linguistico-culturali** per via telefonica; solo nel **44%** delle strutture avviene vis à vis in pronto soccorso
- il **94%** delle strutture garantisce, in presenza di **figli minori**, la possibilità che possano restare con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso percorso
- nel **62%** delle strutture è presente un **sistema per l'accompagnamento** delle donne e degli eventuali figli a una struttura protetta esterna.

³⁰https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6399 (consultato in data 22.10.2024).

Non mancano aspetti che necessitano di ulteriore implementazione se si considera che solo il **28%** delle strutture che risposto al questionario dichiara una **presa in carico sociale attiva h24** e il **39%** prevede figure di **supporto per le donne con disabilità**.

Capitolo 5 DISCUSSIONE

I punti chiave del codice rosa sono:

-La presenza al Triage di personale infermieristico adeguatamente preparato e formato nel riconoscere ogni eventuale segno di violenza, anche quando non espressamente dichiarata.

-Il codice rosa deve essere assegnato insieme al codice di gravità. Qualora non ci sia l'effettiva necessità di attribuire un codice di emergenza, dovrà comunque essere assegnato un codice di emergenza relativa, in modo da garantire una visita medica tempestiva e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

-Fondamentale, la presenza nella struttura, di un'area riservata e sicura, che garantisca protezione e privacy alla vittima.

-Se sono presenti figli minori è opportuno che questi restino con la madre e siano coinvolti nel percorso.

-Nel caso di donne straniere o in condizioni di fragilità è fondamentale la presenza di mediatori linguistico-culturali e figure di supporto.

-Prima di procedere con qualsiasi tipo di esame acquisire dalla paziente il consenso libero e informato.

Da sottolineare, inoltre, che nessun operatore obbliga la donna a denunciare. La paziente verrà informata dettagliatamente circa le modalità di denuncia all'autorità giudiziaria e sulla presenza delle strutture territoriali di supporto e assistenza. Solo quando la donna

avvanzerà la richiesta esplicita verranno avviate le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale.

5.1 Difformità e criticità

Quello che è emerso dalla verifica sullo stato di attuazione delle Linee guida nazionali del 2017 è che, ci sono ancora, degli aspetti da dover migliorare circa il percorso per le donne che subiscono violenza. In primis il fatto che, molte realtà sanitarie, non riescono a garantire una presa in carico della paziente 24/24 h, suggerendo quindi una carenza in termini di accesso e supporto costante. Molto grave, inoltre, il fatto che non c'è ancora un sufficiente numero di figure di supporto per le donne affette da disabilità. Il rischio di questa situazione è quello di non riuscire a gestire nella maniera più idonea e meritevole possibile le vittime in condizioni di fragilità. Un ulteriore punto da migliorare riguarda la mancanza, in ancora troppe strutture, di un'equipe multidisciplinare preparata e adeguatamente formata sul percorso e sull'assistenza alle vittime di violenza. Le donne che vivono una situazione così delicata e pericolosa, e che trovano la forza di accedere ad un Pronto Soccorso, dovrebbero essere gestite ed assistite non solo da medici ed infermieri, ma anche da psicologi, assistenti sociali e altri professionisti (soprattutto se sono coinvolti e presenti figli minori). Infine, è fondamentale intervenire per migliorare il sistema di accompagnamento verso una struttura esterna. Le vittime di violenza non devono vivere il momento del passaggio dall'ospedale ad una struttura esterna con paura, ansia e timore, bensì con la maggior tranquillità e sicurezza possibile.

5.2 La centralità della formazione

In tutti i documenti analizzati viene specificata l'importanza data agli operatori sanitari di possedere adeguate competenze tecniche ed umane. Il personale deve saper riconoscere le vittime di violenza (anche quando il problema non viene chiaramente esplicitato). È fondamentale conoscere le procedure da mettere in atto, attivare il percorso specifico e possedere conoscenze circa gli aspetti medico-legali. Il Triagista è, il più delle volte, la figura che per prima si interfaccia con la paziente, e, per questo motivo, deve essere in grado (nonostante il caos tipico di un Pronto Soccorso) di mostrare disponibilità, pazienza e ascolto, affinché la donna si senta sicura e compresa soprattutto in momenti di particolare vulnerabilità. È importante riuscire a creare una relazione basata sull'empatia, sul rispetto e sulla fiducia. L'articolo 4 del Codice Deontologico cita: *“Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.”* (FNOPI, 2019)

Capitolo 6 CONCLUSIONI

Il fenomeno della violenza sulle donne è ancora troppo diffuso nella società. Il “Codice Rosa” attivato a livello nazionale, nonostante alcuni punti critici, ha aiutato molte vittime. Grazie a questo strumento e al lavoro della Task force, le pazienti (se pur non tutte) hanno trovato il coraggio e la forza di sporgere denuncia. A partire dalla “stanza rosa” di un ospedale sono state poi accolte e seguite a livello territoriale, nei Centri Antiviolenza e nelle Case Rifugio, per iniziare una vita priva da ogni forma di maltrattamento e abuso, sia per loro stesse che per gli eventuali figli. Per contrastare gli episodi di violenza di genere è importante concentrarsi sulla radice che sta alla base del fenomeno. La cultura patriarcale, ancora molto radicata nella nostra società, ha storicamente relegato la donna a un ruolo secondario e minoritario. Questa condizione fa sì che le donne, anche senza esserne pienamente consapevoli, assimilino tutta una serie di comportamenti e atteggiamenti per conformarsi a un modello di subordinazione e, molto spesso, ciò avviene già a partire dalla prima infanzia. Questo fenomeno può rivelarsi estremamente dannoso, poiché il possesso, la gelosia, l’obbligo di chiedere il permesso ad un uomo potrebbero essere percepiti dalle giovani ragazze come “la normalità”. Crescendo il rischio è quello di non riuscire a riconoscere quelli che in realtà sono segni chiari di violenza.

Per prevenire il fenomeno della violenza è importante concentrarsi sull’implementazione delle campagne di sensibilizzazione e sugli interventi educativi e preventivi (anche nelle scuole). Solo tramite questi strumenti sarà possibile ottenere l’uguaglianza e la parità di genere all’interno della società.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2009) Treccani, Dizionario di Filosofia. *Definizione di comparativo, metodo*.
- Albini M, Mattacchione E, Cerri E. (2023). *Ciò che è tuo è mio. Fare i conti con la violenza economica*, Ipsos, Fondazione Cariplo, Milano.
- Bagattini, D., Calzone, S., & Pedani, V. (2019). Il ruolo della scuola nel contrasto alla violenza di genere e le opportunità offerte dal programma operativo nazionale. *Italian Journal of Educational Research*, (22), 11-30.
- Bonsangue M. (2022). *La violenza psicologica nella coppia-Cosa c'è prima di un femminicidio*. Dario Flaccovio Editore.
- Bonura, M. L. (2018). *Che genere di violenza: conoscere e affrontare la violenza contro le donne*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Cavallo, D., Luca, G. R., & Lusignani, M. (2013). Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura. *L'Infermiere*, 50(6).
- Consiglio Regionale della Campania. (2015). Progetto di legge avente ad oggetto: *Istituzione Codice Rosa nella Regione Campania*.
- Consiglio Regionale Regione Lombardia. (2014). Progetto di Legge N. 0169 “*Istituzione del codice rosa in Regione Lombardia*”.
- De Leo C. (2015). *Libere ma aiutate Il «Codice rosa» funziona così*, Corriere della Sera.
- De Santi, A., & Sparaco, A. *La formazione degli operatori dei Pronto Soccorso (PS) nell'ambito della presa in carico delle persone vittime di violenza relazionale*. Materiale informativo a cura dei Tavoli di Lavoro, 145.
- Demurtas, P., Peroni, C., & Mauri, A. (2020). I Centri antiviolenza ai tempi del Coronavirus. *La Rivista Delle Politiche Sociali*, 2, 1-9.
- Diaz, R., & Garofano, L. (2013). *I labirinti del male: Femminicidio, stalking e violenza sulle donne in Italia: che cosa sono, come difendersi*. Infinito edizioni.
- FNOPI, (2019). Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Roma: FNOPI.
- Gino, S., & Luciana, C. (2019). *La violenza sulle donne. Definizioni e caratteristiche di un fenomeno globale*. Piccin Nuova Libreria SpA.
- Gioiello, A. (2023). *Il femminicidio in Italia: cinque anni all'inferno*. Armando editore.

- GRECO, R., Curci, A., & MARZANO, V. (2008). Il ruolo delle emozioni negative e del supporto sociale sulle conseguenze della violenza domestica. *Giornale di Psicologia*, 2(3), 179.
- Kline N. (2006). *Revisiting Once Upon a Time*, published on American Journal of Psychiatry, Volume 163, Number 7.
- Lissandron S. (2020). *COVID-19 e il problema dell'aumento della violenza domestica*, Università degli Studi di Padova, Centro di Ateneo per i Diritti Umani Antonio Papisca.
- Longo, E., De Castro, P., De Santi, A., & Scaravelli, G. (2022). Violenza domestica e conseguenze sulla salute psico-fisica. *Not Ist Super Sanità*, 35(2), 18-21.
- Magaraggia, S. (2024). La legge 168/2023 sul «Contrasto alla violenza sulle donne e domestica in Italia»: un commento. *Social Policies*, 11(1), 189-194.
- Mendicino, R. (2016). Gaslighting: i profili giuridici di una forma di abuso psicologico. *Profiling. I profili dell'abuso*, 7(2).
- Pellizzone I. (2021). La violenza economica contro le donne: riflessioni di diritto costituzionale. *Diritto di difesa*.
- Radford J. (1992). *Femicide: The Politics of Woman Killing*. Twayne Publishers.
- Regione Emilia-Romagna. (2022). *Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere*. Regione Emilia-Romagna, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare.
- Romito, P., De Marchi, M., & Gerin, D. (2008). Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne. *Rivista SIMG*, 3, 34-6.
- Schettini L. (2023). *Le radici sociali, culturali e giuridiche della violenza di genere*, il Bo Live Università di Padova.
- Scrivani, F. (2009). " *L'uomo genera l'uomo*". *Riflessioni in margine al " De generatione animalium" di Aristotele* (Doctoral dissertation, Università degli studi di Trieste).
- Zambelli L. (2016). *Codice Rosa, 16 task force contro la violenza*, Toscana Notizie, Giunta Regionale Toscana.

SITOGRAFIA

<http://www2.consiglio.regione.abruzzo.it>

<https://unipd-centrodirittiumani.it>

<https://unipd-centrodirittiumani.it/>

<https://www.asp.rg.it>

<https://www.brocardi.it>

<https://www.casadonne.it/>

<https://www.consiglioveneto.it>

<https://www.direcontrolaviolenza.it/>

<https://www.forensicnews.it>

<https://www.gazzettaufficiale.it/>

<https://www.istat.it>

<https://www.notaio-busani.it>

<https://www.ohchr.org>

<https://www.pariopportunita.gov.it/>

<https://www.regione.toscana.it/>

<https://www.salute.gov.it>

<https://www.savethechildren.it>

<https://www.stateofmind.it>

<https://www.telefonorosa.it>

<https://www.toscana-notizie.it/>

<https://www.uil.it/>

<https://www.uslsudest.toscana.it/>

RINGRAZIAMENTI

A conclusione, desidero esprimere la mia gratitudine a tutte le persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo elaborato e a coloro che mi hanno sostenuto durante il mio percorso universitario.

In primis desidero ringraziare la mia relatrice, Prof.ssa Lizzi, per avermi affiancato e guidato nella stesura di questa tesi e per l'ispirazione che mi ha fornito. Un sincero ringraziamento va anche al mio correlatore, Prof. Cotichelli, per la sua infinita disponibilità, i suoi suggerimenti costruttivi e il suo incoraggiamento.

Il ringraziamento più grande lo faccio ai miei genitori, per aver sempre creduto nelle mie potenzialità e per essere stati sempre al mio fianco, soprattutto nei momenti più difficili. Questa tesi è anche il risultato dei vostri sacrifici e del vostro amore, e dedico a voi ogni singola pagina di questo lavoro.

Ringrazio il mio ragazzo, Alessandro, per la pazienza e il supporto incondizionato. Sei sempre stato il primo a gioire con me di ogni piccolo traguardo raggiunto. La tua allegria e la tua positività hanno reso questi anni ancora più belli e mi hanno aiutato nei momenti di sconforto a vivere tutto con più leggerezza. *“Se va bene, va bene. Se va male, va bene.”*

Ringrazio le mie amiche, Eleonora e Rihab. Ele, in questi vent'anni di amicizia sei stata una presenza costante e preziosa nella mia vita. Ogni volta che mi sentivo sopraffatta dallo studio o dalla pressione, tu eri lì, al mio fianco, con un sorriso e una parola gentile. Ti ringrazio dal profondo del cuore per essere da sempre la mia spalla e la mia confidente. Non potrei essere più grata di averti al mio fianco in questo giorno speciale.

Ribi, non posso non dedicare questo traguardo anche a te. Ti ringrazio per tutti i pomeriggi passati a studiare insieme, per avermi sempre compreso, ascoltato e per aver creduto in me. Mi hai accompagnato a molti esami e abbiamo condiviso insieme la bellezza ma anche le difficoltà di questi anni universitari. Ti sono grata dal profondo del cuore per tutto ciò che fai per me e per la persona meravigliosa che sei.

Ai miei compagni di corso, a Nevila, Laura e Yegor. Grazie per i bei momenti trascorsi a tirocinio, per le risate, le uscite e le giornate passate insieme a studiare. Sono estremamente fortunata di aver trovato degli amici come voi.

Infine, un ringraziamento generale a tutti gli amici conosciuti negli anni e a tutti coloro che, in un modo o nell'altro, mi sono stati accanto in questo percorso.