



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Infermieristica

**Il percorso del Codice Rosa, il ruolo
dell'infermiere nella presa in carico delle
vittime di violenza**

Relatore:

Dott. Giampietro Beltrami

Tesi di Laurea di:

Arapi Claudia

A.A. 2024/2025

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO 1: Il fenomeno della violenza di genere: e inquadramento teorico, epidemiologico e normativo.

1.1 Definizione di violenza	1
1.2 La violenza di genere	1
1.2.1 Violenza fisica	2
1.2.2 Violenza psicologica.....	2
1..2.3 Violenza sessuale	3
1.2.4 Violenza economica	3
1.3 Evoluzione storica e culturale del fenomeno	3
1.4 Quadro normativo in Italia	5
1.5 La violenza sulle donne ed accessi in Pronto Soccorso	6

CAPITOLO 2: l'assistenza infermieristica la donna vittima di violenza:

Competenze e responsabilità

2.1 La storia del Codice Rosa	9
2.2 Obiettivi del Codice Rosa	10
2.3 Accoglienza in Pronto Soccorso	12
2.4 L'approccio dell'infermiere alla vittima di violenza	14
2.5 Competenze infermieristiche specifiche	15
2.5.1 Competenze relazionali e comunicative	16
2.5.2 Competenze cliniche e assistenziali	16
2.5.3 Competenze organizzative	16
2.5.4 Competenze etiche e medico-legali.....	17
2.6 Il lavoro d'equipe multidisciplinare	17

CAPITOLO 3: Il Codice Rosa nel contesto ospedaliero di Fermo: aspetti assistenziali e organizzativi

3.1 Gestione del Codice Rosa al Pronto Soccorso di Fermo	20
3.2 La rete territoriale anti violenza locale.....	24

CONCLUSIONI	26
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	27
ALLEGATI.....	28

Abstract

Introduzione

La violenza contro le donne costituisce un fenomeno sociale e sanitario di grande rilevanza, caratterizzato da molteplici forme di abuso e da importanti ripercussioni sulla salute fisica, psicologica ed emotiva delle vittime. Nel tempo il riconoscimento di tale fenomeno come violazione dei diritti umani ha favorito lo sviluppo di strumenti normativi, strategie di prevenzione e percorsi di tutela sempre più strutturati. In questo contesto, il sistema sanitario rappresenta uno degli ambiti in cui la violenza può emergere e trovare una prima risposta assistenziale.

Obiettivo

L'elaborato si propone di analizzare il fenomeno della violenza di genere attraverso un inquadramento teorico, epidemiologico e normativo, approfondendo in particolare il ruolo delle strutture di emergenza-urgenza nella gestione delle donne vittime di violenza. Un ulteriore obiettivo è quello di evidenziare le competenze e le responsabilità assistenziali dell'infermiere nell'accoglienza, nell'identificazione dei segnali di abuso e nell'attivazione dei percorsi di tutela.

Metodi

Il lavoro è stato sviluppato mediante l'analisi della letteratura scientifica e dei principali documenti istituzionali relativi alla violenza di genere. Sono stati consultati articoli scientifici, dati epidemiologici e fonti normative nazionali, statistiche ISTAT sul fenomeno. Inoltre, sono stati presi in esame protocolli sanitari e procedure operative relative alla gestione delle vittime di violenza nei servizi di emergenza, con riferimento ai percorsi assistenziali adottati in ambito ospedaliero dell'ospedale Augusto Murri di Fermo.

Risultati principali

Dall'analisi delle fonti emerge come la violenza di genere rappresenti un fenomeno ancora diffuso, e come i servizi sanitari, e in particolare il Pronto Soccorso, possono costituire un punto di osservazione privilegiato

per l'individuazione di situazioni di abuso, poiché le vittime vi accedono spesso per la gestione delle conseguenze fisiche o psicologiche della violenza. In tale contesto risulta fondamentale la capacità degli operatori sanitari di riconoscere elementi sospetti, instaurare una relazione di fiducia con la paziente e attivare percorsi di presa in carico adeguati.

Conclusioni

La gestione delle donne vittime di violenza richiede un approccio integrato e multidisciplinare, in cui il personale sanitario svolge un ruolo fondamentale nell'intercettazione precoce del fenomeno e nell'attivazione della rete di supporto. La formazione degli operatori, l'adozione di protocolli specifici e la collaborazione tra servizi sanitari, sociali e giudiziari rappresentano elementi essenziali per garantire un'assistenza efficace e una maggiore tutela delle vittime.

CAPITOLO 1

Il fenomeno della violenza di genere: inquadramento teorico, epidemiologico e normativo.

1.1 Definizione di violenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza come *“L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”*. (1)

Il fenomeno della violenza non è inteso solo come violenza fisica, ma include anche l'uso del potere coercitivo o minaccioso, con conseguenze gravi per la salute e il benessere delle persone coinvolte.

Può essere presente in diversi contesti: domestico, interpersonale, comunitario o sociale, e sono comprese forme fisiche, psicologiche, sessuali ed economiche.

L'OMS sottolinea come la violenza rappresenta un rilevante problema di salute pubblica a livello globale, con impatti significativi sulla salute fisica e mentale, sullo sviluppo sociale e sulla qualità della vita delle vittime.

Nell'ambito della violenza interpersonale, particolare attenzione merita la violenza di genere, oggetto del presente elaborato.

1.2 La violenza di genere

La "violenza contro le donne" è ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà. Così recita l'art 1 della dichiarazione Onu sull'eliminazione della violenza contro le donne (2)

Con l'espressione violenza di genere si fa riferimento all'insieme dei comportamenti violenti che possono manifestarsi in diverse forme: psicologica, fisica sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking allo stupro e al femminicidio.

Tali violenze colpiscono persone che subiscono discriminazioni o disuguaglianze legate al sesso.

Le diverse forme di violenza di genere non si presentano necessariamente in modo isolato, ma possono sovrapporsi nel tempo, determinando conseguenze significative sul piano fisico e psicologico. È pertanto utile distinguere le principali tipologie attraverso cui il fenomeno si manifesta.

1.2.1 Violenza fisica

La violenza fisica è il tipo di violenza maggiormente identificata all'interno della società. Consiste in qualsiasi forma di aggressione corporale a seconda che lasci o meno i segni nella vittima ed è per questo motivo che possono essere distinte in lesioni lievi o gravi con la relativa pena.

Le conseguenze possono variare in relazione alla gravità dell'aggressione, determinando lesioni di diversa entità, delle contusioni superficiali fino a traumi più gravi, fratture o danni permanenti

il rischio per la salute aumenta significativamente quando gli episodi si ripetono nel tempo, configurando una condizione di violenza cronica che può comportare ripercussioni non solo fisiche ma anche psicologiche la presenza di segni visibili rende questa tipologia di violenza più facilmente identificabile rispetto ad altre forme, sebbene non sempre la vittima sia disposta a riferire l'origine reale delle lesioni.

1.2.2 Violenza psicologica

La violenza psicologica, a differenza di quella fisica, non si manifesta attraverso lesioni visibili, ma incide profondamente sulla dignità e sulla integrità personale della vittima.

È costituita da comportamenti volti a svalutare, o umiliare e controllare la persona, determinando un progressivo deterioramento del benessere psicologico ed emotivo.

Questa forma di violenza risulta particolarmente insidiosa poiché spesso difficile da riconoscere, sia dalla vittima sia dal contesto sociale.

La mancanza di segni fisici evidenti può infatti portare a una sottovalutazione del fenomeno, a una minore percezione della sua gravità, contribuente silenzio e alla mancata richiesta di aiuto

1.2.3 Violenza sessuale

La violenza sessuale comprende qualsiasi atto sessuale imposto contro la volontà della persona mediante l'uso della forza, della minaccia o dell'abuso di autorità.

Essa può manifestarsi attraverso aggressioni fisiche quali lo stupro, il tentativo di stupro, lo stupro di gruppo, costringendo la vittima a subire atti sessuali non consensuali.

Le conseguenze della violenza sessuale riguardano sia la sfera fisica sia quella psicologica, con effetti a lungo termine sulla salute della vittima.

1.2.4 Violenza economica

La violenza economica è una forma di abuso che limita l'autonomia finanziaria delle donne, creando dipendenza e vulnerabilità.

Essa si manifesta attraverso il controllo delle risorse economiche, la negazione dell'accesso al denaro necessario ai bisogni primari, l'impedimento al lavoro o alla gestione del proprio reddito, e in alcuni casi tramite ricatti o imposizioni.

Questa forma di violenza contribuisce a mantenere la condizione di subordinazione della vittima e rende più difficile l'interruzione della relazione abusante

1.3 Evoluzione storica e culturale del fenomeno

La violenza di genere rappresenta una realtà che attraversa i secoli, radicandosi profondamente nelle strutture sociali, culturali e politiche delle diverse epoche storiche.

Si tratta di un fenomeno complesso, le cui origini sono strettamente connesse ai sistemi di organizzazione patriarcale che hanno caratterizzato molte società.

Analizzare l'evoluzione della violenza sulle donne nel tempo consente di comprendere le radici storiche culturali e di arrivare alle trasformazioni fino all'età contemporanea.

Antichità: nelle società antiche la violenza contro le donne era spesso legata al concetto di controllo e possesso.

Le donne venivano considerate parte integrante del patrimonio familiare sottoposta all'autorità maschile E in tale contesto la violenza fisica e sessuale costituiva uno strumento di mantenimento del dominio e dell'ordine sociale.

Le strutture patriarcali contribuirono al legittimare e normalizzare tali pratiche attraverso norme giuridiche e consuetudini culturali.

Medioevo

Durante il medioevo la violenza contro le donne assunse forme diverse, influenzate dal contesto religioso e sociale dell'epoca.

Un esempio emblematico è rappresentato dalla caccia alle streghe fenomeno che colpì prevalentemente donne accusate di pratiche considerate eretiche, la paura e le credenze superstiziose alimentano persecuzioni, torture ed esecuzioni, rafforzando stereotipi di genere e contribuendo a consolidare forme di controllo e repressione femminile.

Illuminismo

L'illuminismo introdusse principi di uguaglianza e diritti umani dell'individuo, aprendo la strada a nuove riflessioni sulle condizioni femminili

Tuttavia, nonostante l'affermazione teorica dei diritti umani, le donne continuarono a essere escluse dalla piena cittadinanza politica giuridica, Sebbene alcune figure femminili iniziarono a rivendicare diritti e riconoscimento, la violenza di genere rimase largamente tollerata dai sistemi normativi dell'epoca.

XIX e XX secolo

Nel XIX secolo si svilupparono i primi movimenti organizzati per i diritti delle donne, che portarono all'emersione pubblica delle disuguaglianze di genere. La violenza domestica iniziò gradualmente a essere riconosciuta come problema sociale, pur rimanendo spesso confinata alla sfera privata.

Nel corso del XX secolo, e in particolare con la seconda ondata femminista degli anni Sessanta e Settanta, la violenza contro le donne divenne oggetto di denuncia collettiva.

Le attiviste contribuirono a promuovere cambiamenti legislativi, a creare centri di supporto per le vittime e a sensibilizzare l'opinione pubblica, favorendo una progressiva trasformazione culturale.

XXI secolo

Nel XXI secolo la lotta contro la violenza sulle donne ha registrato importanti progressi, sia sul piano normativo sia su quello della consapevolezza sociale. Le campagne di sensibilizzazione, l'azione delle organizzazioni per i diritti delle donne e l'attenzione mediatica hanno contribuito a rendere il fenomeno più visibile. Tuttavia, la violenza di genere continua a manifestarsi in molteplici forme, tra cui violenza domestica, molestie sessuali, abusi psicologici e sfruttamento, dimostrando la persistenza di profonde disuguaglianze strutturali.

1.4 Quadro normativo in Italia

Il quadro normativo italiano per le donne vittime di violenza si è progressivamente sviluppato attraverso l'integrazione di strumenti internazionali e da una serie di leggi e disposizioni legislative che mirano a prevenire e contrastare la violenza di genere.

Un punto di svolta fondamentale è rappresentato dalla **Convenzione di Istanbul**.

La Convenzione costituisce il primo strumento giuridicamente vincolante a livello europeo volto a creare un quadro completo per la prevenzione della violenza contro le donne, la protezione delle vittime e la persecuzione dei colpevoli.

Essa introduce un approccio integrato fondato su quattro pilastri: prevenzione, protezione, perseguimento e politiche integrate, imponendo agli Stati firmatari l'obbligo di adottare misure legislative e amministrative adeguate.

In attuazione a livello nazionale sono stati adottati importanti provvedimenti legislativi

Tra questi si segnala la **Legge 119/2013**, nota come legge sul femminicidio, che ha introdotto misure urgenti in materia di sicurezza e contrasto alla violenza di genere. Tale

normativa ha previsto l'introduzione di aggravanti specifiche e il rafforzamento delle misure cautelari e di protezione per le vittime.

Un ulteriore passo significativo è rappresentato dalla **Legge 69/2019**, conosciuta come "Codice Rosso". Essa ha modificato il codice penale e il codice di procedura penale, introducendo nuovi reati (come il revenge porn e le lesioni permanenti al viso) e accelerando i tempi di intervento dell'autorità giudiziaria nei casi di violenza domestica e di genere.

Il Codice Rosso ha inoltre rafforzato le misure di protezione delle vittime, prevedendo una corsia preferenziale per la trattazione delle denunce.

Negli anni più recenti, ulteriori interventi normativi hanno contribuito a consolidare il sistema di tutela, prevedendo stanziamenti economici per centri antiviolenza e case rifugio, migliorando la raccolta dei dati statistici sul fenomeno e introducendo misure volte a rafforzare la prevenzione e il sostegno alle vittime.

1.5 La violenza sulle donne ed accessi in Pronto Soccorso

L'evoluzione culturale e normativa che ha progressivamente riconosciuto la violenza contro le donne come violazione dei diritti umani ha determinato un cambiamento anche nel ruolo delle istituzioni sanitarie. Se in passato la violenza domestica veniva relegata alla sfera privata, oggi è riconosciuta come problema di salute pubblica.

In questo contesto, il Pronto Soccorso rappresenta frequentemente il primo punto di contatto tra la donna vittima di violenza e il sistema istituzionale. La necessità di cure immediate per traumi fisici, lesioni o stati di agitazione psicofisica rende il servizio di emergenza un luogo privilegiato di intercettazione del fenomeno, anche quando la vittima non formalizza una denuncia.

Il passaggio culturale dalla "violenza come fatto privato" alla "violenza come responsabilità pubblica" ha contribuito a ridefinire il ruolo del personale sanitario, chiamato non solo a trattare la lesione fisica, ma anche a riconoscere i segnali di una possibile situazione di abuso.

Le donne vittime di violenza possono accedere al Pronto Soccorso in modalità differenti:

- accesso autonomo;
- accompagnamento da parte di familiari o conoscenti;
- trasporto tramite servizio di emergenza territoriale;
- accompagnamento da parte delle forze dell'ordine.

Spesso il motivo dichiarato dell'accesso non coincide con la causa effettiva delle lesioni. Possono essere riferiti traumi accidentali, cadute domestiche o spiegazioni generiche e poco coerenti. La motivazione può essere legata a paura, dipendenza economica, presenza di figli, pressioni familiari o condizionamenti culturali

Il servizio di emergenza assume oggi un ruolo strategico nel sistema di protezione delle vittime. Pur non essendo il luogo deputato alla denuncia formale, esso rappresenta uno spazio in cui la violenza può emergere e in cui possono essere attivati percorsi di tutela.

La crescente sensibilizzazione sul tema ha portato allo sviluppo di protocolli specifici e percorsi dedicati all'interno delle strutture sanitarie, finalizzati a garantire protezione, riservatezza e continuità assistenziale.

Secondo i dati ISTAT, solo una parte delle donne vittime di violenza decide di denunciare o di rivolgersi alle autorità competenti, mentre una quota significativa rimane sommersa.

La tabella seguente riporta i dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri ospedalieri con indicazione di violenza nella popolazione femminile, evidenziando come le strutture sanitarie rappresentino spesso uno dei primi luoghi di contatto tra le vittime e il sistema di assistenza.

ANNI	Accessi per violenza	Per 10.000 accessi in PS	Per 10.000 residenti	Ricoveri in ospedale per violenza	Per 10.000 ricoveri ordinari	Per 10.000 residenti
2017	14368	14,1	4,8	1537	4,74	0,50
2018	16164	15,8	5,4	1553	4,87	0,51
2019	15800	15,3	5,3	1487	4,76	0,49
2020	11826	18,5	4,0	1042	4,19	0,34
2021	12780	18,4	4,4	1171	4,46	0,39
2022	14448	17,4	4,9	1196	4,37	0,40
2023	16947	18,4	5,6	1370	4,84	0,43
2024	19518	20,7	6,5	1505	5,25	0,50

Fonti: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)
 Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO) (4)

CAPITOLO 2

2.1 La storia del Codice Rosa

In passato la gestione dei casi di violenza contro le donne e delle situazioni di abuso presentava numerose criticità all'interno dei servizi sanitari. Nei Pronto Soccorso, infatti, mancava spesso una reale consapevolezza del fenomeno e non era ancora presente una rete strutturata in grado di mettere in comunicazione il sistema sanitario con le istituzioni giudiziarie, i servizi sociali e i centri antiviolenza. Di conseguenza, l'identificazione e la presa in carico delle vittime risultavano particolarmente difficili.

Fino a circa un decennio fa, gli interventi sanitari erano prevalentemente orientati alla gestione della singola lesione o del trauma riportato dalla persona assistita. Le competenze professionali coinvolte erano quindi strettamente legate alla specifica tipologia di danno riscontrato, senza che venisse sempre considerata la possibile presenza di una situazione di violenza alla base del quadro clinico.

Per rispondere a queste criticità è emersa la necessità di sviluppare un approccio più integrato e multidisciplinare, capace di considerare non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli psicologici, sociali e giudiziari legati alle situazioni di violenza.

In questo contesto nasce il progetto Codice Rosa, avviato nel 2009 presso l'Azienda sanitaria di Grosseto, in Toscana. Il progetto prevedeva la creazione di un percorso dedicato all'interno del Pronto Soccorso, finalizzato a garantire un accesso protetto alle vittime di violenza, in particolare donne, minori e persone appartenenti a categorie vulnerabili. L'obiettivo era offrire un ambiente sicuro e riservato, nel quale fosse possibile riconoscere tempestivamente situazioni di abuso e attivare un percorso di assistenza specifico (5).

Nel corso degli anni il progetto si è progressivamente ampliato, trasformandosi in una rete regionale per la presa in carico delle vittime di violenza di genere e di altre forme di abuso o discriminazione. Il modello organizzativo prevede l'attivazione di procedure di allerta che consentono di coinvolgere rapidamente i diversi servizi territoriali, tra cui forze dell'ordine, servizi sociali e centri antiviolenza, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e supporto alla vittima.

La nascita del Codice Rosa è data dalla consapevolezza che il sistema sanitario non riusciva a intercettare adeguatamente i casi di violenza, evidenziando una significativa discrepanza tra i dati registrati nei Pronto Soccorso e quelli provenienti da procure e centri antiviolenza presenti sul territorio. Questa riflessione ha portato alla creazione di una rete di collaborazione tra sanità, magistratura, forze dell'ordine e servizi territoriali, con l'obiettivo di migliorare l'individuazione e la gestione delle situazioni di violenza (6).

L'esperienza sviluppata in Toscana ha successivamente rappresentato un importante riferimento anche a livello nazionale, contribuendo allo sviluppo di modelli organizzativi e linee guida per la presa in carico delle vittime di violenza all'interno del sistema sanitario italiano.

2.2 Obiettivi del Codice Rosa

L'attivazione di un percorso dedicato alle vittime di violenza all'interno dei servizi di emergenza nostre dall'esigenza di garantire un'assistenza che non si limiti alla sola gestione della lesione fisica, ma che tenga conto della complessità della situazione clinica, psicologica e sociale in cui la persona si trova.

In questi casi l'intervento sanitario richiede un approccio più ampio, orientato alla tutela della sicurezza della vittima, al riconoscimento precoce della violenza e alla valutazione globale e dei bisogni assistenziali. (7)

Uno degli aspetti più rilevanti riguarda la difficoltà di individuare le situazioni di maltrattamento soprattutto quando la persona non riferisce spontaneamente quanto accaduto.

Non è raro, infatti, che l'accesso in Pronto Soccorso avvenga per motivi apparentemente non collegati a episodi di violenza, rendendo necessario da parte degli operatori sanitari un atteggiamento attento e una buona capacità di osservazione.

In questo contesto il personale che effettua il triage rappresenta spesso il primo contatto con la struttura sanitaria può avere un ruolo importante nell'individuazione di segnali sospetti, sia dal punto di vista clinico sia relazionale. (8)

Tra gli obiettivi del percorso rientra anche la necessità di garantire condizioni assistenziali che assicurino protezione e riservatezza alla vittima. La gestione di questi casi richiede particolare attenzione all'ambiente in cui avviene l'accoglienza, alla presenza di eventuali accompagnatori e alle modalità comunicative utilizzate dal personale sanitario.

Offrire uno spazio adeguato, nel quale la persona possa sentirsi ascoltata senza giudizio rappresenta un elemento fondamentale per far venire a conoscenza della violenza e instaurare una relazione di fiducia.

Le indicazioni nazionali sottolineano l'importanza di predisporre procedure organizzative che consentano, quando è possibile, una valutazione in ambiente protetto e con personale formato (9)

Un ulteriore obiettivo del Codice Rosa è quello di rendere più uniforme la gestione dei casi attraverso l'utilizzo di protocolli condivisi.

La presenza di procedure definite facilita l'attivazione tempestiva delle diverse figure professionali coinvolte e consente di garantire continuità nella presa in carico anche dopo la dimissione dal Pronto Soccorso.

In questo contesto assume particolare rilevanza la collaborazione con i servizi territoriali, i centri antiviolenza e le forze dell'ordine, al fine di offrire alla vittima un supporto che non sia limitato al momento dell'emergenza, ma possa proseguire nel tempo.

Particolare attenzione deve essere rivolta anche alla raccolta della documentazione clinica, che nei casi di sospetto violenza assuma un valore non solo assistenziale ma anche medico legale.

La descrizione accurata delle lesioni, la registrazione delle dichiarazioni della persona assistita e la corretta compilazione della documentazione sanitaria rappresentano passaggi fondamentali per garantire tutela alla vittima e per consentire eventuali approfondimenti successivi.

Per questo motivo viene sottolineata l'importanza di una formazione specifica del personale sanitario soprattutto per gli operatori che lavorano nei servizi di emergenza-urgenza.

Alla luce di tali obiettivi, risulta evidente come il momento dell'accesso in Pronto Soccorso rappresenta una fase particolarmente delicata, in cui l'organizzazione del servizio e le competenze degli operatori assumono un ruolo determinante per garantire un'assistenza adeguata.

2.3 Accoglienza in Pronto Soccorso

L'accesso della donna vittima di violenza al Pronto Soccorso rappresenta il primo momento del percorso assistenziale previsto dal Codice Rosa e costituisce una fase particolarmente delicata poiché da essa dipende la possibilità di individuare la situazione di rischio e di attivare le procedure di tutela previste.

L'arrivo in ospedale può avvenire con diverse modalità: la paziente può presentarsi spontaneamente, sola o accompagnata, può essere trasportata dal servizio di emergenza territoriale oppure accompagnata dalle forze dell'ordine, da operatori dei centri antiviolenza o da altri soggetti.

In alcuni casi può essere presente anche l'autore della violenza, situazione che richiede una gestione attenta da parte degli operatori sanitari. (10)

Al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso, il primo contatto avviene con l'infermiere di triage, che ha il compito di effettuare una valutazione iniziale non solo delle condizioni cliniche, ma anche degli aspetti comportamentali relazionali della paziente la vittima di violenza infatti può presentarsi in uno stato di agitazione, paura, confusione oppure può minimizzare l'accaduto e fornire spiegazioni poco coerenti con il quadro clinico punto per questo motivo è importante che l'operatore mantenga un atteggiamento attento e non giudicante piccolo ponendo domande mirate e osservando eventuali segnali che possano far sospettare di una situazione di maltrattamento (11)

Quando vi è il sospetto di violenza, la persona deve essere accompagnata in un ambiente riservato, separato dalla sala d'attesa, per garantire privacy e protezione.

In questa fase è preferibile limitare la presenza di accompagnatori, salvo diversa richiesta della paziente, in modo da permettere un colloquio libero e non condizionato. All'interno dello spazio dedicato vengono raccolte le informazioni anamnestiche e viene avviata la valutazione clinica, informando la persona sulle procedure che verranno effettuate e cercando di instaurare un rapporto di fiducia.

Il percorso assistenziale prosegue con la visita medica, che deve essere eseguita in tempi brevi e con particolare attenzione alla descrizione delle eventuali lesioni.

L'esame obiettivo deve essere completo e comprendere la valutazione di tutta la superficie corporea, al fine di individuare segni compatibili con maltrattamenti. Le lesioni devono essere descritte in modo dettagliato, inserendo sede, dimensioni, colore e caratteristiche, e, quando necessario, documentate anche fotograficamente.

Una corretta registrazione dei dati dei dati clinici è fondamentale sia per la continuità assistenziale sia per eventuali implicazioni medico legali.

Nei casi di sospetta violenza sessuale può essere necessario effettuare accertamenti specifici, come la raccolta di campioni biologici e l'esecuzione di esami microbiologici e la ricerca di infezioni sessualmente trasmesse. In tale situazione è previsto l'utilizzo di appositi kit per la raccolta delle prove, che devono essere utilizzate da personale formato nel rispetto delle procedure previste, al fine di garantire la validità dei reperti anche in ambito giudiziario.

durante tutto il percorso assistenziale è importante prestare attenzione anche allo stato emotivo della vittima. Molto spesso la persona può manifestare paura, la vergogna, senso di colpa o difficoltà nel raccontare questo accaduto. In alcuni casi possono essere presenti confusione, pianto, ansia o atteggiamenti difensivi non coerenti con il racconto.

Per questo motivo l'operatore sanitario deve adottare un atteggiamento empatico, rispettoso e non giudicante, lasciando alla paziente la possibilità di decidere cosa riferire e quali interventi accettare.

Al termine della valutazione viene definito il percorso più appropriato per la paziente, che può prevedere la dimissione con indicazioni sui servizi territoriali, il ricovero oppure l'attivazione della rete antiviolenza locale. La gestione di questi casi richiede la

collaborazione di diverse figure professionali e un'organizzazione strutturata, in modo da garantire alla vittima un'assistenza completa e continuativa.

2.4 L'approccio dell'infermiere alla vittima di violenza

L'approccio dell'infermiere alla donna vittima di violenza rappresenta una fase particolarmente delicata del percorso assistenziale, poiché richiede non solo competenze cliniche, ma anche adeguate capacità relazionali e comunicative.

La gestione di queste situazioni risulta complessa, in quanto ogni persona può reagire in modo diverso all'esperienza di violenza subita.

Alcune pazienti possono manifestare paura, vergogna o difficoltà nel raccontare quanto accaduto, mentre altre tendono a minimizzare l'evento o a evitare di parlarne.

Tali reazioni sono spesso legate al trauma vissuto e al timore delle possibili conseguenze, soprattutto quando l'autore della violenza è una persona conosciuta o appartenente al contesto familiare.

Studi recenti evidenziano che molte vittime non riferiscono spontaneamente l'abuso e che la possibilità di far emergere la violenza dipende in larga parte dal modo in cui l'operatore sanitario si relaziona con la persona assistita (12).

Per questo motivo l'infermiere deve adottare un atteggiamento professionale empatico e rispettoso basato sull'ascolto attivo, sul rispetto dei tempi della paziente e sull'assenza di giudizio.

Nella relazione assistenziale l'infermiere non deve limitarsi alla gestione del problema clinico immediato, ma deve considerare la persona nella sua globalità, tenendo conto degli aspetti fisici, psicologici e sociali che caratterizzano la situazione di violenza.

In questi casi risulta particolarmente importante adottare un approccio centrato sulla persona, che preveda il coinvolgimento attivo della paziente nelle decisioni e il rispetto dei suoi tempi e delle sue scelte.

La vittima può infatti provare sentimenti contrastanti, come paura, vergogna, senso di colpa o difficoltà a fidarsi degli operatori sanitari; per questo motivo l'instaurarsi di una relazione efficace richiede sensibilità, disponibilità all'ascolto e capacità di adattare

l'intervento alle esigenze della persona. La letteratura definisce questo tipo di intervento come trauma-informed care, cioè un modello assistenziale che tiene conto delle conseguenze psicologiche del trauma e che ha l'obiettivo di ridurre il rischio di ulteriori sofferenze durante il percorso di cura. Secondo questo modello, l'operatore sanitario deve garantire sicurezza, rispetto e collaborazione, evitando atteggiamenti che possano far sentire la vittima giudicata o non creduta.

Un'assistenza centrata sulla persona facilita l'emersione della violenza e migliora la qualità della presa in carico, favorendo l'attivazione dei percorsi di supporto previsti (13).

Il colloquio dovrebbe svolgersi in un ambiente riservato, preferibilmente all'interno di uno spazio dedicato, senza la presenza di altre persone, specie quando non è chiara la dinamica dell'evento in modo da garantire la riservatezza e ridurre possibili interferenze.

La presenza di accompagnatori potrebbe infatti condizionare la vittima e impedirle di esprimersi liberamente; non si può escludere, inoltre, che tra le persone presenti vi sia anche l'autore della violenza.

Oltre agli aspetti clinici, l'infermiere deve fornire anche supporto emotivo, integrando gli aspetti clinici, psicologici e sociali, in particolare quando la persona non è pronta a denunciare o ad accettare immediatamente l'aiuto proposto.

Il comportamento dell'operatore nelle prime fasi dell'assistenza può influenzare in modo determinante l'intero percorso di cura, rendendo necessario lo sviluppo di competenze specifiche nella gestione di queste situazioni, che verranno approfondite nel paragrafo successivo.

2.5 Competenze infermieristiche specifiche

L'assistenza alla donna vittima di violenza richiede competenze specifiche da parte dell'infermiere che vanno oltre la semplice gestione clinica del problema.

La complessità delle situazioni di maltrattamento impone un approccio globale, che tenga conto degli aspetti fisici, psicologici, sociali e legali.

L'infermiere riveste un ruolo fondamentale nella presa in carico della vittima, partecipando alle diverse fasi del percorso assistenziale e collaborando con le figure professionali coinvolte.

Per questo motivo è necessario possedere competenze relazionali, comunicative, cliniche, organizzative ed etico legali, indispensabili per garantire un'assistenza adeguata rispettosa della persona.

2.5.1 Competenze relazionali e comunicative

Tra le competenze fondamentali rientrano quelle relazionali e comunicative, indispensabili per instaurare un rapporto di fiducia con la vittima.

La persona che ha subito violenza può presentarsi in condizioni emotive particolarmente fragili, manifestando paura e difficoltà nel raccontare quanto accaduto.

In queste situazioni l'infermiere deve mantenere un atteggiamento empatico e non giudicante, utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile e rispettando i tempi della paziente, per consentire in tal modo di raccogliere informazioni utili per la valutazione assistenziale e favorire l'emersione della violenza.

2.5.2 Competenze cliniche e assistenziali

Tra le competenze relazionali si affiancano quelle cliniche e assistenziali, poiché l'infermiere deve essere in grado di valutare lo stato generale della persona, riconoscere eventuali segni compatibili con maltrattamenti e collaborare con il medico durante le fasi diagnostiche e terapeutiche.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla documentazione delle lesioni, che deve essere accurata e completa, in quanto può assumere rilevanza anche in ambito medico legale.

2.5.3 Competenze organizzative

Sono inoltre necessarie competenze organizzative, in particolare, è importante conoscere le procedure previste dal Codice Rosa ed essere in grado di attivare tempestivamente d'interventi necessari, nel rispetto dei protocolli adottati dalla struttura sanitaria.

L'infermiere partecipa alle diverse fasi della presa in carico, collaborando con gli altri professionisti coinvolti e contribuendo alla continuità dell'assistenza.

Una corretta organizzazione del percorso consente di assicurare alla vittima una gestione più sicura ordinata e rispettosa dei suoi bisogni, evitando ritardi o interruzioni nell'assistenza

2.5.4 Competenze etiche e medico-legali

Un'ulteriore competenza è quella di garantire la tutela della privacy, il rispetto del consenso informato e la corretta gestione della documentazione clinica.

Le informazioni raccolte devono essere trattate con riservatezza e registrata in modo preciso, poiché possono avere rilevanza anche in ambito giudiziario.

È inoltre fondamentale mantenere un atteggiamento professionale e imparziale, evitando di influenzare il racconto della vittima e assicurando sempre la tutela della sua dignità e sicurezza

2.6 Il lavoro d'équipe multidisciplinare

La gestione della donna vittima di violenza rappresenta una situazione complessa che richiede l'intervento di più figure professionali e la collaborazione tra diversi servizi.

In questi casi non è sufficiente limitarsi alla sola valutazione clinica, ma è necessario considerare anche gli aspetti psicologici, sociali e legali legati all'evento.

Per questo motivo la presa in carico deve avvenire attraverso un approccio multidisciplinare, che consenta di garantire un'assistenza completa e adeguata ai bisogni della persona.

La letteratura evidenzia come la gestione delle vittime di violenza risulti più efficace quando vi è coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti, mentre la mancanza di collaborazione può compromettere la qualità dell'assistenza.

Il percorso previsto dal Codice Rosa si basa proprio sulla collaborazione tra ospedale e servizi territoriali, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale anche dopo la dimissione dal Pronto Soccorso.

La violenza di genere, infatti, non deve essere considerata come un evento isolato, ma come una situazione che richiede interventi coordinati nel tempo, in grado di rispondere ai bisogni sanitari, psicologici e sociali della vittima.

In questo contesto diventa fondamentale il collegamento tra la struttura ospedaliera e la rete territoriale, che consente di attivare rapidamente i servizi di supporto e protezione previsti per le persone che hanno subito maltrattamenti (14).

Tra le principali strutture coinvolte nel percorso rientrano:

I centri antiviolenza: rappresentano uno dei principali punti di riferimento per le donne che hanno subito violenza, in quanto offrono accoglienza, ascolto e supporto specializzato. All'interno di questi servizi la vittima può ricevere consulenza psicologica, assistenza legale e orientamento ai servizi territoriali, oltre ad essere accompagnata in un percorso di uscita dalla situazione di abuso.

In molti casi vengono attivati anche interventi di sostegno per i figli minori e percorsi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e lavorativa (15).

I servizi sociali: intervengono nella valutazione del contesto familiare e delle condizioni di vita della persona, individuando eventuali situazioni di rischio e attivando gli interventi di tutela necessari. Nei casi in cui la permanenza nell'ambiente domestico rappresenti un pericolo per la sicurezza della vittima, può essere necessario il trasferimento in strutture protette, come le case rifugio, che garantiscono ospitalità temporanea alle donne e ai loro figli in un ambiente sicuro.

Queste strutture permettono alla persona di allontanarsi dalla situazione di violenza e di intraprendere un percorso di protezione e recupero, con il supporto di operatori specializzati.

Il collegamento tra ospedale e servizi territoriali consente quindi di garantire continuità assistenziale, evitando che la presa in carico si interrompa dopo il primo intervento sanitario.

Attraverso la collaborazione tra le diverse strutture è possibile costruire un percorso di assistenza più completo, che accompagni la vittima nel tempo e che tenga conto della complessità della situazione vissuta.

Il lavoro d'équipe multidisciplinare e l'integrazione tra ospedale e rete territoriale rappresentano elementi fondamentali del percorso Codice Rosa, poiché permettono di offrire alla vittima un'assistenza globale e continuativa, orientata non solo alla cura delle eventuali lesioni fisiche, ma anche alla tutela della sicurezza, al supporto psicologico e al recupero dell'equilibrio personale e sociale.

CAPITOLO 3: Il Codice Rosa nel contesto ospedaliero di Fermo: aspetti assistenziali e organizzativi

3.1 Gestione del Codice Rosa al Pronto Soccorso di Fermo

Nel Pronto Soccorso dell'ospedale di Fermo è attiva un protocollo specifico per la presa in carico delle vittime di violenza, ciò finalizzato a garantire un'assistenza sanitaria adeguata e un percorso protetto per le persone che hanno subito maltrattamenti o abusi.

Il Pronto Soccorso è infatti il luogo in cui più frequentemente vengono intercettate le vittime di violenza, per questo motivo è stato introdotto il Codice Rosa, un codice virtuale che si affianca ai codici di gravità clinica e che consente di identificare un percorso assistenziale dedicato alle vittime di violenza di età superiore ai 18 anni.

In base alla tipologia di violenza subita il protocollo prevede due distinti percorsi clinico assistenziali il percorso per le vittime di violenza sessuale e il percorso le vittime di violenza di genere o maltrattamento.

La scelta del percorso più appropriato viene effettuata dal medico del Pronto Soccorso che prende in carico la vittima.

Nel caso in cui il sospetto di violenza emerga durante un ricovero ospedaliero, sarà il medico di reparto ad attivare direttamente il percorso previsto dal protocollo.

Qualora invece l'episodio venga riferito nel corso di una visita ambulatoriale, la persona viene inviata al Pronto Soccorso per l'avvio del percorso dedicato, previo contatto telefonico con la struttura.

La prima valutazione della persona viene al triage, dove l'infermiere deve prestare particolare attenzione alla presenza di eventuali segnali o elementi che possano far sospettare una condizione di maltrattamento e procedere con un'attenta valutazione della situazione.

Una volta raccolti i dati anagrafici il motivo dell'accesso e le modalità di presentazione al Pronto Soccorso, gli infermieri di triage hanno il codice colore (rosso, arancione, azzurro o verde) in base alla gravità del quadro clinico e attiva contemporaneamente il Codice Rosa.

Nella documentazione infermieristica di triage viene riportata esclusivamente la dicitura “Codice Rosa” evitando di descrivere in questa fase le dinamiche dell'evento.

Questa modalità ha lo scopo di tutelare la privacy della vittima ed evitare che la persona debba ripetere più volte il racconto dell'accaduto a diversi operatori sanitari.

Successivamente l'infermiere di triage attiva un infermiere dedicato, spesso indicato come infermiere “jolly”, che accompagna la vittima in un'area separata dalla sala d'attesa generale.

Questa scelta organizzativa consente di garantire maggiore riservatezza, sicurezza e protezione durante le prime fasi della presa in carico, inoltre, sarà sempre l'infermiere di triage a individuare tra i medici presenti in turno e il professionista che prenderà in carico il caso e valuterà quale dei due percorsi previsti dal protocollo debba essere attivato.

Una volta presa in carico la paziente, il medico di Pronto Soccorso procede innanzitutto alla verifica di eventuali accessi precedenti della persona presso la stessa struttura sanitaria.

Questa verifica può fornire informazioni utili per comprendere se siano già stati registrati più episodi simili o segnalazioni riconducibili a possibili situazioni di maltrattamento.

Successivamente viene fatto un colloquio clinico individuale, in cui ci sarà la raccolta dell'anamnesi personale, patologica, farmacologica e all'intervista in merito all'evento, in un ambiente riservato e protetto al fine di garantire la massima tutela della privacy.

Per facilitare la raccolta dei dati è previsto l'utilizzo di un modulo dedicato, che funge da guida per l'intervista e consente di raccogliere in modo sistematico le informazioni più rilevanti. (ALLEGATO 2)

Alla paziente viene chiesto se desidera la presenza di una persona di fiducia durante il colloquio; in caso affermativo, verrà consentito l'accesso esclusivamente alla persona indicata.

Nel caso in cui è presente una donna vittima di violenza sessuale sarà informata dal medico sulle procedure cui verrà sottoposta (visite, esami strumentali), sulle terapie

proposte, sui rischi correlati e le sarà chiesto di esprimere un unico e dettagliato consenso (ALLEGATO 3) comprensivo di tutte le azioni che saranno effettuate.

In base a quanto stabilito dalla Legge 219/2017 sul consenso informato, tutte le attività cliniche e assistenziali devono essere precedute dalla raccolta del consenso della persona assistita.

Nel caso in cui la vittima sia una persona maggiorenne e capace di esprimere un valido consenso, essa potrà decidere liberamente se sottoporsi a tutti gli accertamenti proposti, solo ad alcuni di essi oppure rifiutarli.

Gli accertamenti possono avere una duplice finalità: tutela della salute della paziente ed eventuale utilizzo medico legale a disposizione dell'autorità giudiziaria.

In questo contesto possono essere eseguiti diversi tipi di prelievi, tra cui i tamponi per la ricerca di materiale biologico, gli esami tossicologici sul sangue o urine e raccolta di eventuali reperti utili alle indagini.

Una fase particolarmente importante del percorso riguarda la raccolta degli indumenti indossati dalla vittima al momento dell'evento.

Poiché gli abiti possono contenere tracce biologiche o altri elementi utili alle indagini, la paziente aiutata nella selezione del personale sanitario e l'indumento vengono conservati separatamente in apposite buste di carta, seguendo specifiche modalità di manipolazione e conservazione.

Il materiale raccolto viene successivamente consegnato alla direzione medica ospedaliera per la conservazione.

Dopo questa fase si procede con la visita medica, effettuata dal medico di Pronto Soccorso con il supporto dell'infermiere. Durante la visita viene effettuata una valutazione completa delle condizioni cliniche della paziente, con particolare attenzione alla descrizione di eventuali lesioni. (ALLEGATO 4)

Quando necessario tale documentazione può essere accompagnata la documentazione fotografica, previo consenso della persona assistita.

Durante la permanenza in Pronto Soccorso possono essere inoltre eseguiti accertamenti di laboratorio e prelievi biologici utili alla valutazione clinica.

In alcuni casi vengono effettuati anche tamponi cutanei, orali o sublinguali per la ricerca di materiale genetico dell'aggressore.

Tutti i campioni raccolti vengono poi consegnati al laboratorio analisi per la corretta registrazione e conservazione.

Tutti i campioni raccolti devono essere conservati e gestiti seguendo precise procedure di tracciabilità, al fine di garantire l'integrità della cosiddetta catena di custodia.

(ALLEGATO 6)

Una volta completata la valutazione iniziale, la paziente viene accompagnata nel reparto di ginecologia, dove viene effettuata la visita specialistica.

Durante questa fase possono essere eseguiti ulteriori tamponi vaginali e rettali alla ricerca di infezioni sessualmente trasmissibili o di eventuale materiale biologico o utili alle indagini. (ALLEGATO 5).

Le cause della visita ginecologica vengono inoltre valutate le eventuali misure di profilassi tra cui la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e la contraccezione d'emergenza

Il percorso diagnostico può proseguire con ulteriori accertamenti radiologici o consulenze specialistiche, qualora il quadro clinico lo richieda.

Inoltre, quando necessario, la paziente viene valutata anche dal servizio di malattie infettive, che può prescrivere eventuali profilassi per epatite B o infezione da HIV e programmare il successivo follow-up.

Dall'analisi del protocollo adottato presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di fermo emergono alcune differenze tra il percorso per violenza sessuale e quello per violenza di genere o maltrattamento, legate principalmente alla tipologia di evento e agli obiettivi assistenziali.

Una prima differenza rispetto al percorso assistenziale alla vittima di violenza sessuale riguarda la natura della violenza, che nei casi di maltrattamento si configura

frequentemente come un fenomeno cronico e ripetuto nel tempo, piuttosto che come un episodio acuto.

Per questo motivo assume particolare rilevanza la verifica di accessi precedenti e Pronto Soccorso, che può contribuire a individuare situazioni di violenza non dichiarata e a ricostruire un possibile quadro di abuso continuativo.

Dal punto di vista clinico assistenziale, il percorso mantiene le stesse fasi di valutazione, ma se differenzia per una minore centralità degli accertamenti ginecologici e biologici specifici.

Nei casi di violenza di genere, infatti, gli esami vengono orientati prevalentemente alla valutazione delle lesioni fisiche e delle condizioni generali della paziente, mentre gli accertamenti medico legali invasivi sono generalmente meno frequenti e vengono eseguiti solo quando vi sia un sospetto specifico.

Un'altra differenza significativa riguardo all'aspetto relazionale a valutativo: nei casi di maltrattamento assumono un ruolo centrale la valutazione del contesto di vita della paziente, poiché la violenza è spesso legata a dinamiche familiari o relazioni complesse.

Il colloquio clinico non ha solo una funzione anamnestica, infatti, diventa uno strumento fondamentale per comprendere la situazione globale della persona.

Di particolare importanza in questo caso, assume la valutazione del rischio di recidiva o di escalation della violenza, che orienta in modo determinante la fase di dimissione.

A differenza della violenza sessuale, dove l'intervento è spesso centrato sulla gestione dell'evento acuto, nei casi di maltrattamento è fondamentale valutare la sicurezza futura della paziente e la possibilità di rientro nel proprio ambiente domestico.

Avremo quindi un'attivazione della rete territoriale, con l'obiettivo di avviare un percorso di protezione e supporto nel tempo.

3.2 La rete territoriale antiviolenza locale

Nel territorio della provincia di fermo e attiva una rete territoriale antiviolenza strutturata, finalizzata alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere e alla presa in carico delle vittime.

Tale rete si basa sulla collaborazione tra diversi enti e servizi, coordinate attraverso protocolli condivisi promossi a livello locale, anche con il coinvolgimento della prefettura.

L'obiettivo principale della rete è quello di garantire una risposta integrata al fenomeno della violenza, attraverso un approccio multidisciplinare che consente di affrontare non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli legali, sociali e psicologici.

Un elemento distintivo della rete locale è rappresentato dalla collaborazione diretta tra ospedale e centri antiviolenza, che non si limita alla semplice indicazione dei contatti, ma prevede quando possibile, un vero e proprio collegamento operativo. Questo consente un continuo supporto alla donna vittima di violenza.

La rete territoriale della provincia di Fermo si basa su un'integrazione tra diversi livelli di intervento, a partire Dalla valutazione della situazione familiare e definizione di percorsi di protezione dai servizi sociali alle forze dell'ordine che possono essere coinvolti nel caso in cui sia necessario garantire la sicurezza immediata della persona o procedere con segnalazioni all'autorità giudiziaria.

Un altro aspetto rilevante riguarda la possibilità di attivare percorsi di protezione più strutturati nei casi a rischio, come l'inserimento in strutture protette. Questo tipo di intervento non viene attivato automaticamente, ma è il risultato di una valutazione condivisa tra i diversi servizi coinvolti, in base alla gravità della situazione e al rischio per la vittima.

Nel protocollo territoriale assume particolare importanza anche il momento della dimissione dal Pronto Soccorso, che viene considerato una fase critica. In questa fase, infatti, non è sufficiente fornire informazioni, ma è necessario orientare attivamente la persona verso i servizi disponibili, favorendo un collegamento concreto con la rete territoriale.

La rete antiviolenza della provincia di Fermo è un sistema operativo integrato, in cui i diversi servizi collaborano secondo modalità definite, con l'obiettivo di garantire una presa in carico continuativa e adeguata alla complessità del fenomeno

CONCLUSIONI

In conclusione, questo lavoro di tesi mette in luce come il Codice Rosa non sia solo una procedura da seguire in ospedale, ma un vero e proprio cambiamento nel modo di accogliere le donne.

Gestire una vittima di violenza non significa solo curare una ferita fisica, ma capire che dietro quel trauma c'è una situazione molto più profonda che richiede attenzione, sensibilità e preparazione.

Dall'analisi svolta, emerge con chiarezza che il punto cardine di tutto il percorso è l'infermiere di triage.

Essendo il primo contatto della donna con la struttura ospedaliera, l'infermiere ha la responsabilità professionale di saper cogliere quegli indicatori, a volte minimi, che suggeriscono una situazione di violenza non dichiarata.

Una corretta valutazione al triage non serve solo a assegnare un codice di priorità, ma è l'atto che permette di attivare immediatamente il protocollo di protezione e di garantire la necessaria privacy alla paziente.

Un altro punto centrale è che l'ospedale non può fare tutto da solo. Il Codice Rosa funziona solo se esiste una rete forte all'esterno.

La collaborazione tra medici, infermieri, assistenti sociali, forze dell'ordine e centri antiviolenza è l'unico modo per garantire che la donna, una volta uscita dal Pronto Soccorso, non torni nel pericolo ma sia accompagnata verso una vita sicura.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. [Ministero della Salute - Il fenomeno](#)
2. [Violenza di genere | Ministero dell'Interno](#)
3. [Il quadro normativo italiano in tema di violenza nei confronti delle donne e violenza domestica a seguito della legge 24 novembre 2023, n. 168](#)
4. [Violenza e accesso delle donne al Pronto Soccorso – Istat](#)
5. Turillazzi E, Toni C, Turco S, Di Paolo M. Finding the victim of abuse: a new frontier of physicians' liability? Data from a local Italian experience on minor maltreatment. *Front Pediatr*.
6. Celata A. Violenza sulle donne, "ecco come è nato il Codice Rosa" *Quotidiano Nazionale*, 20 novembre 2023.
7. [Rispondere alla violenza tra partner intimi e alla violenza sessuale contro le donne](#)
8. [Barriere allo screening per la violenza da partner intimo - PubMed](#)
9. [Ministero della Salute - Sistema nazionale Linee guida](#)
10. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. [Il ruolo della medicina d'emergenza nella violenza da partner intimo: una revisione approfondita dello screening, delle risorse per i sopravvissuti e delle barriere - PubMed](#)
12. [Esperienze di cure d'emergenza di pazienti e fornitori relative alla violenza da partner intimo: una revisione sistematica delle evidenze esistenti - PMC](#)
13. [Assistenza informata da traumi e violenza: orientare gli interventi di violenza del partner intimo all'equità - PMC](#)
14. [Dal pronto soccorso alla rete territoriale: il Codice Rosa tra buone pratiche e nodi irrisolti | Eroica](#)
15. [Centri antiviolenza: cosa sono e come funzionano?](#)

ALLEGATI

ALLEGATO 2

TRACCIA INTERVISTA PAZIENTE (allegato 2)

Cognome Nome _____ Data di nascita _____

Residenza/Domicilio _____ Nazionalità _____

Data ed ora della Visita _____ Data e ora dell'evento _____

Tipo di violenza associata:

- Fisica
- Psicologica
- Comportamenti persecutori
- altra _____

Violenza reiterata nel tempo:

SI

NO

Descrizione dell'evento:

Modalità (forma) di violenza:

Spintonamento	Strattonamento	Tirata per i capelli	Minaccia di essere colpita fisicamente
Morso	Pugno	Calcio	Schiaffo
Uso di corpo contundente	Tentativo di strangolamento /	Ustione	Investimento

	soffocamento		
Minaccia con arma	Uso di arma	Tentativo di furto	Toccamento
Tentato stupro	Rapporti sessuali indesiderati	Molestia fisica	Molestia sessuale
Forzata ad attività sessuale considerata umiliante	Forzata ad attività sessuale con altre persone	Costrizione a guardare/usare materiale pornografico	Acquisizione di materiale digitale (video/foto)
Penetrazione vaginale	Penetrazione anale	Penetrazione orale	Penetrazione ripetuta
Altro			

Luogo della violenza:

Casa propria	Casa altrui	Strada	Automobile
Luogo pubblico	Parcheggio	Garage pubblico	Campagna
Parco	Bosco	Spiaggia	Stazione
Mezzo pubblico	Scuola	Albergo	Luogo di lavoro
Altro			

Responsabile della violenza:

Partner	Genitore	Familiare	Persona conosciuta
Persona sconosciuta	Collega di lavoro	Datore di lavoro	Compagno di scuola
Docente	Religioso	Altro	

Circostanze inerenti l'evento:

Numero di aggressori:	Presenza di testimoni	Presenza di minori (violenza assistita)	Sequestro in ambiente chiuso
Costrizione ad uso di droghe/farmaci/alcol	Perdita di coscienza	Altro	

Eventuali azioni compiute dopo l'evento:

Cambio di abito	Cambio di slip	Minzione/Defecazione	Irrigazione/doccia/bagno
Assunzione cibo e/o bevande	Vomito	Pulizia cavo orale	Rapporti consenzienti dopo l'evento

Medico

_____ (timbro e firma)

--	--	--

ALLEGATO 3

ALLEGATO 3 - MODULO DI CONSENSO

La sottoscritta _____

dichiara di essere stata debitamente informata dal personale sotto indicato che le verrà prestata assistenza secondo la "PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DELLE VITTIME DI VIOLENZA" e che potrebbe rendersi necessario sottoporsi a:

- accertamenti clinici/di laboratorio come da allegato foglio informativo che viene consegnato;
- accertamenti strumentali come da allegato foglio informativo che viene consegnato;
- raccolta di materiale biologico a finalità forense;
- raccolta di indumenti, scarpe ed altri oggetti indossati;
- acquisizione di prove fotografiche delle lesioni presenti;
- trattamenti terapeutici specifici.

Dichiara inoltre di essere consapevole che, in caso di procedibilità a querela, tale materiale sarà conservato non oltre i 12 mesi.

Tutto ciò premesso:

accetto, dopo aver letto l'informativa e aver posto i quesiti in merito ad eventuali dubbi sulla procedura proposta, di sottopormi ai trattamenti sanitari e diagnostici proposti

rifiuto, dopo aver letto l'informativa e aver posto i quesiti in merito ad eventuali dubbi sulla procedura proposta, di sottopormi ai trattamenti sanitari e diagnostici proposti

accetto, dopo aver letto l'informativa e aver posto i quesiti in merito ad eventuali dubbi sulla procedura proposta di sottopormi ai trattamenti sanitari e diagnostici proposti, fatta eccezione per i seguenti esami: _____

Potrà avvalersi della facoltà di recedere in ogni momento da quanto soprascritto.

FIRMA DEL PAZIENTE	
FIRMA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	

Il medico che ha informato la paziente _____

Firma dell'Ostetrica/Infermiera _____

FOGLIO INFORMATIVO

Gentile Sig.ra _____ la informiamo che la presente "PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DELLE VITTIME DI VIOLENZA" prevede l'eventuale esecuzione di accertamenti clinici/di laboratorio, accertamenti strumentali, raccolta di materiale biologico a finalità forense, raccolta di indumenti, scarpe ed altri oggetti indossati, acquisizione di prove fotografiche delle lesioni presenti, trattamenti terapeutici specifici.

Tali accertamenti possono essere effettuati sia per la tutela della salute che per fini medico legali a disposizione dell'autorità giudiziaria.

Nello specifico gli accertamenti per la tutela della salute comprendono:

- **accertamenti clinici:** visita medica, visita ginecologica, ispezione del cavo orale, esplorazione rettale
- **accertamenti di laboratorio:** esami ematochimici, Beta HCG, eventuale dosaggio alcolemia e droghe di abuso, ricerca HIV Ab, ricerca virus Epatite B e C, ricerca Herpes 1 e 2 Ab, VDRL/FTA, IgM/TPHA/Clamydia Ab (IgM/IgG), tamponi vaginali per ricerca di Chlamydia, Trichomonas, Neisseria gonorrhoea.
- **accertamenti strumentali:** ecografia ginecologica, rx, altro
- **profilassi:** sieroprofilassi antitetanica, vaccino profilassi antitetanica, anti HIV, anti HBV, MTS (malattie sessualmente trasmissibili), profilassi post coitale.

Per quanto riguarda invece gli accertamenti a fini medico-legali, questi ricomprendono:

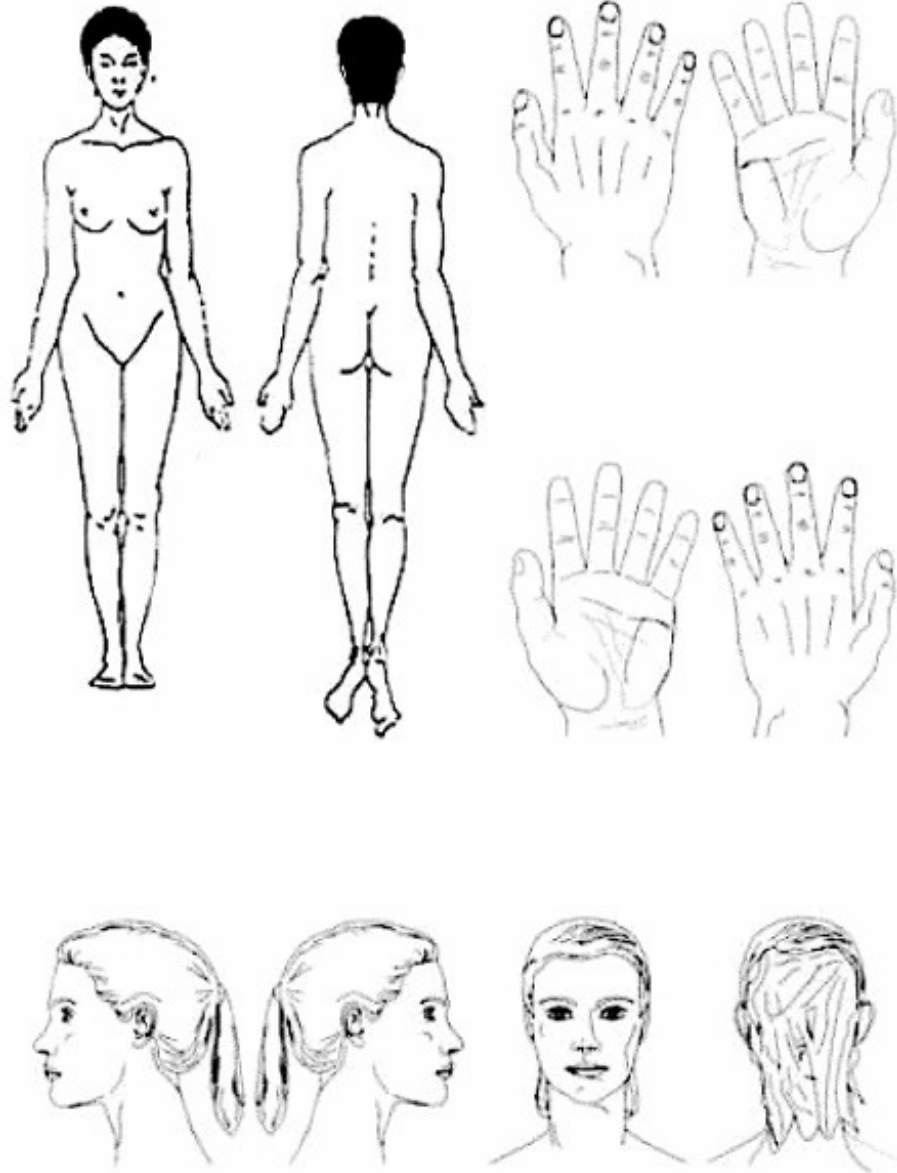
- Ricerca spermatozoi, tamponi per tipizzazioni genetiche (vaginali e rettali), eventuali esami tossicologici (in base al racconto, possono essere prelevati campioni per esami tossicologici ematici o sulle urine che verranno custoditi).
- Conservazione di indumenti con eventuali tracce di materiale biologico dell'aggressore, acquisizione di prove fotografiche delle lesioni presenti.

Gli accertamenti sopradescritti saranno effettuati con le dovute garanzie procedurali e seguiranno la catena di custodia. I suddetti prelievi saranno conservati per un anno presso

Sarà sua facoltà accettare, rifiutare o accettare con riserva l'effettuazione di quanto proposto; potrà inoltre avvalersi della facoltà di recedere in ogni momento.

ALLEGATO 4

ALLEGATO 4



ALLEGATO 5

ALLEGATO 5

GLOSSARIO DEI REPERTI

- **Arrossamento:** Si intende iperemia locale più o meno associata ad edema
- **Ipervascolarizzazione:** Chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero dei vasi e/o dilatazione dei vasi
- **Escoriazione:** Perdita di sostanza superficiale dell'epitelio in un'area più o meno estesa (es. lesione superficiale da graffio)
- **Perdita di sostanza:** Si intende una perdita di sostanza simile alla precedente ma che giunge fino allo stroma (guarigione che avviene per seconda intenzione con possibile tessuto di granulazione ed esiti cicatriziali)
- **Soluzioni di continuo:** Lesione discontinua (in genere lineare) con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto (es. taglio)
- **Ecchimosi:** Soffusione emorragica sotto epiteliale di cui è tassativo descrivere forma, dimensione e colore
- **Discromia:** variazione circoscritta di pigmentazione
- **Sinechie:** adesione tra superfici mucose e epiteliali non separabili senza cruentazione
- **Briglie periuretrali:** sottili pliche mucose a decorso concavo intorno all'ostio uretrale
- **Ragade:** ulcera demo-epidermica localizzata al fondo di una plica radiata, caratterizzata da scollamento dei bordi, talora con formazione di tasche ai due estremi e/o ai due poli, a forma di losanga o di racchetta. Il fondo può essere rossastro e sanguinante se recente, di aspetto torpido se cronica. Per altre lesioni tegumentarie che non presentino questi caratteri, si segnaleranno soluzioni di continuo oppure perdite di sostanza, a seconda delle circostanze.
- **Attenuazione dell'imene:** riduzione significativa dell'altezza imenale
- **Friabilità forchetta:** particolare sottigliezza della cute che determina una estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione
- **Convessità** (bump o mound): nodularità del bordo imenale di aspetto e colore sovrapponibili a quelli della membrana imenale stessa
- **Appendici** (tags): sono proiezioni di tessuto aventi caratteristiche di colore e consistenza analoghe a quelle della mucosa (o della cute) circostante; il loro sviluppo in lunghezza è maggiore che in larghezza

ALLEGATO 6

ALLEGATO 6

PROFILO 1

FOGLIO TRACCIABILITA' – COD.ROSA ESAMI EMATICI ELENCO DEI CAMPIONI DA PRELEVARE								
Esami Codice Rosa (Protocollo di accettazione SCS : COD. ROSA ESAMI EMATICI)								
Data prelievi:		U.O.C. Patologia Clinica Direttore f.f. Emanuela Moriconi						
N° accettazione								
Cognome e Nome								
Data di nascita								
Cod	Esame	Provette	Modalità di esecuzione	Campioni pervenuti in laboratorio	Campioni consegnati		Campioni accettati	
					FIRMA	OR A	FIRMA	ORA
433	B-HCG	1 Prov. Tappo verde	esami da eseguire in urgenza	<input type="checkbox"/> 1 Provetta Tappo VERDE				
1								
03	CREATININEMI A							
111	GPT							
140	SODIEMIA	1 Prov. Tappo Viola		<input type="checkbox"/> 1 Provetta Tappo VIOLA				
142	POTASSIEMIA							
201	EMOCROMO							

Gli esami eseguiti in urgenza debbono essere rilasciati, stampati ed inviati in busta chiusa al medico richiedente

ALLEGATO 6

PROFILO 2

FOGLIO TRACCIABILITA' – COD.ROSA VIROLOGICO ELENCO DEI CAMPIONI DA PRELEVARE								
Esami Codice Rosa (Protocollo di accettazione SCS : COD.ROSA VIROLOGICO)								
Data prelievi:		U.O.C. Patologia Clinica Direttore f.f. Emanuela Moriconi						
N° accettazione								
Cognome e Nome								
Data di nascita								
Cod	Esame	Provette	Modalità di esecuzione	Campioni pervenuti in laboratorio	Campioni consegnati		Campioni accettati	
					FIRMA	ORA	FIRMA	ORA
323	TMPA (0)	1 Prov. Tappo Rosso(**)	Gli esami verranno eseguiti nei giorni successivi in relazione alla seduta di routine. (0) In caso di positività verranno eseguiti esami di conferma.	<input type="checkbox"/> 1 Provetta Tappo ROSSO				
337	HSV(IgG1-IgG2-IgM1+2)							
703	Ab-HIV	1 Prov. Tappo Rosso(**)	esami da eseguire in urgenza	<input type="checkbox"/> 1 Provetta Tappo ROSSO				
1								
440	Hbs-Ag							
441	Hbs-Ab							
448	HCV							
ID	Prov.	1 Prov. Tappo Rosso(**)	da centrifugare, separare e conservare	<input type="checkbox"/> 1 Provetta Tappo ROSSO				
<input type="checkbox"/> Esami non eseguibili per mancato consenso informato. Campioni a disposizione in catena di custodia								