

“Se domani tocca a me, voglio essere l’ultima”

(Cristina Torres Càceres)

A chi sta affrontando l’oscurità con tenacia e coraggio,
possiate ritrovare la luce e spiegare le vostre ali.

A chi ce l’ha fatta e ha imparato ad amarsi,
possiate essere d’esempio per tutti.

A chi oggi non ha più voce,
possiate splendere ovunque voi siate.

SOMMARIO

ABSTRACT	pag.1
INTRODUZIONE	pag.2
CAPITOLO I. IL CONCETTO DI VIOLENZA, LE CONSEGUENZE E LA PRESA IN CARICO DELLE VITTIME	pag.3
1.1 Definizione di violenza.....	pag.3
1.2 Forme di violenza.....	pag.4
1.3 La spirale della violenza.....	pag.6
1.4 I dati ISTAT in Italia.....	pag.8
1.5 L’impatto della violenza di genere sul SSN.....	pag.10
1.6 I servizi a disposizione delle vittime di violenza.....	pag.11
CAPITOLO II. CLASSIFICAZIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA, CODICE ROSA	pag.14
2.1 Definizione Codice Rosa.....	pag.14
2.2 Storia ed evoluzione.....	pag.15
2.3 Percorso clinico assistenziale.....	pag.16
2.4 L’approccio dell’infermiere alla vittima di violenza.....	pag.18
2.5 Le responsabilità infermieristiche nella gestione del Codice Rosa.....	pag.19
2.6 Accettazione e accoglienza delle vittime nei Pronto Soccorso.....	pag.20
2.7 Raccomandazioni per l’assistenza alle vittime di violenza sessuale.....	pag.23
CAPITOLO III. GESTIONE DEL CODICE ROSA NELLA REALTA’ DI FERMO	pag.25
3.1 Modalità operative per la gestione del Codice Rosa nel Pronto Soccorso di Fermo.....	pag.25
3.2 Divisione delle azioni tra il personale di Pronto Soccorso.....	pag.27
3.3 Protocollo di Intesa “Rete territoriale locale antiviolenza”.....	pag.28
CONCLUSIONI	pag.32
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag.33
ALLEGATI	pag.36

ABSTRACT

Il Codice Rosa è un codice di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini, anziani e persone discriminate. Tale codice è gestito dal personale sociosanitario, magistrati, forze dell'ordine e si realizza con l'attivazione di un percorso di accoglienza protetto, attraverso il quale vengono garantite la privacy e l'incolumità fisica e psichica della persona. L'obiettivo principale dell'elaborato è quello di esaminare come il codice rosa viene implementato nei pronto soccorso e come gli infermieri sono coinvolti in questo processo. Per redigere questo studio è stata effettuata una revisione della letteratura. La ricerca è stata effettuata attraverso PubMed, Google Scholar, Medicalive, Istat (Istituto Nazionale di Statistica) e Gazzetta Ufficiale. Le parole chiave utilizzate sono: nurse, Emergency room, domestic violence, type of violence. Le fonti sono state selezionate su una base temporale di 22 anni, tenendo conto della loro pertinenza rispetto allo scopo della ricerca portata avanti in questa tesi. L'obiettivo principale ha la finalità di rilevare la modalità della presa in carico infermieristica della vittima di violenza nei pronto soccorso, in particolare nell'AST di Fermo, con lo scopo di capire se l'assistenza praticata sia sostenuta da un'adeguata professionalità o se sia necessaria una maggiore formazione del personale infermieristico. Dai dati emersi è possibile estrapolare le diverse responsabilità infermieristiche nel processo di accoglienza e assistenza alle vittime di violenza che si rivolgono al Pronto Soccorso. I risultati della ricerca evidenziano l'importanza di una formazione adeguata, aggiuntiva e continuativa del personale e di un approccio multidisciplinare nella gestione dei casi di violenza di genere. In conclusione, lo studio sottolinea l'importanza del codice rosa come strumento per affrontare la violenza di genere nei pronto soccorso e il ruolo fondamentale degli infermieri in questo contesto. Suggerisce inoltre possibili aree di miglioramento e raccomandazioni per la pratica futura.

INTRODUZIONE

Il problema della violenza di genere attanaglia ancora oggi circa il 31% della popolazione, perlopiù donne, con una fascia d'età compresa tra i 18 e i 34 anni. La violenza sulle donne è un fenomeno oggigiorno di alta rilevanza, poco dichiarato e di difficile trattazione dato l'importante impatto emotivo che induce sia alla vittima che al personale sanitario. Per le vittime che si recano presso una struttura sanitaria in seguito a un abuso, l'accesso al Pronto Soccorso è un momento cruciale ed estremamente delicato. A questo proposito, l'istituzione del cosiddetto "Codice Rosa" rappresenta una vera e propria innovazione in questo campo, infatti si tratta di un percorso specifico che identifica tali casi, consentendo un approccio mirato e tempestivo. Nella gestione di tale percorso entrano in gioco diverse figure tra cui: medici, infermieri, psicologi e forze dell'ordine. Il riconoscimento e la gestione del caso richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale. L'infermiere si occupa di assistere il paziente in tutte le fasi dell'iter, dal suo ingresso in Pronto Soccorso fino alla dimissione e, in collaborazione con il medico e con tutte le altre figure specialistiche, mette a disposizione le proprie competenze cliniche e relazionali per raggiungere un obiettivo comune: garantire il benessere della vittima e la sua protezione. Gestire le diverse dinamiche che ruotano attorno all'attivazione di un Codice Rosa, molto spesso risulta complicato e non alla portata di tutti. Un buon infermiere deve essere pronto a fronteggiare sia le criticità cliniche, qualora ci fossero, ma soprattutto quelle situazionali e relazionali. È importante che il paziente percepisca la professionalità, l'empatia, la disponibilità e la discrezione della figura professionale che lo sta assistendo in questo momento particolare. L'infermiere deve conoscere e saper portare avanti il percorso nella sua interezza, dando le giuste priorità e adottando le metodologie più appropriate. La lotta contro la violenza è una sfida che richiede grandi sforzi congiunti da parte della società, delle istituzioni e delle organizzazioni che mirano a offrire degli ambienti sicuri a supporto delle vittime. La nascita del Codice Rosa, a tal proposito, rappresenta sicuramente un enorme passo in avanti.

CAPITOLO I. IL CONCETTO DI VIOLENZA, LE CONSEGUENZE E LA PRESA IN CARICO DELLE VITTIME

1.1 DEFINIZIONE DI VIOLENZA

Ad oggi è appurata l'esistenza di diverse modalità per definire la violenza, tra queste vi è quella proposta dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che recita: "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". La definizione dell'OMS lega l'intenzionalità all'atto stesso, indipendentemente dall'esito che ne deriva, ed estende i limiti della natura di un atto violento espandendo così il concetto tradizionale di violenza. Sono inclusi quindi:

- Tutti quegli atti frutto di una relazione di potere (le minacce l'intimidazione e la negligenza);
- Tutti i tipi di abuso fisico (sessuale, psicologico, suicidio o autolesionismo);
- Atti di omissione;
- Ovvi atti violenti di perpetrare.

Questa definizione comprende un'ampia gamma di conseguenze, tra cui: i danni psicologici, oltre che fisici, la privazione e lo sviluppo inadeguato. Questo a dimostrazione che la violenza non causa necessariamente un infortunio o la morte, ma che comunque ha importanti conseguenze su individui, famiglie, comunità e sistemi sanitari in tutto il mondo. Tali conseguenze possono essere immediate o latenti e possono durare per anni dopo l'abuso iniziale. Considerare i risultati esclusivamente in termini di lesioni o morte risulta essere riduttivo ai fini della comprensione dell'impatto globale della violenza sugli individui, le comunità e la società nel suo complesso. Uno degli aspetti più intricati della definizione riguarda la questione dell'intenzionalità. A questo proposito, è importante sottolineare come l'intenzione di usare la forza non implica necessariamente anche l'intenzione di causare dei danni. Infatti, può verificarsi una significativa discrepanza tra un comportamento intenzionale e un risultato intenzionale. In aggiunta a questa prospettiva, è importante considerare anche la distinzione tra l'intenzione di causare una lesione e l'intenzione di "usare la violenza". L'OMS parla di violenza in relazione alla salute o al benessere degli individui; a tal proposito, sebbene alcuni comportamenti possano essere considerati da molti come una pratica culturalmente

accettabile, possiamo affermare come siano allo stesso tempo considerati “atti violenti” date le gravi implicazioni per la salute dell’individuo. Comprendere i diversi aspetti e la diversa natura degli atti violenti che siano essi: pubblici, privati, reattivi, proattivi, criminali e non criminali, è di fondamentale importanza per comprendere le cause della violenza e prevenirla. (1)

1.2 FORME DI VIOLENZA

La violenza può essere divisa in tre categorie tenendo conto delle caratteristiche dell’artefice della stessa.

- Violenza autoinflitta, in cui rientrano:
 - Comportamento suicidario (pensieri suicidari, tentato suicidio, suicidio);
 - Auto abuso (automutilazione).
- Violenza interpersonale, composta da due sottocategorie:
 - Violenza familiare e del partner, la quale comprende atti di violenza che hanno luogo tra membri della famiglia o tra partner, consumati prevalentemente, anche se non necessariamente, in ambiente domestico. Fanno parte di questo gruppo: abuso sui bambini, violenza da parte del partner e abuso su anziani;
 - Violenza nella comunità, che racchiude atti di violenza tra soggetti non facenti parte dello stesso nucleo familiare (conoscenti o non conoscenti) che si verificano perlopiù al di fuori delle mura domestiche. Rientrano in questa tipologia: violenza giovanile, atti casuali di violenza, stupro o atti di violenza sessuale da parte di sconosciuti e anche la violenza in ambienti come scuole, luoghi di lavoro, carceri e case di cura.
- Violenza collettiva, che si dirama in:
 - Violenza sociale: nasce con lo scopo di far prevalere particolari istanze sociali e si manifesta in diversi modi: crimini d’odio compiuti da gruppi organizzati, atti terroristici e mobbing;
 - Violenza economica: riconducibile ad atti commessi da ampi gruppi di persone accumulati dal desiderio di un guadagno economico; ne sono esempi: attacchi realizzati con lo scopo di porre fine a un’attività economica, la negazione all’accesso ai servizi essenziali, la creazione di divisione e frammentazione economica
 - Violenza politica: guerre e annessi conflitti violenti, violenza di Stato e atti simili sempre compiuti da grandi gruppi. (1)

Le modalità con le quali si pone in essere la violenza sono diverse:

- Di natura fisica. Con il termine “violenza fisica” si intende un’interazione che si basa sull’uso della forza fisica e sull’aggressione volontaria. L’intento è quello di danneggiare il corpo della vittima e infliggere dolore usando fonti di pericolo associate alla forza fisica dell’aggressore; è inoltre spesso accompagnata da altri tipi di offese: attacchi verbali (insulti, umiliazioni e minacce) e pratiche negative (privazione della libertà). Si tratta di una delle forme di violenza che può provocare le conseguenze più gravi e intense, infatti il rischio di subire danni permanenti alla salute è molto alto, tenendo conto ovviamente della forza esercitata, dei mezzi e della durata delle aggressioni. Il pericolo cresce quando il danno fisico è continuo e può portare anche a problemi psicologici oltre che alla morte. Questo è uno dei tipi di violenza più semplici da riconoscere, infatti le vittime presentano spesso evidenti segni di lesioni fisiche o comportamenti schivi, tendenti all’isolamento.
- Di natura sessuale. La violenza sessuale si pone in essere quando un soggetto servendosi della propria forza, della propria autorità o di un elemento che gli dà il controllo, obbliga terzi a prendere parte o a subire pratiche sessuali in assenza del loro consenso agli atti. Gli aggressori si servono di diverse strategie per compiere tutto ciò, tra cui: azioni, soprusi o minacce (sia esplicite, che implicite). La violenza sessuale può essere indentificata come anche “violenza carnale”, o “stupro” ed è ritenuta un crimine grave dalla Corte penale internazionale. (2). Se applicata in sede di conflitto come mezzo per sottomettere e umiliare le popolazioni dei territori occupati è riconosciuta come crimine di guerra. (3)
- Di natura psicologica. La violenza psicologica non implica l’uso della forza fisica, si serve bensì di altri mezzi di dominio e sopraffazione come: comportamenti, parole, gesti, maltrattamenti morali, minacce e pressioni psicologiche. Le vittime di questo tipo di violenza subiscono molto spesso dei veri e propri traumi che causano ansia, depressione e disturbo da stress post traumatico. (4) Molto spesso risulta difficile da parte di chi la subisce accorgersi della molestia in atto, perché condizionato e assuefatto da essa stessa. Purtroppo sempre più spesso questo avviene nei luoghi di lavoro sotto forma di “bossing” o di “mobbing”.
- Connessa a privazione o incuria. Si tratta di un tipo di violenza che comprende diversi atteggiamenti quali: malnutrizione, inerzia, scarsa igiene, incuria, mancanza di protezione nei confronti di un altro soggetto. Il rischio per chi subisce questa violenza è quello di imbattersi in un ritardo nello sviluppo affettivo dato dalla mancanza del sostegno psicologico necessario.

In aggiunta a tutto ciò, è possibile classificare ulteriori tipi di violenze meno conosciuti:

- Abuso genitoriale;
- Abuso maschile;
- Violenza basata sull'onore;
- Intimidazione sessuale online;
- Stalking;
- Tratta degli esseri umani;
- Mutilazione genitale femminile;
- Violenza contro il bambino non ancora nato;
- Sindrome del bambino scosso;
- Falsificazione delle condizioni pediatriche;
- Prostituzione giovanile;
- Testimonianza di separazioni ad alto conflitto. (5)

1.3 LA SPIRALE DELLA VIOLENZA

La cosiddetta “spirale della violenza” è un costrutto teorico, secondo cui la violenza non è solo un insieme di aggressioni verbali e fisiche, ma anche un processo complesso, in cui l’abusante definisce e dà significato alle azioni e pensieri del partner, senza possibilità di contraddittorio, e la vittima costruisce una rappresentazione di sé come soggetto dipendente dall’aggressore. Questa spirale di violenza non sempre si manifesta esplicitamente sin da subito, ma presenta un’escalation di gravità che si evolve, articolandosi in più fasi che seguono delle leggi basilari. Si articola quindi in diverse fasi che si ripetono ciclicamente, facendo crescere sempre di più il livello di intensità. Affinché questa spirale si inneschi, l’abusante usa tecniche di potere-controllo e manipolazione sulla vittima e, con il ripetersi delle fasi della violenza, la vittima acquisisce passività e si abbandona al ciclo. Le fasi in questione sono:

1. Fase di accumulo della tensione. Si tratta del primo anello del ciclo della violenza, la quale può colpire chiunque: le donne, gli uomini e anche i bambini. In questa fase, la tensione tra l’aggressore e la vittima aumenta gradualmente, ma non si manifesta ancora con violenza fisica. L’aggressore, che può essere il partner, il marito, il fidanzato, o anche un familiare, inizia a mostrare comportamenti violenti di tipo psicologico, come aggressioni verbali, umiliazioni, offese, minacce, isolamento, controllo, manipolazione, ecc. Questi

comportamenti hanno lo scopo di indebolire la vittima, di farla sentire in colpa, di farle perdere la fiducia in se stessa, negli altri e di renderla dipendente dall'aggressore. La vittima, che spesso prova un sentimento d'amore o comunque di affetto per l'aggressore, spera che cambi, cerca di evitare le violenze, adottando comportamenti concilianti, rassicuranti e sottomessi. Si impegna a capire cosa scatena la rabbia dell'aggressore, cerca di non irritarlo, di accontentarlo, di calmare la situazione. Pensando di poter controllare la circostanza e di risolvere i conflitti, la vittima tende anche a autoaccusarsi, a giustificare il comportamento dell'aggressore, a negare o minimizzare la gravità della situazione. L'aggressore, invece, è sempre più teso, irritabile e imprevedibile. Si infuria per motivi futili, giustificando il suo comportamento ostile con scuse come lo stress, il lavoro, i soldi, o addirittura accusa la vittima di provocarlo o, ancora peggio, di essere parte del problema. Questa fase non ha una durata definita, può durare settimane, mesi o anche anni.

2. Fase dell'aggressione o dell'esplosione della violenza. Questa fase è la più breve e la più violenta del ciclo. A questo punto l'aggressore perde completamente il controllo e attua dei comportamenti violenti, che possono essere di tipo fisico, psicologico o sessuale. Il suo obiettivo è quello di dimostrare il proprio potere e dominio sulla vittima, la quale si sente impotente, stupita e terrorizzata di fronte a quello che le succede. Subisce la violenza passivamente per paura, oppure perché si sente responsabile della stessa. Tende a isolarsi e a non chiedere aiuto, per vergogna o nella speranza che le cose cambino, che si tratti solo di episodi isolati e che addirittura questi siano dimostrazioni di amore/affetto. Con lo scopo di evitare un aumento della violenza, la vittima assume infine un atteggiamento di sottomissione e di accettazione. Questa fase termina quando l'aggressore si calma o si allontana, ma nel mentre è importante sottolineare quanto questa sia una fase pericolosa, perché la vittima rischia di subire danni fisici e psicologici gravi e irreversibili, e anche di perdere la vita. È una fase molto difficile da interrompere, perché la vittima non ha la consapevolezza di essere vittima, non ha la fiducia in se stessa e negli altri, non ha le risorse per uscire dalla situazione, ed è anche molto ingannevole, poiché la vittima si illude che la violenza finisca qui, che l'aggressore si sia sfogato, che tutto possa tornare alla normalità. Invece, la violenza non finisce, ma si ripete, in un ciclo che si fa sempre più frequente e intenso.
3. Fase del pentimento. Chi attua la violenza a questo punto, da un lato chiede scusa, minimizza il suo comportamento e promette di cambiare, di non ripetere più quelle violenze, dall'altro cerca di discolparsi, sostenendo che è stata la vittima stessa a

provocarlo, oppure che ha perso il controllo per altri motivi. Chi subisce gli abusi, essendo in preda allo spavento e allo stress, si convince di dover cambiare al fine di evitare la violenza.

4. Fase di riconciliazione o luna di miele. Questa fase è la più ingannevole del ciclo della violenza domestica, perché sembra che la violenza sia finita e che la relazione sia tornata alla normalità, l'aggressore promette che non ripeterà mai più il comportamento violento, in quanto pentito di ciò che è accaduto. Egli usa strategie di manipolazione emotiva cosicché la vittima riesca a "dimenticare" quanto accaduto e nella maggior parte dei casi questa tattica ha successo. Il senso di colpa e la vergogna che pervadono la vittima fanno sì che si arrivi addirittura a temere il giudizio altrui e quindi a isolarsi. Proprio per questo si innesca il meccanismo della negazione riguardo l'aver subito degli abusi. La vittima non chiede aiuto, non denuncia, non si separa dall'aggressore, anzi, lo difende e giustifica il suo comportamento. Si tratta di una fase molto pericolosa, perché la vittima si illude che la violenza sia finita, ma in realtà si ripeterà, in un ciclo che si fa sempre più frequente e intenso.

Un soggetto protagonista di almeno due cicli di violenza, risulterà essere sempre meno capace di porvi fine. (6)

1.4 I DATI ISTAT IN ITALIA

I dati qui di seguito riportati sono frutto di uno studio condotto dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) in collaborazione con il Ministero della Salute, che esamina il fenomeno della violenza e le sue conseguenze sulle vittime che si rivolgono ai servizi ospedalieri. Lo studio pone una particolare attenzione all'analisi di genere, evidenziando perlopiù la situazione delle donne vittime di violenza. Lo studio si interessa a uno spazio temporale che va dal 2017 al 2021 (anno dell'ultima revisione). Dai dati emersi si evince innanzitutto come il genere femminile sia maggiormente colpito (11.771 casi su un totale di 12.780 accessi), rispetto a quello maschile (10.246 casi su 10.844 accessi totali). Dal 2017 al 2020, seppure si tratti del periodo di pandemia da Covid-19 dove l'accesso alle strutture sanitarie era più limitato, questi valori risultano essere in crescita costante: si passa da uno 0,14% a uno 0,19%. La fascia d'età maggiormente interessata per le donne è quella tra i 18 e i 34 anni (0,09%), seguita dalla fascia tra i 35 e i 49 anni (0,07%); le minorenni e le donne tra i 50 e i 64 anni hanno accessi inferiori alla media (0,04%-0,03%); le donne oltre i 65 sono invece in netta minoranza (0,01%). Gli uomini hanno accessi simili per età, ma con valori più bassi rispetto alle donne (10.246

per un totale di 10.844 accessi), infatti anche per loro l'età più gettonata è quella tra i 18 e i 34. In merito all'origine delle donne che si rivolgono al PS in codice rosa, risulta spiccata la prevalenza di donne di origini straniere (0,39%), rispetto alle italiane (0,17%). Le vittime di violenza che si recano in Pronto Soccorso nella maggior parte dei casi lo fanno tramite il proprio mezzo di trasporto (il 61,3% degli accessi in codice rosa nel 2021); a partire dal 2017, però, si registra una diminuzione degli accessi per violenza con questa modalità e un aumento tramite il sistema 118 (da 21,8% a 31,4%). Una volta effettuato il triage, il soggetto viene sottoposto a una visita medica che nel 75% dei casi, tra il 2017-2019, si conclude con l'assegnazione di un codice colore verde (minore urgenza). Nel 2020 si assiste a una diminuzione di questa percentuale (65,9% nel 2020 e al 60,3% nel 2021); aumenta al contempo la quota di codici gialli (urgenza e urgenza differibile): da 12,8% nel 2017 a 25,1% nel 2020 e 27,7% nel 2021. I dati in questione simboleggiano in primis l'aggravarsi delle violenze, e in secondo luogo un maggior rispetto delle "Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza" (DPCM 24/11/2017). Nei casi di violenza è infatti prevista l'assegnazione di un codice colore giallo o equivalente, per garantire la rapidità della visita medica (max 20 min di attesa) e per scongiurare il rischio di rinunce e abbandoni volontari. L'83,8% delle donne vittime di violenza dopo il percorso svolto in pronto soccorso, viene dimesso al proprio domicilio; il 2,9% va incontro a un ricovero ospedaliero; il 4% abbandona il PS prima o durante le visite; il 3% rifiuta il ricovero indicato. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso, sia per le donne che per gli uomini, varia in base alle regioni per tre motivi principali: la popolazione residente, la diversa diffusione del fenomeno della violenza e la diversa capacità di riconoscerlo. Proprio a questo proposito alcune analisi del Ministero della Salute mostrano che le iniziative di formazione fatte in alcune regioni negli ultimi anni aumentano la capacità di "riconoscere" i casi di violenza e, quindi, di rilevarli nei dati amministrativi. Le caratteristiche dei ricoveri sono diverse tra uomini e donne: gli uomini vengono ricoverati principalmente per lesioni causate da altre persone (circa 91%), mentre le donne vengono ricoverate anche per maltrattamenti, problemi familiari, sospetta violenza e anamnesi di violenza. L'esecutore della violenza viene indicato dalle donne solo nel 10,8% dei ricoveri e dagli uomini nel 3,4%, nel biennio 2020-2021; nella maggior parte dei casi, infatti, si tratta di una "persona non specificata" (2,5% e 1,5%). Tra il 2020 e il 2021 si assiste a un incremento del fenomeno della violenza familiare (dal 4,1% al 5,2%) denunciato perlopiù da donne mediante il numero "1522". L'ipotesi più accreditata è quella che questo aumento sia stato favorito dalle misure restrittive in vigore in quegli anni, che azzeravano il rischio di violenza da parte di estranei. Nello stesso periodo diminuisce la dimissione volontaria (da 10,6% a 8,3%), soprattutto tra le minorenni (da 6,6% a 3,2%) e le giovani donne (da 17,4% a 15,5%), ma aumenta la dimissione per trasferimento (da 6,2% a 8,4%) e la quota di decessi

(da 0,7% a 0,9%). La dimissione volontaria è più frequente tra le donne straniere (12,2%), rispetto alle italiane (6,8%), in particolare nelle età più a rischio di violenza: 18,5% tra le straniere di 18-34 anni e 13,3% tra quelle di 35-49 anni. Prendendo in considerazione i ricoveri in codice rosa nei cinque anni esaminati (2017-2021), è visibile come il 97,4% delle donne abbia subito un solo ricovero, mentre il 2,5% più di uno. (7)

1.5 L'IMPATTO DELLA VIOLENZA DI GENERE SUL SSN

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la violenza di genere come un grande problema da attenzionare sul piano della salute, infatti non a caso le vittime di violenza sono maggiormente esposte allo sviluppo di conseguenze potenzialmente gravi sia fisiche, che psicologiche (bassa autostima, ansia, depressione, stress post-traumatico, suicidio o tentato suicidio, disturbi alimentari, disturbi ossessivi). Queste ripercussioni hanno un costo e a questo proposito, prendendo in considerazione come paese l'Italia, si fa riferimento sia al carico che subisce il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), sia alle prestazioni private che vengono erogate per curare i danni riportati dalle vittime. In termini di indagine quantistica, risulta molto più semplice indagare i costi sanitari nei casi di lesioni gravi che necessitano un immediato accesso in Pronto Soccorso (lesioni, fratture, morte, aborto o lesioni genitali); nel caso invece di danni di minore entità o che si manifestano in maniera tardiva (disturbi ginecologici, cefalea persistente, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari, dolori ossei e articolari, malattie della pelle, comportamenti autolesivi), risulta difficile in quanto non sempre la correlazione tra la sintomatologia e l'episodio di violenza è eclatante a causa di diversi fattori (negazione della vittima, scarso controllo delle strutture sanitarie, ecc.). Si constata che il bisogno da parte delle vittime di violenza di ricorrere a cure sanitarie è di 3 volte superiore rispetto al resto della popolazione; inoltre è importante considerare che i protagonisti della violenza non sono solo quelli che la subiscono direttamente, bensì questo fenomeno lascia strascichi anche a chi ne è spettatore (sono stati riscontrati problemi comportamentali e fisici anche nei bambini che hanno assistito a episodi di violenza). Spostando invece l'attenzione su un piano prettamente monetario, risulta visibile in modo in cui, anche in questo caso, la violenza risulta essere un problema. Le finanze statali ne risentono, in quanto devono far fronte a diverse necessità conseguenti all'evento:

- Assistenza medica;
- Polizia;
- Sistema giudiziario;
- Alloggio;
- Servizi sociali;

- Riduzione della partecipazione nel mercato del lavoro;
- Ridotta produttività nel lavoro;
- Minore reddito;
- Aumento dell'assenteismo;
- Impatto di produttività intergenerazionale dovuto alla ripetizione;
- Di anni scolastici e minore livello di istruzione raggiunto dai bambini;
- Riduzione degli investimenti e del risparmio.

Tra queste, a farsi carico delle spese sanitarie il SSN, che ha sulle spalle diversi costi:

- Costi per le prestazioni dei Pronto Soccorso;
- Costi per i ricoveri in Ospedale;
- Costi per le visite specialistiche presso Ospedali, ASL territoriali, Strutture e medici privati;
- Costi per le visite mediche generiche;
- Costi per il consumo di Farmaci;
- Costi per gli esami medici.

Dal punto di vista istituzionale, sono le Regioni che hanno il compito di gestire le prestazioni sanitarie sia di tipo ospedaliero che territoriale. Il costo della Sanità Pubblica in Italia nel 2012 è stato di 112 miliardi di Euro. Da questa cifra si cerca di estrapolare il costo relativo agli episodi violenti avvenuti nell'anno in questione, facendo riferimento ai dati Istat che riportano il numero delle vittime e i relativi danni per cui sono stati necessari ricoveri in Pronto Soccorso (visite specialistiche, esami, ecc.); a questi numeri si è reso necessario aggiungere una stima delle donne straniere vittime di violenza che non erano incluse nell'indagine esaminata. Al risultato ottenuto vanno addizionati anche i costi inerenti a lesioni che non hanno richiesto ricoveri ospedalieri e lesioni a medio e lungo termine. Il risultato finale del costo sanitario così stimato è stato di una somma compresa tra i 304,4 e i 616,4 milioni di Euro, con una media totale di 460,4 milioni di Euro. Si stima che solo nel 3,3% dei casi in cui le donne hanno subito violenza, abbiano avuto bisogno di cure ospedaliere; di conseguenza nel restante 96,7% dei casi non è stato richiesto un intervento in Pronto Soccorso, ma hanno comunque subito delle ripercussioni sulla loro salute e dei costi associati. (8)

1.6 I SERVIZI A DISPOSIZIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA

In caso di violenza lo Stato mette a disposizione diversi servizi a cui far riferimento per denunciare l'accaduto e ricevere assistenza:

- Numero d'emergenza 112;
- Numero antiviolenza e anti stalking 1522. Si tratta di un numero attivo h 24, 7 giorni su 7 (anche nei giorni festivi), gratuito, accessibile sia da rete fissa che mobile dall'intero territorio

nazionale. Gli operatori rispondono, oltre che in lingua italiana, anche in inglese, francese, spagnola e araba; inoltre è disponibile anche una chat accessibile tramite l'app (sia per IOS, che per Android), oppure tramite il sito ufficiale del 1522;

- App della Polizia di Stato YouPol;
- Pronto soccorso della propria zona dove verrà attivato un percorso appropriato;
- Consultori;
- Centri antiviolenza;
- Farmacie, dalle quali è possibile ricevere informazioni su come muoversi;
- Telefono verde AIDS e IST 800 861016, dedicato alle vittime di violenza sessuale. Si tratta di un servizio attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 18 e accessibile anche tramite il sito www.uniticontrolaids.it;
- Poliambulatorio dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), dove dal 2021 è attivo un servizio a disposizione delle donne fragili che necessitano assistenza sanitaria o psicologica (Servizio Salute e Tutela della Donna). (9)

Secondo un'indagine Istat, in collaborazione con l'Istituto di ricerche sulla popolazione e politiche sociali (Irpps) e con il Dipartimento per le Pari Opportunità, effettuata nel 2017, emerge che in Italia vi fossero 338 centri e servizi dedicati all'assistenza delle donne vittime di violenza. Il settentrione e il centro contano una media di 1,2 centri e servizi antiviolenza ogni 100.000 donne di 14 anni o più, mentre il meridione ha una media di 1,5 centri o servizi ogni 100.000 donne; fanno eccezione regioni come: Molise (2,1), Campania (2,0), Sicilia (<1), Abruzzo (2,3), Basilicata (<1), Lazio (<1), Provincia autonoma di Bolzano (2,3). I centri antiviolenza, insieme ai servizi locali e alla rete territoriale sono un importante snodo per le vittime che necessitano assistenza dopo aver subito violenza. La vittima rivolgendosi a questi servizi, ha la possibilità di accedere a prestazioni di fondamentale importanza:

- Colloqui di accoglienza, orientamento e accompagnamento ad altri servizi locali;
- Consulenze psicologiche e legali;
- Supporto all'inserimento lavorativo e all'autonomia lavorativa;
- Possibilità di alloggiare in maniera sicura (Case rifugio a indirizzo segreto);
- Valutazione del rischio;
- Supporto all'autonomia abitativa;
- Accoglienza in emergenza e pronto intervento;
- Servizi rivolti a minori e donne migranti;

- Sostegno alla genitorialità;
- Mediazione linguistica-culturale.

L'82,2% dei centri/servizi garantisce un'assistenza continua essendo attivi più di 5 giorni a settimana. La richiesta d'aiuto avviene in diverse modalità, la più diffusa è l'uso del numero di pubblica utilità 1522, seguita poi dal contatto con il 112 o con le segreterie delle diverse strutture. Esiste una rete territoriale anti violenza a cui partecipa il 77,2% dei centri/servizi, soprattutto quelli del Nord Italia. La garanzia dell'anonimato e della privacy è presente nella maggior parte dei casi (80%) grazie a un codice deontologico che regola la riservatezza professionale e l'anonimato degli operatori. I fondi a favore di questi centri/servizi provengono perlopiù dalle casse dello Stato (75,4%); oltre a questi si aggiungono anche fondi privati provenienti da; enti, associazioni, fondazioni, aziende o privati cittadini; e infine alcuni progetti specifici (tematiche di genere, pari opportunità, prevenzione e contrasto della violenza) vengono finanziati dall'Unione Europea. (10) (11)

CAPITOLO II. CLASSIFICAZIONE DELLE VITTIME DI VIOLENZA, CODICE ROSA

2.1 DEFINIZIONE DI CODICE ROSA

Il Codice Rosa è un percorso di accesso al Pronto Soccorso rivolto alle fasce deboli della popolazione, ovvero a tutti quei cittadini che possono essere maggiormente esposti a episodi di abuso e di violenza (donne, minori, anziani, disabili, omosessuali); garantisce loro un percorso di tutela gestito da una squadra (task force) formata da personale socio-sanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi), magistrati, ufficiali e sottufficiali di Polizia giudiziaria. Nasce con lo scopo di offrire una risposta tempestiva e qualificata, assicurando assistenza sanitaria e giudiziaria alle diverse tipologie di vittime di violenza, in particolare donne che subiscono violenza di genere (Percorso Donna) o vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione (Percorso per le vittime di crimini d'odio). All'interno dello stesso Pronto Soccorso si delinea un itinerario diverso da quello seguito da tutti gli altri casi: la vittima si reca presso una stanza riservata (Stanza Rosa) accompagnata da personale specializzato. Qui si svolgono inizialmente tutte le raccolte dati del caso utili per l'esecuzione dei primi atti di indagine da parte delle Forze dell'Ordine, si procede con la creazione di una cartella clinica innovativa e più approfondita utile anche all'Autorità Giudiziaria e infine vengono erogate le prestazioni sanitarie necessarie. Il fulcro di questo iter è la vittima stessa, infatti è prioritario: tutelare la privacy, assicurare un intervento rapido contro i responsabili del crimine, rispettare i silenzi e le volontà decisionali in merito al tipo di percorso da seguire dopo le prime cure (giudiziario, socio-assistenziale, nessuno). Il Codice Rosa può essere attivato a prescindere dalla modalità di accesso al servizio sanitario e in qualsiasi momento; prevede inoltre anche l'allerta e l'avviamento dei successivi percorsi territoriali, al fine di garantire un'assistenza continua e olistica. Numerosi enti e istituzioni collaborano nella realizzazione e nel funzionamento di questo iter, prima fra tutti la rete territoriale dei Centri Antiviolenza. La formazione rappresenta un elemento cruciale nella realizzazione di questo percorso, infatti tutte le diverse figure professionali coinvolte godono di una formazione interdisciplinare e continua che si basa su temi specifici e tiene conto di quelli che sono gli aspetti organizzativi e progettuali. L'intera Task Force impegnata nella realizzazione e nel funzionamento del Codice Rosa persegue degli obiettivi ben precisi:

- Riconoscere tempestivamente i casi di violenza, fornire cure mediche e garantire dei percorsi adatti;

- Organizzare e instaurare una collaborazione tra diverse istituzioni coinvolte;
- Assicurare la continuità assistenziale nel territorio e fornire tutela e protezione alle vittime in base alle loro esigenze;
- Offrire interventi organici su tutto il territorio regionale;
- Prevenire e combattere la violenza, individuando e punendo adeguatamente coloro che la perpetrano.

La legge italiana cita l'istituzione di questo percorso nella Legge del 28/12/2015 n.208 comma 790 (12), dove vengono riportati gli scopi e regolate le risorse finanziarie destinate al progetto. (13) (14)

2.2 STORIA ED EVOLUZIONE

La nascita del Codice rosa getta le sue fondamenta nel 2007 in Toscana con l'emanazione della Legge regionale n. 59 "Norme contro la violenza di genere" (15). La necessità di regolare a livello giuridico il fenomeno della violenza nasce dal cospicuo aumento della richiesta di aiuto da parte delle vittime, le quali hanno sempre più l'estremo e l'urgente bisogno di essere tutelate anche attraverso l'attuazione di misure mirate ed efficaci. A tal proposito, a partire dal 2009, l'Osservatorio Regionale inizia a mettere a punto i dati forniti dai Centri Antiviolenza della regione, per poi creare un rapporto annuale sulla violenza di genere in Toscana: punto di partenza essenziale per la creazione di progetti di prevenzione validi. In questo clima di ricerca e innovazione, nel 2010 a Grosseto, l'Azienda USL 9 propone e inizia a mettere in atto un programma sperimentale: nasce ufficialmente il Codice Rosa. La scelta di definirlo "rosa" è stata fatta con l'intento di creare un riferimento alla rosa bianca, rappresentativa di tutte quelle persone ritenute fragili e quindi maggiormente esposte a episodi di violenza. Nel 2011 anche altri enti regionali decidono di prendere parte a questo progetto-pilota offrendo la loro collaborazione, che viene sancita ufficialmente da un Protocollo di intesa tra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica di Firenze; da qui prende vera e propria vita una cosiddetta "Task Force" interistituzionale al completo servizio delle vittime di violenza. Il Codice Rosa a questo punto può essere definito un progetto regionale provvisto di iter specifici in base alle diverse necessità e situazioni, i quali vengono divulgati presso le varie aziende sanitarie della regione Toscana a partire dal 2014. Il 5 dicembre del 2016, grazie alla delibera della Regione, viene fondata la Rete Regionale Codice Rosa a favore delle vittime di violenza. Si tratta di una rete "tempo dipendente", ovvero di un sistema in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire

risposte immediate alle esigenze di cura e collocazione delle vittime attraverso percorsi specifici. A livello nazionale, il modello regionale toscano è stato di grande ispirazione, tanto da essere adottato in tutta Italia e inserito in una norma specifica: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza” (16). (17)

2.3 PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

Il percorso clinico-assistenziale del “Codice Rosa” ha inizio a partire dall’accesso della vittima presso un qualsiasi Pronto Soccorso, questo può avvenire attraverso varie modalità:

- Spontaneamente (sola o accompagnata);
- Accompagnata dal 118 con o senza intervento delle forze dell’ordine;
- Accompagnata dalle forze dell’ordine;
- Accompagnata da operatori dei Centri antiviolenza;
- Accompagnata da altri enti pubblici o privati;
- Accompagnata da persone non identificate;
- Accompagnata dall’autore della violenza.

L’iter è applicabile sia a soggetti di nazionalità italiana, che straniera e anche ai minori di 18 anni come riportato nell’art. 3 lettera f della Convenzione di Istanbul (18). Nell’area di accoglienza del Pronto Soccorso, viene disposto materiale divulgativo (sia stampato che digitale), facilmente visibile e intellegibile da tutti (stranieri, portatori di handicap, ecc.), che includa informazioni su:

- Tipi di violenza;
- Conseguenze della violenza;
- Leggi applicabili;
- Informazioni circa i servizi locali (pubblici o privati) dedicati;
- Servizi che offrono assistenza a minori testimoni o vittime di violenza;
- Informazioni sul numero di pubblica utilità (1522).

Per quanto riguarda l’assegnazione del codice colore alla vittima di violenza, a meno che non sia indispensabile assegnare un codice di emergenza immediata (rosso o simile), è importante garantire una priorità di urgenza (codice giallo o analogo) per assicurare un accesso rapido alla visita medica (generalmente con un tempo d’attesa non superiore ai 20 minuti), minimizzando così il pericolo di ripensamenti o fughe volontarie. In aggiunta al codice triage, verrà attribuito al paziente un

identificativo specifico per il Percorso Rosa, stabilito secondo le procedure organizzative del Pronto Soccorso di riferimento. Questo identificativo contribuisce a definire e attivare il Percorso di assistenza previsto. Nel caso in cui a presentarsi presso la struttura ospedaliera sia una donna accompagnata da figli/e minori, si ritiene opportuno che anche loro partecipino allo stesso iter. Dopo aver effettuato il triage, l'assistito viene condotto in uno spazio riservato, distinto dalla sala d'attesa principale, che garantisca la sua protezione, sicurezza e confidenzialità e dove avrà inizio la visita medica. Qualsiasi accompagnatore, esclusi i figli minori, dovrebbe essere inizialmente invitato a lasciare l'area; in seguito, solo se il paziente lo richiede, può essere ammesso nell'area riservata. Questo spazio dedicato dovrebbe essere il solo ambiente dove l'assistito riceve visite mediche e viene sottoposto a tutti gli esami strumentali e clinici necessari. È anche il luogo designato per l'ascolto e il primo supporto, dove si può raccogliere materiale importante per un'eventuale denuncia, sempre nel massimo rispetto della privacy della vittima. Il processo di assistenza clinica si articola nelle seguenti tappe fondamentali:

- Accoglienza del paziente, identificazione dei segnali di allarme, sia di natura psicologica che fisica, attraverso un'attenta valutazione anamnestica e uno screening mirato mediante quesiti specifici;
- Ottenimento del Consenso Informato, raccolta del consenso del paziente per il trattamento dei dati personali e per la raccolta di evidenze forensi, qualora si tratti di episodi di violenza sessuale;
- Raccolta Anamnestica Dettagliata, documentazione esaustiva della cronistoria medica relativa all'aggressione subita dal paziente;
- Esame Fisico Completo, valutazione approfondita dello stato di salute del paziente mediante un esame obiettivo generale;
- Raccolta di Prove, acquisizione di materiale probatorio, che può includere documentazione fotografica e prelievi biologici, come tamponi;
- Indagini Diagnostiche, realizzazione di esami strumentali e analisi di laboratorio per una diagnosi accurata;
- Interventi Terapeutici, somministrazione di profilassi e trattamenti necessari in risposta alle condizioni cliniche del paziente;
- Consultazioni specialistiche, richiesta di pareri da parte di specialisti per una valutazione multidisciplinare.

Terminate tali attività, si procede con:

1. Individuazione di una diagnosi e correlata prognosi;

2. Valutazione del rischio, di cui se basso il soggetto viene rinvio al domicilio con informazione dei servizi antiviolenza, mentre se medio/alto si prendono in considerazione opzioni come il ricovero (obi), o il dislocamento presso altre strutture come le case rifugio;
3. Attivazione della rete antiviolenza territoriale. (16)

2.4 L'APPROCCIO DELL'INFERMIERE ALLA VITTIMA DI VIOLENZA

L'infermiere coinvolto nella gestione dei casi di vittime di violenza deve operare in base alle proprie abilità, adottando però una strategia unitaria e coordinata che mira unicamente al beneficio del soggetto, assicurandogli il mantenimento del proprio controllo personale sulle decisioni da prendere. L'assistenza erogata deve essere completa e comprende: supporto, guida e consulenza, assicurando la protezione e la sicurezza dell'assistito in ogni fase del processo. L'infermiere responsabile del sostegno alla vittima deve:

- Comunicare efficacemente, utilizzando un linguaggio chiaro e comprensibile, fruibile anche a coloro che hanno disabilità sensoriali, cognitive o relazionali;
- Ascoltare attivamente, mostrando empatia e un atteggiamento libero da pregiudizi;
- Costruire un rapporto di fiducia, che incoraggi la donna a procedere con le fasi successive del supporto, rispettando sempre la sua libertà di scelta e autodeterminazione.

Assicurare un supporto che risponda in modo appropriato alle esigenze psicologiche e di salute della donna è fondamentale e contribuisce, inoltre, a creare un ambiente di cura che sostiene la vittima nel suo percorso di guarigione ed empowerment. Soprattutto nei casi di violenza sessuale, gioca un ruolo importante il recupero dell'integrità della propria immagine ed è fondamentale coadiuvare il soggetto in questo processo estremamente delicato e difficile. Nell'interazione con la vittima, risulta cruciale porre le domande in modo delicato e rispettoso: preferendo l'uso di domande aperte; evitando di rivolgere i quesiti in maniera troppo diretta o invasiva, in modo tale da scongiurare la rievocazione del trauma subito. Durante l'analisi degli eventuali segni fisici provocati dalla violenza, l'infermiere deve necessariamente limitarsi alla mera analisi oggettiva degli stessi, senza entrare nei dettagli specifici dell'episodio che li ha arrecati. Questo approccio aiuta a creare un ambiente di fiducia e supporto, dove il paziente si sente ascoltato e rispettato. Tutti gli interventi sia farmacologici, che non, a cui viene sottoposta la vittima vanno accuratamente illustrati dal personale sanitario con un linguaggio appropriato e preciso, usando un tono rassicurante e mai schivo. La salute e il benessere della vittima sono le priorità assolute e vanno garantite durante tutto il percorso. (16)

2.5 LE RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE DEL CODICE ROSA

All'interno dell'iter relativo al Codice Rosa, l'infermiere ha un ruolo fondamentale, in quanto l'operatore del triage è il primo interlocutore della vittima che giunge al Pronto Soccorso. Il primo compito dell'infermiere incaricato di gestire questo percorso, è quello di assicurare un'adeguata assistenza mirata a: guidare, orientare e proteggere il paziente; lo fa assicurandosi di applicare dei protocolli che siano comunemente condivisi all'interno dell'intera rete territoriale. La formazione del personale infermieristico deve essere altamente specializzata in materia, a tal punto da permettere l'immediata individuazione di qualsiasi segnale di violenza, anche laddove non fosse esplicitata in maniera diretta. Proprio a tal proposito è doveroso sottolineare come la responsabilità dell'operatore di mantenersi aggiornato in maniera costante, sia di fondamentale importanza. L'infermiere gode della possibilità di raccogliere più informazioni possibili sui casi di cui si occupa attraverso la consultazione dei dati raccolti negli eventuali ricoveri precedenti, questi sono reperibili perlopiù tramite database elettronici che l'operatore deve saper consultare e interpretare correttamente. È fondamentale informare dettagliatamente ogni assistito sulle varie fasi del Percorso e acquisire il consenso libero e informato prima di procedere a qualsiasi attività. Nel caso in cui vi fosse la presenza di minori come accompagnatori della vittima, il personale infermieristico deve essere nelle condizioni di saper informare correttamente l'assistito circa gli obblighi legali e le conseguenze della violenza sui minori. Su richiesta del paziente, l'infermiere può occuparsi dell'attivazione della rete regionale antiviolenza, contattando ad esempio dei Centri antiviolenza presenti sul territorio. In ogni caso, è inoltre necessario indirizzare la vittima verso il contatto con le forze dell'ordine, qualora la situazione lo preveda e molto spesso è proprio l'operatore sanitario a fornire queste informazioni tecniche. Durante la visita, il personale infermieristico è incaricato di:

- Garantire la corretta raccolta dati (anamnesi ed elementi di prova);
- Acquisire consenso informato;
- Eseguire gli esami strumentali e di laboratorio di propria competenza;
- Collaborare nell'esecuzione delle profilassi;
- Garantire le cure necessarie;
- Richiedere consulenze;
- Realizzare documentazione fotografica valida delle lesioni;
- Raccogliere e repertare adeguatamente le prove.

L'integrità delle prove deve essere sempre garantita, proprio per questo l'operatore sanitario che le maneggia deve: etichettarle con le proprie iniziali, riportare la data, la fonte del campione, il nome del personale di supporto alla procedura e il nome del paziente; infine tutti i contenitori dovranno essere sigillati.

2.6 ACCETTAZIONE ED ACCOGLIENZA DELLE VITTIME NEI PRONTO SOCCORSO

L'accoglienza al Pronto Soccorso è un momento estremamente delicato in quanto l'operatore di triage accoglie il paziente e lo accompagna in un luogo riservato e lontano da possibili intrusioni, raccogliendo le informazioni necessarie e avvertendo immediatamente il team costituito da diverse figure professionali che prenderà a carico la vittima seguendola per tutto il percorso. A questo punto si attiva subito la task force dedicata, con l'obiettivo di garantire una celere presa in carico del paziente, che gli permetta di essere inserito nella rete di protezione antiviolenza. Laddove fosse necessario, al soggetto, è assolutamente garantito l'anonimato. Le fasi del percorso sono diverse:

- Accoglienza al triage, questa fase prevede il riconoscimento immediato del problema, garantendo la riservatezza e la privacy della vittima. Si stabilisce un rapporto di fiducia e si indagano le cause delle lesioni o dei disturbi. Inoltre, si forniscono informazioni sugli interventi che saranno attuati;
- Anamnesi, il colloquio viene svolto in un ambiente riservato e protetto, condotto con il paziente in assenza di accompagnatori, preferibilmente alla presenza di altri operatori come testimoni;
- Visita medica, il medico di Pronto Soccorso effettua una visita tempestiva, descrivendo con precisione le lesioni riscontrate. Successivamente, può richiedere, se necessario, consulenze specialistiche cliniche, come quelle psichiatriche, ginecologiche o pediatriche, per un'assistenza completa e mirata.

Si tratta di un approccio che garantisce alla vittima un'assistenza immediata, adeguata alle specifiche necessità e nel pieno rispetto della sua dignità. Durante l'esame ispettivo extra genitale, si esamina nel dettaglio l'intera superficie corporea con lo scopo di individuare qualsiasi lesione presente sul corpo della vittima. In presenza di lesioni, queste vanno classificate in base alla descrizione dei loro elementi caratterizzanti: aspetto, forma, colore, dimensione e posizione. Come testimonianza visiva, si procede con la documentazione fotografica che funge oltretutto anche da documentazione clinica. In situazioni di violenza sessuale, è comune trovare lesioni principalmente su capo, collo e arti. Ad esempio, le ecchimosi sulla parte interna delle cosce possono essere indicative di una forzata

divaricazione degli arti inferiori. L'esame ginecologico inizia con un'attenta analisi a occhio nudo da parte dello specialista, prosegue poi con l'utilizzo di strumenti appositi come una lente di ingrandimento o, preferibilmente, un colposcopio che permette l'identificazione di lesioni anche meno evidenti. Il tutto, anche in questo caso, viene documentato da fotografie e descrizioni dettagliate da parte del sanitario. Le sedi più frequenti delle lesioni individuate in questa fase sono: grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano. Lo screening per le malattie sessualmente trasmesse (MST) è un passaggio cruciale che deve essere avviato immediatamente durante la prima visita. Si effettua opportunamente la raccolta di materiale biologico per alcuni test microbiologici:

- Chlamydia, si raccomanda l'utilizzo di un tampone endocervicale con un terreno di trasporto specifico;
- Gonococco, anche per questo si utilizza un tampone endocervicale con terreno di trasporto adeguato;
- Trichomonas, per questo test si effettua un tampone vaginale utilizzando 0.5 ml di soluzione fisiologica.

Inoltre, è necessario eseguire prelievi ematici per valutare la presenza di:

- HBsAG (antigene di superficie dell'Epatite B);
- HCV (virus dell'Epatite C);
- HIV (virus dell'Immunodeficienza Umana);
- VDRL-TPHA (test per la sifilide).

Questi esami del sangue dovrebbero essere effettuati entro 7 giorni dall'esposizione e poi ripetuti a 1, 3 e 6 mesi per monitorare e confermare lo stato di salute della paziente. Questo approccio sistematico assicura che eventuali infezioni vengano identificate e trattate tempestivamente. Nell'area del Pronto Soccorso dedicata alla gestione del Codice Rosa è possibile reperire un kit preconfezionato utile all'analisi e al prelievo di campioni in caso di violenza sessuale, nel caso in cui non fosse presente è necessario reperire singolarmente i vari strumenti. Il contenuto del kit per l'esame fisico include:

- Buste sigillabili di colore neutro;
- Portaoggetti con relativi contenitori;
- Pettini di piccole dimensioni;
- Contenitori per campioni ematici;
- Lima per unghie;
- Tamponi sterili per ciascun orifizio (vaginale, orale e anale);
- Tamponi sterili per ogni area cutanea interessata;

- Buste per eventuali reperti da conservare;
- Recipienti per raccolta urine;
- Forbici sterili;
- Lampada di Wood per l'ispezione sotto luce ultravioletta;
- Moduli per la documentazione;
- Microscopio per analisi dettagliate;
- Asciugamani monouso;
- Nastro adesivo per sigillare i campioni;
- Catetere per prelievi interni;
- Colposcopio per esami ginecologici approfonditi;
- Marcatori permanenti per etichettare i campioni;
- Speculum per esami vaginali;
- Soluzione sterile per lavaggi e irrigazioni;
- Righello graduato in centimetri per misurazioni precise;
- Guanti monouso per mantenere la sterilità;
- Fotocamera per documentare visivamente le lesioni.

Questi kit sono progettati per essere utilizzati da personale qualificato durante l'esame medico-forense, al fine di raccogliere prove valide per eventuali procedimenti giudiziari. Il loro corretto utilizzo è fondamentale per assicurare l'integrità delle prove raccolte. L'esame fisico in caso di violenza sessuale va effettuato sempre a prescindere dal tempo trascorso dall'aggressione; entro le 72 ore si procede con l'utilizzo del kit sopra citato, mentre oltre le 72 ore non risulta necessario. Molto spesso le prove più rilevanti vengono trovate sul vestiario della vittima, quindi è importante reperire con cura anche gli oggetti ritenuti utili alle indagini. (19)

È molto frequente che la vittima nasconda e non verbalizzi ai sanitari la violenza subita per vergogna, paura di ripercussioni, di non essere creduta oppure di essere considerata responsabile dell'accaduto. L'intervento sarà quindi improntato sul riconoscimento del caso di violenza, ad accogliere i vissuti emotivi connessi all'abuso ed offrire un concreto aiuto. Nella prima fase di accesso al Pronto Soccorso sarà molto probabile che la vittima si trovi in uno stato labile, con un quadro generale complesso di emozioni, comportamenti e atteggiamenti. Essa potrebbe presentare:

- Estrema fragilità e vulnerabilità, pianto continuo;
- Stato confusionale, disorientamento spazio temporale;
- Amnesia su alcuni aspetti importanti dell'evento;
- Autostima deteriorata con svalutazione dell'immagine, senso di vergogna e colpa;

- Senso d'impotenza, inferiorità per non essere riuscita a difendersi dall'aggressore;
- Ripetizione ossessiva di alcuni particolari dell'evento;
- Atteggiamenti difensivi non congrui con il racconto come il riso e l'autoironia;
- Stato d'ansia, angoscia, depressione e apatia.

L'operatore deve tentare di restituire alla vittima il suo valore di "persona" e di protagonista del trattamento offrendole la possibilità di scegliere cosa dire o non dire, di cosa accettare tra le proposte di cura e sostegno psicosociale. (Gestione Infermieristica dei codici rosa in Pronto Soccorso, Carboni Marina 2018-2019).

2.7 RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA ALLE VITTIME DI VIOLENZA SESSUALE

La fondazione Confalonieri Ragonese, in collaborazione con le tre società scientifiche principali e più rappresentative della Ginecologia Italiana: SIGO, AOGOI e AGUI hanno stilato delle raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale:

- Tutelare la salute e il benessere della vittima attraverso un approccio empatico e rispettoso;
- Effettuare l'esame fisico e la raccolta delle prove in un'unica visita, in modo tale da ridurre al minimo le situazioni di stress per la vittima;
- Riservare alla vittima degli spazi dedicati ed esclusivi per tutto il tempo di permanenza nella struttura;
- Curare con estrema attenzione la comunicazione tra il personale e la vittima (rivolgersi con voce calma, parole e atteggiamenti non giudicanti);
- Utilizzare una "scheda clinica guidata" per i soggetti con un'età minima di 13 anni con lo scopo di guidare il sanitario a un'applicazione quanto più appropriata delle procedure diagnostiche e terapeutiche;
- Archiviare la scheda come documentazione clinica e, se richiesto, consegnarne una copia alla vittima insieme al verbale di Pronto Soccorso;
- Ottenere il consenso per le procedure che verranno effettuate e per la comunicazione delle informazioni a terzi, ad esclusione della denuncia d'ufficio all'Autorità Giudiziaria dove sarà sufficiente informare la vittima della procedura senza la richiesta del suo consenso;
- Applicare un iter specifico condotto da un'equipe multidisciplinare che regola le diverse fasi dell'accoglienza in caso di violenza sessuale;

- Attuare protocolli specifici per la raccolta e la conservazione delle prove forensi, per la profilassi dell'HIV, per i test tossicologici, per la successiva presa in carico della vittima dopo la prima valutazione;
- Realizzare una rete multidisciplinare che comprenda varie risorse e competenze nell'ambito territoriale di riferimento in modo tale da garantire continuità delle cure, supporto psicologico e legale (quando non sussistono le condizioni per la denuncia d'ufficio, va considerato che la denuncia a querela di parte va effettuata entro dodici mesi). (20)

CAPITOLO III. GESTIONE DEL CODICE ROSA NELLA REALTA' DI FERMO

3.1 MODALITA' OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL CODICE ROSA NEL PRONTO SOCCORSO DI FERMO

Quando una vittima di violenza, arriva al pronto soccorso, l'infermiere di triage attiva un protocollo specifico. Inizialmente, valuta la situazione per assegnare un codice colore che determina la priorità di accesso alla visita medica (rosso, giallo, verde). Nel registro del triage, l'infermiere annoterà soltanto "CODICE ROSA", senza dettagliare gli eventi, per evitare che il paziente debba ripetere la sua storia più volte, una pratica che può essere molto dolorosa. Successivamente, l'infermiere di triage ne designa un altro di riferimento per accompagnare la vittima durante il suo percorso. Questo "infermiere dedicato", ha il compito di scegliere il medico più adatto a prendersi cura del paziente, basandosi su vari fattori come la stabilità clinica, il carico di lavoro dei medici e la sensibilità personale. Idealmente, il caso dovrebbe essere gestito da un medico con esperienza o sensibilità particolare alla situazione, in un ambiente che garantisca privacy e sicurezza. In via preferenziale viene coinvolta l'equipe dei codici rossi, la quale opererà nell'ambulatorio 3; oppure in alternativa si interpella il medico dell'OBI che lavorerà in ambienti distaccati dalle sale visita del PS. L'infermiere assegnato si occuperà di attivare i Servizi Sociali ospedalieri per i minori presenti, affidandoli a un operatore durante il trattamento diagnostico e terapeutico della vittima durante le ore lavorative. Al di fuori di questi orari, è possibile contattare la polizia (questura) per localizzare i servizi sociali disponibili, fino all'implementazione di un sistema di localizzazione attivo 24 ore su 24, denominato "servizio di emergenza urgenza sociale". In presenza di familiari o dell'aggressore, verranno fatti attendere nella sala d'attesa o rimossi dall'area di pronto soccorso. Il paziente verrà consultato individualmente per stabilire se desidera la compagnia di una persona di fiducia durante il suo soggiorno. Se il codice di emergenza è rosso, la vittima verrà trasferita nella sala 4 per iniziare immediatamente le procedure di stabilizzazione della clinica, inclusa la raccolta di campioni biologici essenziali. Se il codice è giallo o verde, sarà portata nell'ambulatorio 3 del PS o 5 dell'OBI, dove un medico la prenderà in carico. La paziente riceverà informazioni dettagliate sulle procedure, le terapie proposte, i rischi associati e dovrà fornire un consenso informato unico e completo (ALLEGATO 1). Dopo averlo ottenuto, si procederà con la raccolta dell'anamnesi personale, patologica e l'intervista tramite apposito modulo: esame obiettivo (ALLEGATI 2-3), ma prima è importante verificare sempre lo

stato mentale della paziente e, se necessario, richiedere l'intervento di uno psichiatra. Durante la valutazione iniziale verranno effettuati:

- Relazione delle lesioni;
- Documentazione fotografica;
- Prelievi ematici e delle urine (ALLEGATO 4);
- Tampone delle ferite;
- Profilassi antitetanica (se utile).

Il paziente successivamente viene accompagnato fuori dal pronto soccorso per ulteriori valutazioni diagnostiche. Si dà, in caso di violenza sessuale, la priorità alla visita ginecologica, alla raccolta di vestiti (codice giallo o verde), dei campioni biologici (ALLEGATO 5), terminando poi con l'inizio della profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili e con la contraccezione d'emergenza. Tutte le azioni e i campioni raccolti saranno accuratamente documentati nel foglio di tracciabilità (ALLEGATO 6). La vittima continuerà il percorso diagnostico (radiologia, consulenze, ecc.), sempre assistita dal personale, che garantirà la corretta compilazione della documentazione. In base alle condizioni cliniche e ai tempi degli esami, il paziente sarà sottoposto a valutazione infettivologica e profilassi per epatite B e HIV, con un programma di follow-up post-dimissione. Ogni procedura a cui la paziente è soggetta deve essere annotata sul modulo di tracciabilità, che sarà allegato al dossier del Pronto Soccorso (PS) per l'archiviazione. La vittima firmerà il modulo come conferma del prelievo e dell'imballaggio dei campioni/indumenti. Dopo il processo del PS, il paziente può essere dimesso, ricoverato in OBI o in un reparto ordinario. Con il dossier del PS, all'assistito verrà anche consegnata una "dichiarazione" di violenza (che non costituisce una notifica alle autorità giudiziarie, né un rapporto medico; non innesca un'azione legale da parte delle forze dell'ordine, ma può essere usata dalla paziente per una futura denuncia). Questa dichiarazione raccoglie le informazioni acquisite durante il percorso del PS: dati anagrafici, data, ora e luogo dell'incidente, stato clinico, descrizione delle ferite, dettagli dei reperti, data e ora dell'esame, e può coincidere con il dossier del PS completo di referti e consulenze. Saranno inoltre fornite al paziente indicazioni per contatti/consulenze aggiuntive: Centro Antiviolenza, assistente sociale ospedaliero o del territorio, sportelli attivi locali (ALLEGATO 7). È probabile che la vittima, di sua iniziativa, si rivolga al servizio territoriale per supporto sociale e psicologico solo in alcuni casi e con notevole ritardo; quindi, un'offerta proattiva di "accompagnamento" durante la fase di emergenza è essenziale per assicurare che, al momento della dimissione, sia affidata ai servizi territoriali. In ospedale saranno conservati:

1. Nell'archivio del PS:

- Una copia del dossier del PS;
 - Il modulo dell'intervista e della descrizione delle lesioni;
 - Il consenso informato compilato e firmato;
 - Il modulo di tracciabilità;
 - Eventuale documentazione fotografica;
2. Nell'armadietto della stanza (magazzino) del PS:
- Gli indumenti e il materiale raccolto durante l'esame, considerati importanti per eventuali indagini, che devono essere conservati per 6 mesi. (Il coordinatore infermieristico del PS - o un suo delegato - si assicurerà che, dopo 1 anno, il materiale conservato venga restituito al paziente su richiesta o smaltito);
3. In laboratorio:
- Tutti i campioni biologici prelevati (provette di sangue e urine, tamponi, vetrini per esami microscopici), anch'essi per 6 mesi.

3.2 DIVISIONE DELLE AZIONI TRA IL PERSONALE DI PRONTO SOCCORSO

L'infermiere di triage si occupa di:

1. Accogliere la vittima e identificare con discrezione la natura della problematica (violenza dichiarata o presunta);
2. Valutare il quadro clinico, rilevare i parametri vitali e assegnare di conseguenza il codice colore appropriato;
3. Garantire che gli accompagnatori vengano allontanati;
4. Designare un infermiere dedicato.

L'infermiere dedicato è incaricato di:

1. Prendere in carico il paziente e accompagnarlo verso la stanza 4 o ambulatorio 5;
2. Accertarsi delle volontà della vittima circa la presenza o meno di familiare/accompagnatore;
3. Allertare il medico di PS più adatto alla situazione;
4. Predisporre il kit violenza;
5. Allertare i servizi sociali in caso di presenza di minori;
6. Procedere alla raccolta dei prelievi/tamponi richiesti.

Il medico di PS deve:

1. Informare il paziente e somministrare il foglio di consenso;
2. Somministrare il foglio intervista (anamnesi);
3. Effettuare l'esame obiettivo;
4. Documentare le lesioni e richiedere gli esami di laboratorio e strumentali necessari;
5. Procedere con profilassi antitetanica (se necessaria);
6. Compilare il foglio di tracciabilità;
7. Rimettere il paziente all'infermiere o all'oss per il proseguimento dell'iter diagnostico;
8. Procedere con il ricovero/dimissione;
9. Consegnare la documentazione al paziente;
10. Informare sui servizi a disposizione della vittima (Assistenza Sociale Ospedaliera e Territoriale, Centri Anti Violenza);
11. Controllare la documentazione di PS.

Il ginecologo (in caso di violenza sessuale) ha i seguenti compiti:

1. Occuparsi della raccolta dei vestiti;
2. Effettuare la visita ginecologica e tamponi;
3. Informare e procedere se richiesto alla contraccezione post coitale;
4. Attuare profilassi contro le malattie sessualmente trasmissibili in accordo con la paziente;
5. Compilare il foglio di tracciabilità.

L'infettivologo svolge diverse azioni:

1. Informa il paziente sulla profilassi anti Epatite B e HIV;
2. Prosegue con la profilassi previo consenso;
3. Prende in carico il paziente per gli eventuali richiami;
4. Compila il foglio di tracciabilità.

3.3 PROTOCOLLO DI INTESA “RETE TERRITORIALE LOCALE ANTIVIOLENZA”

Il 13 Novembre del 2017 viene sottoscritto il “Protocollo d’Intesa rete territoriale locale antiviolenza” a sostegno delle vittime di maltrattamento e violenza di genere, tra:

- La Prefettura di Fermo – Ufficio Territoriale del Governo, rappresentata dal Prefetto pro tempore Dott.ssa Mara di Lullo;

- La Provincia di Fermo, rappresentata dal Presidente pro tempore Dott.ssa Moira Canigola;
- L’Ambito Territoriale Sociale XIX, rappresentato dal Presidente pro tempore del Comitato dei Sindaci Avv. Paolo Calcinaro;
- L’Ambito Territoriale Sociale XX, rappresentato dal Presidente pro tempore del Comitato dei Sindaci Avv. Nazareno Franchellucci;
- L’Ambito Territoriale Sociale XXIV, rappresentato dal Presidente pro tempore del Comitato dei Sindaci Geom. Onorato Corbelli;
- L’ASUR Area Vasta 4 di Fermo;
- L’Associazione “On The Road” onlus, rappresentata dal legale pro tempore Dott. Vincenzo Castelli;
- L’Associazione “Soroptimist International” di Fermo, rappresentata dal legale pro tempore Presidente Loredana Dionisi.

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 221 del 13 marzo 2017 ha introdotto la “Legge Regionale n. 32/2008 - Politiche per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere”, che mira a migliorare la governance regionale e territoriale e a istituire la Rete regionale antiviolenza delle Marche. Questa iniziativa promuove la creazione di reti territoriali interistituzionali per prevenire e combattere la violenza di genere. Nella provincia di Fermo, le azioni contro la violenza di genere sono state progressivamente delegate all’Ambito Sociale XIX di Fermo, che ha assunto la responsabilità dei Centri Anti Violenza (CAV), operanti con sportelli distribuiti sul territorio e in collaborazione con altri Ambiti locali (Ambito XX e Ambito XXIV). Questo trasferimento di competenze è stato reso possibile dalle modifiche alla Legge Regionale 32/03, introdotte dalla Legge Regionale 01/12/2014 n. 32, che ha riformulato il supporto alle politiche di contrasto alla violenza di genere, integrandole negli strumenti di programmazione sociale triennale. La Rete territoriale antiviolenza della provincia di Fermo, già dal dicembre 2016, ha avviato un processo di condivisione di pratiche e metodologie d’intervento, oltre a iniziative congiunte di informazione e formazione. I rappresentanti della Rete antiviolenza si sono regolarmente incontrati ogni mese per definire un approccio condiviso in termini di metodologia d’intervento e pratiche operative per contrastare e prevenire la violenza di genere contro donne, minori e persone vittime di violenza o maltrattamenti legati al genere nella provincia di Fermo. Per questo motivo, è necessaria la firma del presente Protocollo, che si allinea agli obiettivi della Rete Antiviolenza nel sostenere le vittime di maltrattamento e violenza di genere e nell’accumulare l’esperienza dei vari enti coinvolti. Il documento è composto da un totale di sette articoli.

- Articolo 1: “Istituzione della Rete territoriale locale e del Tavolo di coordinamento locale anti violenza”. In questo articolo si puntualizza come La “Rete Territoriale Anti violenza” della provincia di Fermo sia stata istituita per coordinare i servizi di supporto alle vittime di violenza di genere, coinvolgendo enti pubblici e privati. L’adesione alla rete avviene attraverso un Protocollo di Intesa, che impegna i membri a condividere informazioni utili per le finalità del protocollo e a promuovere la collaborazione all’interno della propria organizzazione.
- Articolo 2: “Finalità”. Il documento ha l’obiettivo di creare una rete collaborativa tra servizi e istituzioni per assistere donne, minori e vittime di violenza di genere. Si propone di integrare risorse esistenti, promuovere la cooperazione e sviluppare strategie condivise per un’efficace risposta alla violenza di genere nella provincia di Fermo.
- Articolo 3: “Obiettivi”. Le iniziative chiave includono l’integrazione di azioni tra organismi, il monitoraggio congiunto delle attività, la pianificazione annuale per finanziamenti mirati, la promozione di strategie pubbliche e interventi specifici, la raccolta di dati per analisi statistiche, e la promozione di campagne di sensibilizzazione.
- Articolo 4: “Presenza in carico ed accompagnamento”. La Rete si impegna a garantire un supporto omogeneo e tempestivo per chiunque si rivolga a essa in situazioni di emergenza, assicurando un percorso di assistenza per uscire dalla violenza. Questo include la protezione delle vittime e dei loro figli minori, se presenti, e l’implementazione di procedure integrate per l’assistenza e il sostegno. Inoltre, la Rete si dedica a fornire una risposta operativa efficace, con percorsi ben definiti, formazione del personale e scambio di informazioni tra gli enti coinvolti.
- Articolo 5: “Composizione”. Il Tavolo di Coordinamento della Rete territoriale locale anti violenza è composto da rappresentanti di enti pubblici e privati, designati dai firmatari del Protocollo. Include rappresentanti della Prefettura, degli Ambiti Territoriali Sociali, della Provincia di Fermo, delle forze dell’ordine, del settore sanitario e di associazioni impegnate contro la violenza di genere. Altri enti possono unirsi previa accettazione formale del Tavolo, rafforzando così l’impegno collettivo nel contrasto alla violenza di genere nella provincia di Fermo.
- Articolo 6: “Funzionamento del Tavolo di coordinamento locale anti violenza”. Il Tavolo di Coordinamento della Rete territoriale locale anti violenza, guidato dalla Prefettura di Fermo, coordina i sottoscrittori del Protocollo di Intesa. L’Ambito Territoriale Sociale XIX gestisce il collegamento tecnico-operativo. Esperti possono essere invitati alle riunioni per discutere temi specifici. Il personale dell’Ufficio di Coordinamento dell’Ambito Territoriale Sociale XIX fornisce supporto organizzativo e funzioni di segreteria tecnica. Il dirigente regionale

competente per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere è invitato alle riunioni del Tavolo.

- Articolo 7: “Durata del Protocollo di Intesa”. Il Protocollo stabilisce un impegno triennale per i firmatari, che devono approvare piani annuali di interventi e organizzare la raccolta di dati per monitorare la violenza di genere. Inoltre, si impegna a revisioni semestrali per assicurare l’adempimento degli accordi e l’efficace applicazione delle procedure operative concordate. (21)

CONCLUSIONI

Grazie alla revisione dei documenti presi in esame è stato possibile esplorare il protocollo di emergenza usato nei Pronto Soccorso per la gestione degli episodi di violenza. Attraverso l'analisi dei dati, dei protocolli e ricerche bibliografiche sono emersi diversi importanti risultati in merito alla gestione del Codice Rosa e al coinvolgimento della figura infermieristica. È stata dimostrata l'importanza dell'istituzione di tale percorso, proprio a garanzia di una risposta tempestiva, efficace e adeguata a quelle che sono le esigenze delle vittime di violenza. La tutela e la protezione dei soggetti hanno inizio in Pronto Soccorso con l'attivazione del Codice Rosa, ma grazie al coinvolgimento in questo progetto di diversi enti, sia pubblici che privati, vengono garantite anche al di fuori della struttura sanitaria permettendo di salvare vite e migliorare l'outcome dei pazienti. Gli infermieri nella maggior parte dei casi sono i primi a intervenire ed è per questo che oltre alle competenze di base, necessitano di un'alta formazione tale da fornire loro gli strumenti necessari a riconoscere tempestivamente i segni di violenza (anche se non espliciti) e a gestire la situazione nel miglior modo possibile. In aggiunta al sapere e al saper fare, l'infermiere deve anche saper essere e soprattutto in questi contesti l'empatia, la discrezione, la gentilezza e la professionalità fanno la differenza garantendo l'efficacia dell'assistenza. La vittima necessita di sentirsi a proprio agio e libera di potersi esprimere circa l'accaduto, infatti le principali criticità nei casi di violenza sono riconducibili a racconti frammentati, ritardi nella denuncia, invalidazione delle prove e vergogna. Durante la gestione del Codice Rosa tutti i membri dell'equipe devono essere capaci di saper comunicare efficacemente tra di loro, è importante che la divisione dei ruoli sia ben definita e che tutti mettano al primo posto la salute, il benessere e la sicurezza del paziente. Nella tesi oltre ad essere stati esaminati i protocolli e le linee guida vigenti in Italia per la gestione del Codice Rosa, si è discusso anche di una realtà concreta che è quella della dell'AST 4 di Fermo. I protocolli e le linee guida adottati in questa azienda sanitaria, sono perfettamente in linea con quelli nazionali e garantiscono un espletamento del percorso efficace e mirato ai bisogni del paziente. Il Codice Rosa rappresenta un'enorme innovazione nella gestione di emergenze di questo tipo, ma necessita comunque di continue ricerche e studi che ne valutino l'efficacia nel tempo, oltre che per l'ottimizzazione delle procedure da svolgere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. “Quaderni di sanità pubblica, violenza e salute nel mondo” [2002]. Online: <https://www.istat.it/it/files/2017/11/Violenza-e-salute.pdf>
2. Articolo 609 bis del Codice Penale. Online: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=19G00076&art.idArticolo=13&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2019-07-25&art.progressivo=0#:~:text=609%2Dbis%20\(Violenza%20sessuale\),da%20sei%20a%20dodici%20anni.](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=19G00076&art.idArticolo=13&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2019-07-25&art.progressivo=0#:~:text=609%2Dbis%20(Violenza%20sessuale),da%20sei%20a%20dodici%20anni.)
3. Plenipotenziari dei Governi rappresentati alla Conferenza diplomatica. “Quarta convenzione di Ginevra” [21 Aprile-12 Agosto 1949]. Online: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1951/300_302_297/it
4. Dutton DG. “Patriarchy and wife assault: the ecological fallacy. Violence Vict. 1994 Summer”. Online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7696196/>
5. British journal of general practice. “Lesser-known types of violence: helping professionals to signal and act” [luglio 2022]. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9256059/>
6. Walker E. “*The Battered Woman Syndrome* 4th Edition” [2016]. Online: <https://dl.icdst.org/pdfs/files3/54b12836483cc27d01a2ec3f33679b35.pdf>
7. Istat e ministero della salute. “Gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri delle donne vittime di violenza”. [5 MAGGIO 2023]. Online: <https://www.istat.it/it/files/2023/05/Accessi-pronto-soccorso-donne-5mag2023.pdf>
8. Giovanna Badalassi, Barbara Barabaschi, Carlotta D' Este, Franca Garreffa, Chiara Mussida, Giovanna Vingelli. “Quanto costa il silenzio indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne”. [Novembre 2013]. Online: https://www.regione.marche.it/Portals/0/QuantoCostaILSilenzio_Intervita.pdf
9. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society>

10. Pietro Demurtas, Alice Mauri, Marta Pietrobelli, Angela Maria Toffanin. “Servizi specializzati antiviolenza quadro di sintesi dei risultati della rilevazione” [Maggio 2019]. Online: <https://viva.cnr.it/wp-content/uploads/2019/11/rapporto01-servizi-specializzati-antiviolenza.pdf>
11. Istat. “Il sistema della protezione per le donne vittime di violenza”. [Agosto 2023]. Online: <https://www.istat.it/it/files/2023/08/2023-03-08-statreportprotezione-Istat-Dpo.pdf>
12. Legge 28 Dicembre 2015 n.208 comma 790 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”. Online: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/30/15G00222/sg>
13. Regione Toscana. “Codice Rosa, Pronto Soccorso per vittime della violenza”. [8 Agosto 2023]. Online: <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>
14. Giuseppe Meucci, Giuseppe Coniglio, Vittoria Doretti. “Codice Rosa il magico effetto domino”. [2011]. Online: https://www.soroptimist.it/public_nuovo/pdf/e-book-codice-rosa.pdf
15. Legge regionale 16 Novembre 2007 n. 59 “Norme contro la violenza di genere”. Online: <https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2007-11-16:59>
16. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”. Online: <https://www.istat.it/it/files//2020/11/LineeGuidaSoccorsoViolenzaDonne2017.pdf>
17. Lore Lorenzi, Anna Coluccia, Fabio Ferretti, Vittoria Doretti, Andrea Pozza, Alessandra Masti. “Il Codice Rosa: un nuovo modello di presa in carico per le vittime di violenza. L'esperienza in Toscana”. [31 Marzo 2022]. Online: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/5527/4646>
18. Articolo 3 lettera f della Convenzione di Istanbul 11 Maggio 2011 “Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica”. Online: <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

19. Dott. Gianluca Bello, Dott. Gianfranco Verna, Francesco Verna. “Codice rosa: approccio al triage di pronto soccorso”. [30 Giugno 2021]. Online: <https://www.medicalive.it/codice-rosa-approccio-al-triage-di-pronto-soccorso/>
20. SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese. “Raccomandazioni per l’assistenza alla donna vittima di violenza sessuale”. [Luglio 2019]. Online: <https://www.aogoi.it/media/6030/raccomandazioni-per-assistenza-alla-donna-vittima-di-violenza-sessuale.pdf>
21. Prefettura di Fermo, Provincia di Fermo, Questura di Fermo, Comando provinciale Carabinieri di Fermo, Ambito Territoriale Sociale XIX, Asur Area Vasta 4, Ambito Territoriale Sociale XX, Ass. On The Road onlus, Ambito Territoriale Sociale XXIV, Ass. Soroptimist International-Fermo, Commissione per le Pari Opportunità tra uomo e donna della Regione Marche, “Protocollo di Intesa Rete Territoriale Locale Antiviolenza”. [Novembre 2017]. Online: https://www.prefettura.it/FILES/AllegatiPag/1251/Protocollo_di_Intesa_Rete_Territoriale_locale_Antiviolenza.pdf

ALLEGATI

ALLEGATO 1



AREA OSPEDALIERA
Dipartimento di Emergenza

**U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed
Urgenza**

Direttore dr. Fabrizio GIOSTRA
Via A. Murri, 189 - Fermo
Tel: 0734 625 2276 Fax: 0734 625 2282
email: fabrizio.giostra@sanita.marche.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Struttura di accoglienza.....data...../...../.....

Io sottoscritto
informata dal Dr.

sulla necessità di eseguire i seguenti accertamenti clinici/di laboratorio/strumentali

visita visita ginecologica ispezione del cavo orale esplorazione rettale
colposcopia ecografia ginecologica anoscopia
esami ematochimici Beta HCG dosaggio alcoemia dosaggio droghe d'abuso
ricerca HIV Ab ricerca virus Epatite B e C ricerca Herpes 1 e 2 Ab
VDRL/FTA IgM/TPHA/Clamydia Ab (IgM/IgG)
prelievo di sangue venoso per comparazione morfologica e genetica
ricerca germi comuni/clamydia t./neisseria gonorrhoeae/trichomonas
ricerca spermatozoi in cavità documentazione fotografica

sulla necessità di eseguire le seguenti profilassi

sieroprofilassi antitetanica
vaccinoprofilassi antitetanica
anti HIV
anti HBV
MTS (MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI)

sulla necessità di eseguire i seguenti follow - up

sifilide HIV HBV HCV

sulla necessità di raccogliere - conservare ai fini medico legali

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 – 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 4
Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019
e-mail: segreteria_av4@sanita.marche.it - Pec: areavasta4.asur@emarche.it - www.asurzona11.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofelice, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ele, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Montefalcone Appennino, Montefortino, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Montelparo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Matenano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.

ALLEGATO 1



indumenti reperti sperma sangue peli
altro.....

Inoltre informata che:

.....
.....

Resa consapevole:

che in alcuni casi il trattamento una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare lo stato di salute o l'attività assistenziale

Valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto mi è stato comunicato, dichiaro quanto segue:

accetto di sottopormi ai trattamenti sanitari e diagnostici propostimi, fatta eccezione per i seguenti esami:

.....
.....

rifiuto i trattamenti sanitari e diagnostici propostimi, fatta eccezione per i seguenti esami:

.....
.....

La Dichiarante..... **Firma**.....
(in stampatello) (cognome e nome)
data...../...../.....

SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Il medico che ha informato la paziente

Il Sanitario che ha verificato consenso/assenso..... data...../...../.....
(firma leggibile)

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro,40 – 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 4
Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019
e-mail: segreteria.asi11@asi11.marche.it - www.asurzona11.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofione, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.



AREA OSPEDALIERA
Dipartimento di Emergenza

■ ■ U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed
Urgenza

Direttore dr. Fabrizio GIOSTRA
Via A.Murri, 189 - Fermo
Tel: 0734 625 2276 Fax: 0734 625 2282
email: fabrizio.giostra@sanita.marche.it

INTERVISTA AL PAZIENTE

Cognome NomeData di nascita.....

Residenza/Domicilio.....Nazionalità

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

Tipo di violenza associata: fisica psicologica comportamenti persecutori
altra.....

Modalità (forma) di violenza: spintona mento strattonamento tirata per i capelli
Schiaffo minaccia di essere colpita fisicamente morso
calcio uso di corpo contundente pugno ustione
tentativo di strangolamento/soffocamento
investimento minaccia con arma uso di arma
stupro tentato stupro toccoamento
rapporti sessuali indesiderati molestia fisica molestia sessuale
forzata ad attività sessuale considerata umiliante
forzata ad attività sessuale con altre persone
costrizione a guardare/utilizzare materiale pornografico
penetrazione vaginale penetrazione anale penetrazione orale
penetrazione ripetuta
altra.....

Luogo della violenza: casa propria casa altrui strada automobile luogo pubblico
parcheggio garage pubblico campagna parco bosco spiaggia
stazione mezzo pubblico scuola albergo
altro.....

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro,40 – 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 4
Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019
e-mail: segreteria.av4@sanita.marche.it - Pec: areavasta4.asur@emarche.it - www.asurzona11.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Montefalcone Appennino, Montefortino Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Montelparo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Matenano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.



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
assenza di testimoni

sequestro in ambiente chiuso
ingestione di alcool
uso di droghe
uso di farmaci
altro.....

eventuali azioni compiute dopo l'evento:
cambio di abito cambio di slip minzione defecazione irrigazione
doccia bagno assunzione di cibo assunzione di bevande
vomito pulizia del cavo orale rapporti consenzienti dopo l'evento
altro.....

Descrizione dell'evento

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

Medico

(timbro e firma)

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro,40 – 60131 Ancona

C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n. 4

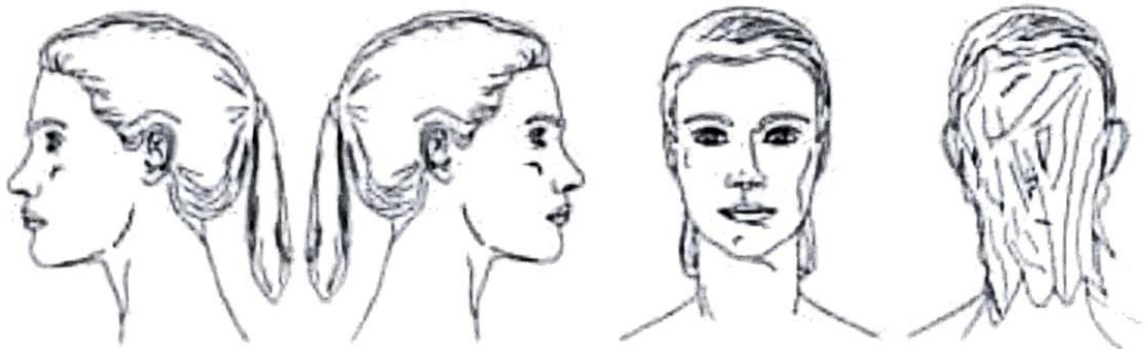
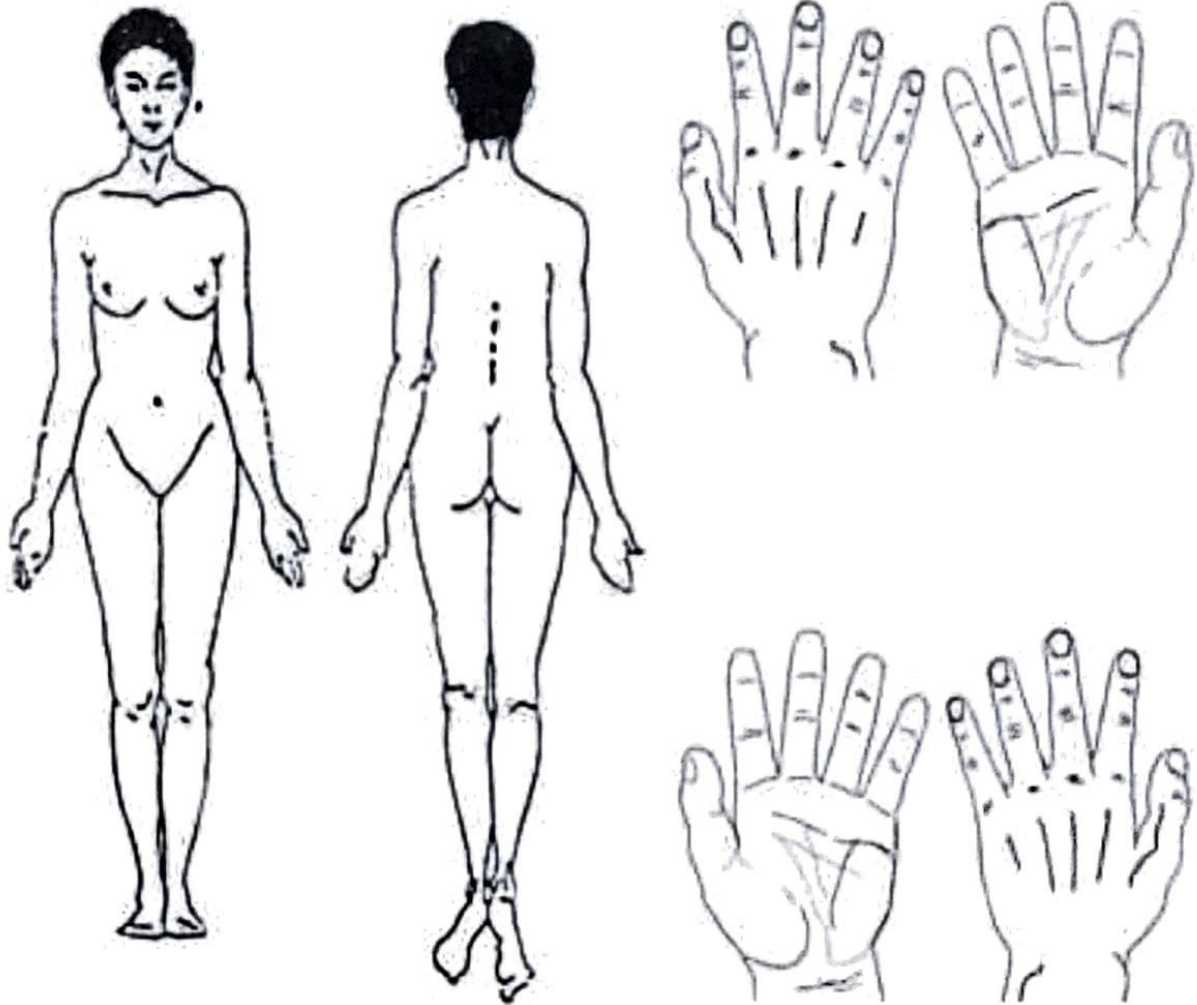
Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM

Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019


e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - www.asurzona11.marche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofelice, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.


ALLEGATO 3



ALLEGATO 4

ELENCO DEI CAMPIONI DA PRELEVARE al Pronto Soccorso)				 U.O.C Patologia Clinica Direttore dott. Salvatore Licita					
Esami Codice Rosa (Protocollo di accettazione SCS : ROSA				campioni pervenuti in Laboratorio		campioni consegnati		campioni accettati	
DATA:						FIRMA		ora:	
N° accettazione									
Cognome e Nome									
DATA: nascita									
cod	Esame	provette	modalità di esecuzione						
4331	β-HCG	1 prov. Tappo Verde	esame da eseguire in urgenza	<input type="checkbox"/> 1 Provetta tappo verde					
03	Creatinemia								
111	GPT								
140	Sodemia								
142	Potassiemia								
201	Emocromo	1 prov.tappo Viola		<input type="checkbox"/> 1 Provette tappo viola					
09	ETANOLO	3 prov.tappo Viola[*]	esame da eseguire in urgenza (prov A); Provette B-C da conservare in congelatore CRIO SF N40 (catena di custodia). In caso di POSITIVITA' si seguono le procedure di invio alla Tossicologia di Pesaro	<input type="checkbox"/> 3 Provette tappo viola					
180	Opilcel	3 provette urine [*]	esami da eseguire in urgenza (prov. A); Provette B-C da conservare in congelatore CRIO SF N40 (catena di custodia). In caso di POSITIVITA' si seguono le procedure di invio alla Tossicologia di Pesaro	<input type="checkbox"/> 3 Provette urine					
181	Cannabinoidi								
182	Cocaina								
183	Amfetamine								
187	Metadone								
185	Benzodiazepine								
190	AMFETAMINE (Ecstasy)	3 prov.tappo Viola[*]	Inviare le tre provette A B e C non centrifugate in routine alla tossicologia di Pesaro. Seguire le procedure di invio alla Tossicologia di Pesaro.	<input type="checkbox"/> 3 prov.tappo Viola					
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 Prov.tappo ROSSO					
337	HSV (IgG1- IgG2 Igm 1+2)								
7031	Ab-HIV	1 Prov.Tappo Rosso	esame da eseguire in urgenza	<input type="checkbox"/> 1 Prov.tappo ROSSO					
440	Hbs-Ag								
441	Hbs- Ab								
448	HCV								
ID	prov.	1 prov. Tappo rosso [**]	da centrifugare, separare e conservare	<input type="checkbox"/> 1 Prov.tappo ROSSO					
5097	Tampone cute	Per ogni lesione prelevare 1-Tampone senza gel (Imbevuto di soluzione fisiologica sterile) [*] + 1- Tampone senza gel a secco [*]	Ricerca DNA (da conservare in congelatore CRIO SF N40-Catena di Custodia)	Indicare la sede <input type="checkbox"/> n° Tampone/I					
5152	Unghia-pell	provetta sterile (Indicare la sede di prelievo [*])	Ricerca DNA (da conservare in congelatore CRIO SF N40-Catena di Custodia)	<input type="checkbox"/> n° Tampone/I					
[*] CAMPIONI CON ETICHETTA ANTI-VIOLAZIONE da conservare in congelatore CRIOS FN40 -catena di custodia nel cassetto mese in corso con relativa documentazione									
[**] Campioni, che dopo essere stati processati, devono essere conservati in un sacchetto a parte e riposti nel congelatore CRIO SF N40 insieme al sacchetto "catena di custodia" nel cassetto mese in corso									
tutti gli esami eseguiti in urgenza debbono essere rilasciati, stampati ed inviati in busta chiusa al medico richiedente									

ALLEGATO 5

ELENCO DEI TAMPONI DA PRELEVARE (Ginecologia)					 U.O.C Patologia Clinica Direttore ff dott. Salvatore Licitra			
Esami Codice Rosa [Protocollo di accettazione SCS: ROSA]								
DATA:					campioni pervenuti in Laboratorio			
N° accettazione								
Cognome e Nome								
					campioni consegnati		campioni accettati	
					FIRMA	ora:	FIRMA	ora:
5104	Vaginale	1 Tampone senza gel	ricerca Spermatozoi (eseguire in urgenza) [**]	<input type="checkbox"/> 1 tampone				
5301	Tampone Rettale	1 Tampone senza gel	ricerca Spermatozoi (eseguire in urgenza) [**]	<input type="checkbox"/> 1 tampone				
50910	Cavo Orale	1 Tampone senza gel	ricerca Spermatozoi (eseguire in urgenza) [**]	<input type="checkbox"/> 1 tampone				
510	Vaginale	2 tamponi con gel	2_Tamp.X esame Batteriologico (1 da seminare ed 1 da conservare in congelatore insieme agli altri campioni e documentazione relativa) [**]	<input type="checkbox"/> 2 tamponi con Gel-terreno di trasporto				
5101	Vulva- Perineo	2 tamponi con gel	2_Tamp.X esame Batteriologico (1 da seminare ed 1 da conservare in congelatore insieme agli altri campioni e documentazione relativa) [**]	<input type="checkbox"/> 2 tamponi con Gel-terreno di trasporto				
526 519	Vaginale	1 Tampone dedicato	1_Tamp X per ric.Micoplasama e Chlamidia Neisseria	<input type="checkbox"/> 1 tampone dedicato				
5103	Vaginale	1 Tampone senza gel (*)	Ricerca DNA (da conservare in congelatore CRIO SF N40 -Catena di Custodia)	<input type="checkbox"/> 1 tampone				
5302	Tampone Rettale	1 Tampone senza gel (*)	Ricerca DNA (da conservare in congelatore CRIO SF N40 e-Catena di Custodia)	<input type="checkbox"/> 1 tampone				
50911	Cavo Orale	1 Tampone senza gel (*)	Ricerca DNA (da conservare in congelatore CRIO SF N40 -Catena di Custodia)	<input type="checkbox"/> 1 tamponi				
[*] CAMPIONI CON ETICHETTA ANTI-VIOLAZIONE da conservare in congelatore CRIO SF N40 -catena di custodia nel cassetto mese in corso con relativa documentazione								
[**] Campioni, che dopo essere stati processati, devono essere conservati in un sacchetto a parte e riposti nel congelatore CRIO SF N40 insieme al sacchetto "catena di custodia" nel cassetto mese in corso								
tutti gli esami eseguiti in urgenza debbono essere rilasciati, stampati ed inviati in busta chiusa al medico richiedente								

Preso in carico del Campione:

Firma: _____

ALLEGATO 6

**ELENCO AZIONI
(FOGLIO DI TRACCIABILITA')**

NOME PAZIENTE.....

ID PAZIENTE (N. PRATICA DI PS).....

DATA.....

Dichiaro che tutti i campioni biologici e i vestiti sono stati prelevati con il mio consenso e confezionati alla mia presenza

Firma paziente.....

AZIONE	ORA	OPERATORE	FIRMA
INFORMAZIONE E RACCOLTA CONSENSO			
INTERVISTA PAZ			
ESAME OBIETTIVO E DESCRIZIONE LESIONI			
PRELIEVI EMATICI E TAMPONI CUTANEI		Prelevatore Accettaz lab	
VISITA GINECOLOGICA			
RACCOLTA VESTITI		Prelevatore Accettaz PS	
TAMPONI		Prelevatore Accettaz lab	
PROFILASSI MST			
VISITA INFETTIVOLOGICA			
PROFILASSI EPATITE E HIV			
CONSEGNA DOCUMENTAZIONE ALLA PAZ			

NUMERI UTILI

ASSISTENTE SOCIALE - DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

Tel. 3351258305, Tel. Interno 0734 6252010, Segreteria DMO 07346252461, fax 07346252333
dal lun. al ven. dalle ore 8:30 alle ore 14:30

Previo consenso, il medico o l'infermiere possono avvalersi della collaborazione dell'Assistente Sociale per attività e/o situazioni sociali di crisi o pericolo da affrontare in emergenza, in particolare:

- Servizio di Segretariato Sociale: orientamento e informazioni su percorsi e procedure utili al caso, ai sistemi di protezione attivi sul territorio per le vittime di violenza;
- sostegno alle vittime nella fase di dimissione e i loro familiari;
- attivazione delle modalità di ingresso nella Casa di Emergenza nelle situazioni in cui sia necessaria la "messa in sicurezza" della vittima;
- modalità di accesso e invio protetto ai Servizi Sociali e Socio-Sanitari Territoriali
- collaborazione con le FFOO territoriali (polizia e carabinieri, Polizia Municipale);
- presenza di minorenni non accompagnati.

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

- AMBITO SOCIALE XIX

(Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Rapagnano, Servigliano, Torre San Patrizio)

Comune Capofila Fermo (coordinamento rete UPS)

Piazzale Azzolino, 18 - 63900 Fermo - FM

Tel. 0734.603167-622794-603174 Fax 0734.623176 e-mail: ambitosociale19@libero.it

Orario: dal Lun. al Ven. 9:00-13:00, mar-gio 16:00-18:00

- AMBITO SOCIALI XX

(Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Monte Urano)

Comune Capofila Porto Sant'Elpidio c/o Villa Murri

Tel. 0734.908320 Fax 0734.908333 email: ambito20@elpinet.it pec: ambito20@pec.elpinet.it

Orario: dal Lun. al Sab. dalle 9.30 alle 13.00

- AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV

(Amandola, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo)

Comune Capofila Amandola

Piazza IV Novembre, 2 63087 Comunanza - AP

Tel. 0736.844379 - 0736.844526 Fax: 0736.843182 email: ats24@comunitamontanasibillini.it pec.
cm.sibillini@emarche.it

Orario: dal Lun. al Ven. 9:00-13:00