

INDICE

ABSTRACT	
ABSTRACT IN ENGLISH	
LA VIOLENZA DI GENERE	1
LA VIOLENZA DOMESTICA	3
LE FORME DI VIOLENZA	4
LA VIOLENZA FISICA	4
LA VIOLENZA PSICOLOGICA	5
LA VIOLENZA SESSUALE	5
LA VIOLENZA ECONOMICA	6
LA VIOLENZA DI COPPIA	6
STALKING o ATTI PERSECUTORI	7
LA VIOLENZA ASSISTITA	7
LA VIOLENZA SULL' ANZIANO	8
LA VIOLENZA SUL DISABILE	8
BULLISMO	9
MOBBING	9
RIFERIMENTI LEGISLATIVI	10
CODICE ROSA	11
CHE COS'È IL CODICE ROSA?	11
IL PROGETTO	12
FORMAZIONE	14
OBIETTIVI DEL CODICE ROSA	15
ACCOGLIENZA e PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO	15
LA VISITA MEDICA	18
PRIVACY e CONSENSO INFORMATO	22
RUOLO DELLE FORZE DELL'ORDINE	22
PERCORSO EXTRAOSPEDALIERO	25
LO STUDIO	25
INTRODUZIONE	25
OBIETTIVI	27
MATERIALI e METODI	28
RISULTATI	30
DISCUSSIONE	39
CONCLUSIONE	42
BIBLIOGRAFIA	44

ABSTRACT

Introduzione: il Codice rosa è un codice virtuale che viene affiancato al codice di gravità assegnato nei triage dei Pronto Soccorso da personale sanitario a tutte le vittime di violenza, che siano esse donne, bambini, anziani, disabili e persone discriminate. Insieme al personale sociosanitario, anche assistenti sociali, psicologi, magistrati, ufficiali e sottufficiali della polizia giudiziaria si occupano della presa in carico e della gestione delle vittime di violenza durante tutto il percorso che essa dovrà affrontare. Il Codice Rosa è divenuto operativo nei presidi Ospedalieri di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto nel febbraio del 2019.

Obiettivo: Il presente studio ha come obiettivo quello di descrivere l'attuale situazione degli accessi dei Codici Rosa nei Pronto Soccorso dei due Presidi Ospedalieri dell'AST di Ascoli Piceno, e di indagare sulle caratteristiche e sui fattori di rischio che compongono ogni caso di violenza che afferisce a tale servizio.

Materiali e Metodi: Lo studio condotto è un'indagine osservazionale-descrittiva che si è svolta da marzo del 2024 a giugno 2024 presso le Unità Operative di Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto, mediante l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche ed infermieristiche di tutti quei pazienti a cui è stato assegnato il Codice Rosa nel periodo che va dal gennaio del 2020 fino al marzo del 2024. Per ogni cartella sono stati valutati: anagrafica del paziente, decorso clinico e sintomatologia presentata dalla paziente, tipologia ed informazioni riguardo la violenza.

Risultati: Statisticamente i dati mostrano che nella quasi totalità dei casi studiati si tratta di vittime di genere femminile comprese in una fascia d'età che va prevalentemente dai 36 ai 50 anni. Le vittime si sono recate in Pronto Soccorso principalmente per episodi di violenza fisica, psicologica e sessuale presentando una sintomatologia riconducibile a traumi fisici e psicologici.

Conclusioni: La violenza è un fenomeno complesso ed alle persone che la subiscono è importante garantire un supporto emotivo e psicologico ed assicurare un'efficace assistenza dal punto di vista sanitario. L'efficacia e l'efficienza verso una vittima di violenza devono essere garantite seguendo e rispettando le Linee guida, i Protocolli ed i percorsi specifici attualmente in vigore e devono essere coadiuvate da un'adeguata formazione del personale sanitario per quanto concerne l'argomento.

ABSTRACT IN ENGLISH

Introduction: the Pink Code is a virtual code that is combined with the severity code assigned in the triage of the Emergency Rooms by health personnel to all victims of violence, whether they are women, children, the elderly, the disabled or discriminated people. Together with the social and health personnel, social workers, psychologists, magistrates, officers and non-commissioned officers of the judicial police also take charge of and manage victims of violence throughout the path that they will have to face. The Pink Code became operational in Ascoli Piceno and San Benedetto del Tronto hospitals in February 2019.

Objective: The aim of this study is to describe the current situation of access to the Pink Codes in the Emergency Departments of the two Hospitals of the AST of Ascoli Piceno and investigate the characteristics and risk factors that make up each case of violence that pertain to this service.

Materials and Methods: The study conducted is an observational-descriptive survey that took place from March 2024 to June 2024 at the Emergency Department Operating Units of Ascoli Piceno and San Benedetto del Tronto, through the retrospective analysis of the medical and nursing records of all those patients who were assigned the Pink Code in the period from January 2020 to March 2024. For each record, the patient's personal data, clinical course and symptoms presented by the patient, type and information about the violence were evaluated. Results: Statistically, the data show that in almost all the cases studied, these are female victims in an age group ranging mainly from 36 to 50 years. The victims went to the emergency room primarily for episodes of physical, psychological and sexual violence, presenting symptoms attributable to physical and psychological trauma.

Conclusions: Violence is a complex phenomenon and it is important to guarantee emotional and psychological support to the people who suffer it and to ensure effective assistance from a health point of view. Effectiveness and efficiency towards a victim of violence must be guaranteed by following and respecting the Guidelines, Protocols and specific paths currently in force and must be assisted by adequate training of health personnel on the subject.

LA VIOLENZA DI GENERE

La violenza di genere, o violenza contro le donne, viene definita dall'ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite), in occasione della stesura della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne tenutasi il 20 Dicembre 1993, come un qualsiasi atto di violenza basata sul genere che provochi, o possa provocare, danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche per le donne, comprese le minacce di tali atti, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata (Art. 1) (Risoluzione dell'Assemblea Generale, 1993).

Per violenza di genere si intende, quindi, la violenza diretta ad una persona sulla base della sua appartenenza di genere, ovvero la violenza agita dagli uomini contro le donne proprio perché donne – che siano esse compagne, figlie, sorelle, madri, conoscenti, etc.... In questo senso la violenza di genere differisce da altre forme di violenza ed è importante distinguerla per comprenderne origini, cause e ripercussioni. Poiché nella gran parte dei casi, le donne subiscono violenza all'interno della famiglia, spesso si parla anche di violenza domestica; tuttavia, la violenza domestica include anche atti violenti contro bambini, anziani e in generale membri del nucleo familiare che non avvengono necessariamente sulla base del genere. Similmente anche la violenza sessuale è una forma di violenza contro le donne, ma non l'unica. Quindi la violenza di genere comprende tutte quelle forme di violenza agite dagli uomini contro le donne in cui l'elemento stesso di "genere" (cioè l'essere donna per chi la violenza la subisce e l'essere uomo per chi la violenza la pratica) costituisce una parte fondamentale della relazione violenta.

Ma perché è importante avere chiare queste distinzioni? Prima di tutto perché ci consentono di caratterizzare la violenza contro le donne non solo come un problema inerente alla loro sicurezza ed incolumità fisica e psicologica, ma è anche una gravissima forma di discriminazione oltre che una violazione dei diritti fondamentali alla vita, alla libertà, alla sicurezza, alla dignità, all'integrità fisica e mentale, nonché all'uguaglianza tra i sessi. La violenza contro le donne riguarda quindi la violazione dei diritti umani fondamentali delle donne stesse.

In secondo luogo, tenendo ben presente la specificità del fenomeno rispetto ad altre forme di violenza, ci permette di classificarlo nella più ampia cornice della cultura ancora fortemente sessista e discriminatoria che governa la nostra società odierna e le relazioni

che la compongono. La violenza contro le donne è in larga parte un problema di cultura, cioè rispecchia e rafforza le disuguaglianze ed i diversi ruoli che la società affida all'uomo e alla donna basandosi sul loro sesso di nascita. Comprendere questa stretta relazione lo rende un problema di tutti, non solo in quanto fenomeno socialmente diffuso ed in capo alla collettività, ma anche in quanto esasperata manifestazione di uno svilimento del genere femminile che si manifesta attraverso l'oggettificazione del corpo, la limitazione dell'individualità, visibilità ed autorevolezza delle donne nella vita economica e politica, ma anche nelle tante sfumature della vita familiare e delle relazioni affettive. (Comune Venezia, 2016).

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), la violenza contro le donne è un problema di salute pubblica globale che ha gravi effetti negativi sulla salute fisica, mentale e riproduttiva delle donne. È sempre più riconosciuta come un problema di salute pubblica grazie anche alla crescita della ricerca che documenta l'entità e gli effetti sulla salute delle donne vittime di violenza. Per la prima volta, le stime di prevalenza globale sono state calcolate sulla base di tutti i dati esistenti provenienti da studi basati sulla popolazione che mostrano che in tutto il mondo, il 35% (circa una donna su 3) delle donne ha subito violenza da parte del partner intimo (violenza fisica e/o sessuale) o violenza sessuale da parte di persone diverse dal partner o da entrambi nel corso della vita. Sono necessari sforzi multisettoriali per combattere questo problema profondamente radicato nella società odierna. (World Health Organization, 2002).

La Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne afferma che, riconosce la violenza contro le donne come una manifestazione di potere storicamente ineguale tra uomini e donne, che ha portato alla discriminazione delle donne da parte degli uomini, all'impedimento del loro pieno avanzamento, e che la violenza sulle donne è uno dei meccanismi sociali cruciali attraverso i quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini. Si preoccupa, inoltre, del fatto che la violenza contro le donne è un ostacolo al raggiungimento dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace, e che costituisce una violazione delle libertà fondamentali delle donne pregiudicando il godimento di tali libertà e dell'incapacità di proteggerli e promuoverli. Spaventa, anche, che alcuni gruppi di donne, come le donne appartenenti a gruppi minoritari, le donne indigene, rifugiate, migranti, che vivono in comunità remote, in istituti o in detenzione,

le donne disabili, anziane, le donne in situazioni di conflitto armato sono particolarmente vulnerabili alla violenza. (Risoluzione dell'Assemblea Generale, 1993).

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la maggior parte della violenza contro le donne è da parte del partner. In tutto il mondo, quasi un terzo (circa il 27%) delle donne che hanno avuto una relazione, riferiscono di aver subito una qualche forma di violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner, con un'età compresa tra i 15 ed i 49 anni. (World Health Organization, 2002).

In Italia, con l'espressione violenza di genere si comprendono tutte le forme di violenza, da quella psicologica a quella sessuale, dallo stalking allo stupro, fino al cosiddetto femminicidio e riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al sesso. La normativa contro la violenza di genere persegue tre obiettivi principali: proteggere le vittime, prevenire i reati e punire i colpevoli. Da un punto di vista normativo, con l'introduzione, nel 2009, del reato di atti persecutori o stalking, nella quale si configurano ogni atteggiamento violento e persecutorio che costringe la vittima a cambiare la propria condotta di vita, fino alla legge sulle "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere", dove risultano rafforzati la tutela giudiziaria ed il sostegno alle vittime, dove sono stati inseriti una serie di aggravanti ed anche la possibilità di permessi per motivi umanitari per le vittime straniere di violenza. La normativa italiana è stata aggiornata con la legge n.69 del luglio 2019 in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere e rientra pienamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul del 2011; quest'ultima è considerata il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante "sulla prevenzione e la lotta alla violenza domestica e contro le donne" ed il cui elemento principale è il riconoscimento della violenza sulle donne come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione. Essa prevede la protezione dei bambini testimoni di violenza domestica e richiede, tra gli obiettivi prefissati, la penalizzazione delle mutilazioni genitali femminili. (Ministero dell'Interno , s.d.)

LA VIOLENZA DOMESTICA

La violenza domestica è definita come tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra coniugi o partner e ciò indipendentemente dal fatto che abitino o no nella stessa residenza

con la vittima. Essa è definita anche come violenza da partner intimo ed è agita, statisticamente in modo significativo, più frequentemente, dagli uomini sulle donne.

Nelle situazioni di violenza domestica la relazione si trasforma in un luogo insicuro dove i comportamenti violenti agiti dal partner abusante compromettono la salute fisica e mentale di chi la violenza la subisce. Se la cura, il dialogo, il rispetto, l'affettività sono i tratti distintivi di una buona relazione di coppia e/o di un buon ambiente familiare, allora, in una relazione violenta questi aspetti sono completamente assenti.

La violenza maschile sulle donne, trattata nell'articolo 3 della Convenzione di Istanbul da parte del Consiglio Europeo, non è considerata un'emergenza, ma un fenomeno sistemico strutturale caratterizzato da una natura multifattoriale al cui interno sono presenti vari aspetti, tra i quali: sociali, culturali, politici, e relazionali che sono tra loro interdipendenti e si fondano sulla disparità di potere tra i generi presente in tutto il mondo sia dal punto di vista socioeconomico che politico. (Save the Children, 2022)

La violenza domestica si verifica tra persone di tutte le culture, d'orientamento sessuale, delle occupazioni lavorative, generi, livelli di reddito ed età. Le donne sono più comunemente vittime di violenza rispetto agli uomini e, inoltre, hanno una più alta probabilità di essere aggredite e/o uccise da un partner maschile che da chiunque altro.

Durante la pandemia del COVID-19, la violenza domestica è diventata più diffusa in molti Paesi. I motivi principalmente comprendono lo stress dovuto alle perdite del reddito e di contatto con altre persone. Inoltre, le persone che sono state abusate spesso non possono e/o non riescono a rifugiarsi in un posto sicuro. (Clifton, Michigan, & PhD, s.d.). Infatti, è uno dei maggiori problemi di salute pubblica in tutto il mondo ed avviene in casa, all'interno del contesto familiare dove le donne vengono più spesso maltrattate, principalmente dal marito o dal compagno. Si tratta quindi di un tipo di violenza silenzioso ed invisibile, che i sistemi giudiziari spesso tendono a trattare come questioni private e ciò accade soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. (EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica, 2009).

LE FORME DI VIOLENZA

LA VIOLENZA FISICA

Nella violenza fisica rientrano tutte quelle azioni (a partire da forme lievi fino ad arrivare a forme più gravi) che comportano la vittima ad essere minacciata e/o ad essere colpita

fisicamente, ad essere spinta, stratonata, afferrata, ad essere costretta contro una parete, ricevere urla a pochi centimetri dal viso, ad essere intimidita con la rottura di oggetti o calci e pugni a mobili, ricevere sputi o pizzicotti, ad essere stretta per le braccia in modo intimidatorio o doloroso, ad essere schiaffeggiata e sculacciata, ad essere presa a calci e pugni e morsi, ad essere bruciata con sigarette, ad essere strangolata e soffocata, ad essere privata di cure mediche; vedere maltrattare, ferire o uccidere persone care o animali domestici, ad essere minacciata con armi, ad essere messa fuori di casa o sequestrata, ad essere obbligata a mutilazione genitale femminile. (Serra, 2016).

LA VIOLENZA PSICOLOGICA

La violenza psicologica ha come obiettivo quello di far sentire la vittima priva di valore, di ridurre la possibilità di ribellarsi ai successivi maltrattamenti fisici ed altera le percezioni e le capacità di pensiero critico. (Serra, 2016).

Si compone di ogni forma d'abuso e mancanza di rispetto che lede l'identità della persona. La violenza psicologica è la prima e più diffusa forma di violenza spesso accompagnata da altre forme di violenza. Può portare la donna a condizioni di grave prostrazione e ne mina gravemente l'autostima portandola a dipendere sempre di più dall'autore che commette tale violenza. (Comune Venezia, 2016).

Si manifesta in quattro forme prevalenti:

1. Isolamento: comprende tutte quelle limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici e l'impedimento di lavorare o studiare.
2. Controllo: è quel comportamento del partner che impone alla donna come vestirsi o pettinarsi, che la segue e la spia o si arrabbia se parla con un altro uomo.
3. Svalorizzazione: ne fanno parte le umiliazioni, le offese, le denigrazioni (anche in pubblico), le critiche per l'aspetto esteriore e/o per come la donna si occupa di casa e dei figli.
4. Intimidazioni: veri e propri ricatti, minacce di distruggere oggetti della donna, di fare del male ai figli, minaccia di suicidio, di fare del male a persone care oppure a degli animali domestici. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

LA VIOLENZA SESSUALE

La violenza sessuale, come definita dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), è un qualsiasi atto sessuale, tentativo di atto sessuale, commenti o avances non desiderate,

o traffico sessuale contro la sessualità di una persona utilizzando la coercizione in qualsiasi contesto e da parte di qualsiasi persona, indipendentemente dalla parentela e dalla relazione con la vittima. Ne fa parte lo stupro, ovvero la penetrazione fisicamente forzata o coercitiva della vulva o dell'ano con un pene, un'altra parte del corpo o un oggetto. (OMS, 2022).

Oltre lo stupro, possono essere considerati violenza sessuale anche: tentato stupro, molestia, rapporti sessuali con terzi, rapporti sessuali non desiderati subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali umilianti e denigranti. (Comune Venezia, 2016).

Consiste nel costringere una persona ad avere rapporti sessuali anche quando non vuole o non è in condizioni (come stanchezza, gravidanza, puerperio,), pretendere l'utilizzo di materiale pornografico, atti non desiderati, insultare, criticare, denigrare caratteristiche del corpo del/la partner durante l'atto. (Serra, 2016).

Il reato di violenza sessuale si può manifestare anche nello stato di inferiorità psicofisica quando l'azione dipende da induzione per mezzo di sostanze ed abuso. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

LA VIOLENZA ECONOMICA

La violenza economica riguarda ogni forma di controllo che limiti l'accesso all'indipendenza economica di una persona come tenere la vittima in una situazione di dipendenza economica, impedire che la vittima lavori o costringerla a versare tutto ciò che guadagna nelle spese domestiche, intestare tutti i beni a nome proprio o impedire che la vittima possa accedervi, non condividere le decisioni relative al bilancio familiare e tenere all'oscuro di eventuali investimenti con i soldi di entrambi, obbligare a dimostrare ogni minima spesa effettuata, colpevolizzare, rifiutarsi di partecipare alla vita familiare costringendo la vittima ad occuparsene anche quando possiede poche risorse, coinvolgere la partner in debiti propri. (Serra, 2016).

LA VIOLENZA DI COPPIA

La violenza di coppia consiste in una violenza relazionale e si può manifestare nelle diverse forme espresse insieme, alcune delle quali sono state definite nei paragrafi precedenti, ovvero violenza psicologica, verbale, fisica, economica e sessuale.

Rappresenta una relazione di potere su cui un componente della coppia, sia esso donna e/o uomo, prevarica pesantemente sull'altro. I maltrattamenti, essendo relazionali, sono

prevalentemente psicologici ed hanno lo scopo di umiliare ed annullare l'individualità del/la compagna/o. Spesso vengono alternati comportamenti affettivi con atteggiamenti aggressivi o di rifiuto. La violenza di coppia, invisibile e silenziosa, tende al sistematico annichilimento della libertà di essere e di crescita della vittima, che diventa incapace di curare e comprendere i propri bisogni e diritti, assumendo una funzione di sostegno alle volontà del partner. Ne consegue nella vittima sfiducia ed insicurezza nelle proprie emozioni, perdita di autonomia di pensiero ed azione, comportando al convincimento di uno stato di inferiorità unito ad un senso di colpa e vergogna.

Gli atti fisici iniziano, con maggiore probabilità, durante la gravidanza della vittima che portano ad un cambiamento nella relazione di coppia.

Le donne sono, inoltre, più a rischio di essere gravemente ferite o uccise durante l'allontanamento dal partner, come atto di estremo dominio da parte del compagno violento, che prende coscienza dell'insopportabile individualità della compagna. (Serra, 2016).

STALKING o ATTI PERSECUTORI

Gli atti persecutori, anche detto stalking, sono condotte reiterate nel tempo tese a far sentire la vittima costantemente controllata, in uno stato di pericolo e tensione in modo da provocare un grave stato di ansia o paura, o di determinare un timore per la propria incolumità o per quella di una persona cara, portando a modificare le proprie abitudini di vita.

Anche gli atti persecutori sono una forma di violenza, ne fanno parte ad esempio: telefonate continue ad ogni ora del giorno e della notte, sms, e-mail, continue visite, pedinamenti, minacce, lusinghe, irruzioni sul lavoro, etc.... (Comune Venezia, 2016).

Vengono, inoltre, spesso alternate modalità affettuose ad atteggiamenti aggressivi che possono degenerare in danneggiamento di beni privati fino all'uccisione della vittima, ad esempio: strumentalizzazione dei figli (utilizzati come tramite di messaggi offensivi), presenza costante davanti casa o sul luogo di lavoro, richiesta incessante ad amici e parenti sugli spostamenti della vittima, etc.... (Serra, 2016).

LA VIOLENZA ASSISTITA

La violenza assistita è definita come l'esperire da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica,

sessuale, economica e stalking su figure di riferimento o affettivamente significative, che siano essi adulti o minorenni. L'esperienza può essere diretta (quindi la violenza avviene nel suo campo percettivo), indiretta (quindi il/la bambino/a viene a conoscenza della violenza) e/o percepiscono gli effetti sia fisici che psicologici. (CISMAI, 2005)

È una forma di maltrattamento che può determinare effetti a breve, medio e lungo termine e rappresenta uno dei fattori di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza.

Spesso i bambini vittima di violenza assistita assumono una funzione "protettiva" per la mamma vittima o di "appoggio" per il papà maltrattante. Crescono apprendendo che l'uso della violenza sia ammissibile nelle relazioni affettive e potrebbero strutturare stereotipi svalutanti della figura materna, oltre che misoginia. (Serra, 2016)

LA VIOLENZA SULL' ANZIANO

La violenza sull'anziano consiste in atti deliranti di violenza psicologica, fisica, sessuale e/o economica che comprende punizioni fisiche, abuso della contenzione fisica o farmacologica, infliggere angoscia ed umiliazioni, insulti e minacce, mettere in ridicolo, non fornirgli i servizi materiali di cui necessita ed uso illegale delle risorse economiche dell'anziano per profitti personali.

Raramente se ne viene a conoscenza, per tanti motivi: le vittime tacciono, temono ripercussioni sia in famiglia sia in istituto e, a volte, vengono minacciate di essere accusate di diffamazione. Inoltre, i familiari tendono a mantenere il segreto all'interno delle mura domestiche per timore delle conseguenze a livello sociale e ciò rende difficoltosa la raccolta di prove. (Serra, 2016)

Infatti, meno del 20% dei casi di abuso è segnalato e circa il 15% degli anziani maltrattati chiede aiuto alle autorità o agli operatori. L'abuso diventa sempre più frequente e grave nel tempo. (Daniel B. Kaplan & Adelphi University, 2023)

LA VIOLENZA SUL DISABILE

È caratterizzata da atti di bullismo, umiliazione, pestaggio e derisione. Sono considerate forme di violenza tutte quelle situazioni, che spesso si prolungano per anni, di isolamento e privazione che le persone disabili devono sopportare per via delle carenze nel campo dell'assistenza sia familiare che delle istituzioni. Questo tipo di violenza, soprattutto se subita quotidianamente, spesso emerge con difficoltà ed è invisibile.

Le recenti ricerche svolte negli Stati Uniti evidenziano che i ragazzi con disabilità subiscono maggiori abusi fisici e trascuratezza rispetto alle ragazze con una percentuale che si aggira intorno al 65% per i ragazzi ed al 35% per le ragazze, che però subiscono maggiori abusi sessuali.

È stato visto, inoltre, che la scoperta dell'abuso viene realizzata in un arco di tempo maggiore dal fatto accaduto rispetto a persone non disabili. (Serra, 2016)

BULLISMO

Il bullismo è definito come quel fenomeno di prepotenze perpetrate da bambini e/o ragazzi nei confronti dei loro coetanei, nella maggior parte dei casi, in ambito scolastico. Nella relazione maltrattante e persistente nel tempo vi è il coinvolgimento sempre degli stessi soggetti: il/la persona dominante (anche chiamata bullo/i), le vittime in uno stato di impotenza e disagio, i cosiddetti bulli passivi o gregari che devono affermarsi nel gruppo e coloro che assistono preferendo non prendere parte alle prepotenze.

Il bullismo ha diverse forme di violenza con la quale si esprime e sono: fisica, verbale e psicologica.

Si identificano negli atti di bullismo: insulti, offese, prese in giro, umiliazioni, intimidazioni, isolamento ed esclusione, voci diffamatorie, critiche immotivate, razzismo, eccessivo controllo, estorsione, comportamenti aggressivi, lesioni personali, danneggiamento di oggetti della vittima. (Serra, 2016).

MOBBING

Il mobbing è una comunicazione conflittuale sul posto di lavoro tra colleghi o superiori e dipendenti in cui la persona attaccata si trova in una posizione di debolezza e viene aggredita direttamente o indirettamente da una o più persone in modo frequente, con lo scopo di estrometterlo/a dal mondo del lavoro. Questo processo è percepito dalla vittima come una discriminazione.

Viene definito in base diversi criteri, quali: ripetitività degli attacchi e frequenti per un lungo periodo di tempo, accanimento sulla vittima, intenzionalità nell'arrecare disagio che comportano conseguenze psicosomatiche alla vittima.

Le azioni messe in atto possono avvenire anche da più soggetti coalizzati in gruppi e possono essere i seguenti: marginalità nelle attività lavorative, rimproveri privati e pubblici anche per argomenti banali, attribuzione prolungata di compiti dequalificanti o

troppo eccessivi, isolamento, forme varie di controllo, attacchi sul piano personale, umiliazioni, denigrazioni ed esclusione del lavoratore reiterata da attività ritenute formative.

Queste azioni potrebbero causare delle ripercussioni psicologiche che spesso sfociano in malattie ad andamento cronico, come: disturbo post-traumatico da stress, disturbi del sonno, attacchi di panico, disturbo dell'adattamento con sintomi ansioso-depressivi, cefalea, disturbi psicosomatici e gastrointestinali. (Serra, 2016).

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Il modello d'intervento, in merito alle vittime di violenza, fa riferimento a linee guida e raccomandazioni, alla normativa nazionale e regionale a partire dalle raccomandazioni redatte dalla Convenzione di Istanbul del 2011, dagli studi condotti dall'OMS nel novembre del 2014, per finire con le linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in materia di soccorso ed assistenza socio-sanitaria alle vittime di violenza redatte ed adottate con un DPCM del novembre del 2017.

Con la Legge di Stabilità del 2016 è stato istituito nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere un percorso specifico per la tutela delle vittime di violenza e specifica che per l'attuazione delle linee guida sono stati istituiti dei gruppi multidisciplinari con lo scopo di offrire assistenza giuridica, sanitaria e sociale, garantendo inoltre la rapida attivazione di tale Percorso e la successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali che ogni regione mette a disposizione.

Le Linee Guida Nazionali, redatte con un DPCM nel novembre del 2017 e uscite in Gazzetta Ufficiale nel gennaio del 2018, per le Aziende Sanitarie in tema di assistenza alle donne vittime di violenza prevedono, entro un anno dal suddetto documento, l'istituzione e l'attuazione di un percorso di protezione per le donne che hanno subito e/o subiscono una violenza volto a garantire un'adeguata presa in carico della donna durante tutto l'itinerario che la paziente seguirà sia all'interno del Pronto Soccorso sia durante l'orientamento ai Servizi territoriali di riferimento come i Centri Antiviolenza e/o le Case Rifugio. (ARNAS, 2024).

Per quanto riguarda la Regione Marche ha elargito le Linee Guida nel settembre del 2017 che riguardano la cura e la presa in carico delle persone che hanno subito violenza, mentre, per quanto riguarda l'AST di Ascoli Piceno è stato redatto il Protocollo attualmente in auge nell'ottobre del 2018.

Per quanto riguarda la procedibilità della violenza, dal punto di vista giuridico, è un reato disciplinato dai seguenti articoli del codice penale:” 61 n.11 quinquies, 361, 362, 366, 570, 571, 572, 575, 581, 582, 583, 584, 591, 600, 609-bis, 609-ter, 609-quarter, 609-quinquies, 609-septis, 609-opities, 612, 612-bis, 613”. (ASUR Marche & al., 2017).

Nell’ambito dei professionisti sanitari si hanno l’obbligo di denuncia (disciplinato dall’art. 361, 362 e 331 del codice penale) e l’obbligo di referto (disciplinato dall’art. 334 e 365 del codice penale). L’obbligo di denuncia viene espletato da un pubblico ufficiale e/o da un incaricato di pubblico servizio che ha appreso del reato perseguibile d’ufficio nell’esercizio o a causa delle sue funzioni; la denuncia viene redatta per iscritto e deve essere trasmessa senza ritardo al Pubblico Ministero. L’obbligo di referto viene espletato da tutti gli esercenti la professione sanitaria nel momento in cui hanno prestato la propria assistenza od opera, nell’esercizio delle sue funzioni ed a prescindere dal consenso della persona offesa; il referto deve essere inoltrato entro e non oltre le 48 ore o immediatamente al Pubblico Ministero competente e ne sono un esempio, il reato di lesioni personali volontari con una prognosi superiore a 20 giorni, violenza sessuale commessa dal genitore e/o di gruppo o su minore di anni 18 o su maltrattamenti in famiglia. (Saccardi & al.).

CODICE ROSA

CHE COS’È IL CODICE ROSA?

Il “Codice Rosa” è un percorso speciale per le vittime di violenza, in ogni sua forma, che si rivolgono ai Pronto Soccorso senza distinzione di genere e/o età che, per via della loro fragilità, possono diventare facilmente vittime di violenza indipendentemente dal fatto che siano donne o uomini, anziani, bambini, immigrati, omosessuali, o che hanno difficoltà a denunciare situazioni di violenza ed a volte anche a rendersene conto di essere vittime.

Il percorso del “Codice Rosa” è divenuto effettivamente operativo nel gennaio 2010 dalla collaborazione tra l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) 9 di Grosseto e dalla Procura della Repubblica di Grosseto. È un codice virtuale che viene affiancato al codice di gravità assegnato nei triage dei Pronto Soccorso da personale adeguatamente formato a riconoscere segnali, non sempre evidenti e conclamati, di una violenza subita, anche se non dichiarata. (Doretto & Pagliara, 2019).

Dopo che è stato effettivamente riconosciuto un Codice Rosa, viene attivata la “Task Force istituzionale”, ovvero una vera e propria squadra composta da infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi, magistrati, ufficiali e sottufficiali della polizia giudiziaria che si impegnano a tutelare tutte quelle fasce più deboli della popolazione che sono esposti a episodi di abuso e violenza. Il compito principale che tale gruppo di lavoro si prefissa è quello di offrire un’adeguata assistenza sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, nonché di una mirata individuazione di tutti quegli episodi di violenza per i quali le vittime si rivolgono ai Pronto Soccorso. (Meucci, Doretti, & Coniglio, 2011).

L’intervento congiunto della task force permette di prestare cure mediche immediate e sostegno psicologico a chi subisce la violenza, rispettandone la riservatezza ed il tipo di percorso che intendono seguire dopo le cure, tutelandone l’assoluta privacy ed i “tempi dei silenzi” delle vittime stesse. L’attività svolta dalla task force si basa su un protocollo firmato congiuntamente dalla Regione Toscana e dalla Procura della Repubblica.

Alle dovute cure che vengono offerte alle vittime, si affianca l’azione tempestiva della Procura generale e delle forze dell’ordine per registrare tutti gli elementi utili, avviare eventuali indagini e monitorare tutte le situazioni a rischio in caso di mancata denuncia. L’importanza di procedure e specifici protocolli operativi condivisi ha permesso di velocizzare i tempi di indagine e creare un flusso informativo condiviso tra Asl, Procura e Forze dell’ordine. (FORUM PA, 2012).

IL PROGETTO

Il percorso del Codice Rosa nasce nell’ASL 9 di Grosseto nel 2009 a partire da uno spunto della dottoressa Vittoria Doretti, responsabile proprio dei casi di violenza, e dal dottor Giuseppe Consiglio, sostituto della Procura della Repubblica di Grosseto, che fa anche parte del pool di magistrati che seguono i reati di violenza sessuale.

Questo progetto origina anche dalla consapevolezza che questo fenomeno di “violenza” non può essere affrontato in maniera parcellizzata o settoriale. Infatti, fino all’effettiva operatività di tale percorso ogni operatore di ciascun Ente e Istituzione lavorava seguendo procedure che, sebbene fossero corrette, seguivano strade separate, non c’era un confronto dei dati statistici utili per il monitoraggio del fenomeno e senza mettere in atto una comune strategia per affrontarlo in modo adeguato. (Meucci, Doretti, & Coniglio, 2011).

Da questa presupposto prendono vita il “Codice Rosa” ed il “Percorso Rosa”, cioè un particolare itinerario all’interno del Pronto Soccorso riservato alle vittime di violenza, con lo scopo di integrare e coordinare le azioni delle diverse istituzioni e competenze, di fornire ed incrementare il monitoraggio del fenomeno, di incentivare l’aggiornamento professionale per garantire un servizio sempre più efficace ed avanzato sin dall’arrivo della vittima in Pronto Soccorso. Questo progetto prevede anche la collaborazione tra operatori sanitari, istituzioni e forze dell’ordine per promuovere campagne di sensibilizzazione contro questo fenomeno, nonché il sostegno e l’assistenza alle vittime di violenza in tutte le sue fasi grazie ai centri antiviolenza ed alla rete territoriale. (Meucci, Doretti, & Coniglio, 2011).

Grazie alla collaborazione tra personale sanitario, polizia giudiziaria e procura della Repubblica, la direzione dell’ASL 9 di Grosseto costituisce una “Task Force Interistituzionale” formata da un gruppo di magistrati della procura, dai medici e dagli infermieri del Centro di Coordinamento Vittime di Violenza e dal gruppo di lavoro dell’ASL 9. (Meucci, Doretti, & Coniglio, 2011).

Il progetto prevede anche la collaborazione tra le Istituzioni per sviluppare azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza, d’accordo con la rete dei centri antiviolenza e delle associazioni di volontariato e di solidarietà. (Doretti & Pagliara, 2019).

La “Task Force Interistituzionale” diviene operativa il 1° gennaio 2010 e, poco tempo dopo, viene anche formalizzato un protocollo d’intesa, stipulato invece nell’aprile del 2010. Quell’anno fu attivata, a livello provinciale, su accessi al Pronto Soccorso per un totale di oltre 300 Codici Rosa tra maltrattamenti, abusi, stalking e casi pediatrici, ma ciò che fa clamore è che circa il 40% delle vittime ha sporto denuncia a seguito dell’accesso in Pronto Soccorso. (Doretti & Pagliara, 2019).

Nel 2011, dopo la sottoscrizione del protocollo d’intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale con la squadra di Grosseto come punto di riferimento.

Dal gennaio del 2012 si avvia la sperimentazione di tale progetto nelle ASL di Arezzo, Lucca, Prato e Viareggio.

Dal gennaio del 2013 il progetto viene esteso anche nelle ASL di Pisa, Livorno, Empoli e alle Aziende Ospedaliere di Meyer e Careggi.

Dal gennaio 2014 viene completata la diffusione a livello regionale con l'inserimento delle ASL di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e le Aziende Ospedaliere di Senese e Pisana.

Nel dicembre del 2015 è stata approvata la Legge di Stabilità (Legge 208/2015) che ci aggiorna riguardo le ultime novità in maniera di contrasto alla violenza e, ispirandosi all'esperienza del percorso "codice rosa" di Grosseto, prevede la diffusione sia nazionale che istituzionale del Codice Rosa con l'obiettivo di tutelare le persone vittime di violenza. (Doretto & Pagliara, 2019).

FORMAZIONE

La formazione professionale nella nostra regione, nell'ambito del Codice Rosa, è regolamentata dalla Legge Regionale dell'11 novembre 2008 n.32 che cita nell'art.10 come la Regione e le Province promuovono iniziative e moduli formativi finalizzati alla formazione di operatori che intervengono sul fenomeno della violenza sulle donne.

Tutti gli operatori che lavorano nelle strutture sanitarie dovrebbero conoscere sia la problematica che la normativa di riferimento, oltre che i sintomi d'allarme ed i necessari percorsi da attivare in caso di necessità grazie alla formazione obbligatoria. (ASUR Marche & al., 2017).

La formazione, che deve essere continua, interdisciplinare e multiprofessionale, è uno strumento importante per promuovere e condividere conoscenze e procedure operative, sviluppando collaborazione e motivazione all'interno dei gruppi operativi. L'attività formativa viene progettata su temi specifici, coerentemente con gli aspetti organizzativi e progettuali, assicurando continuità a livello regionale ed aziendale. Questa formazione è rivolta al personale dei gruppi operativi e alle "sentinelle" presenti presso le strutture e viene realizzata in collaborazione con Enti, Istituzioni, i Centri Antiviolenza della rete territoriale e varie associazioni di volontariato che operano in sinergia con la task force codice rosa. (Regione Toscana, 2023).

Le sopraccitate "sentinelle" sono operatori d'esperienza che sono adeguatamente addestrati e formati a riconoscere possibili vittime e a favorirne l'accesso ai servizi di aiuto presenti sul territorio, fanno parte della task force interistituzionale e sono formati in circa 24 mesi; ne fanno parte operatori sociosanitari ed amministrativi, donne e uomini delle forze dell'ordine, farmacisti ed insegnanti. (FORUM PA, 2012).

I corsi che fondamentalmente vengono utilizzati per la formazione del personale sono:

- Corsi specifici per operatori che possono entrare a far parte della task force;
- Corsi specifici per operatori del Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- Corsi base per le “sentinelle”;
- Momenti di formazione e/o informazione che coinvolgono tutta la popolazione per la massima diffusione del Progetto e la propria sensibilizzazione. (Doretto & Pagliara, 2019).

OBIETTIVI DEL CODICE ROSA

Gli obiettivi che rientrano nel “Percorso Rosa” iniziano, soprattutto, con un’adeguata assistenza socio-sanitaria (intesa sia come assistenza clinica che diagnostica) e giudiziaria alle vittime di violenza, facendo attenzione a far emergere precocemente tutti quegli episodi sospetti in cui la vittima ha difficoltà a denunciare o raccontare ciò che accade affidandola a percorsi dedicati, coordinando le diverse istituzioni e competenze per fornire un’efficace risposta già dall’arrivo della vittima in pronto soccorso, garantendo una completa presa in carico e attivando tutti i servizi della rete territoriale per il continuum assistenziale valutandone le esigenze ed assicurando un’adeguata compilazione di tutti i referti necessari per il reperimento degli elementi di prova, oltre che sostenere e rispettare la privacy della vittima. Un ulteriore obiettivo che si pone il Codice rosa è quello di garantire un luogo sicuro, la Stanza Rosa, ai/alle pazienti che lo richiedono o in casi specifici per effettuare controlli e consulenze mediche in totale riservatezza, alla quale può accedere anche il personale della polizia giudiziaria delegato alle indagini del caso, importante è che non venga identificata come tale per motivi di riservatezza. (Doretto & Pagliara, 2019).

ACCOGLIENZA e PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO

Tutte le vittime di violenza di genere, che spesso sono donne, si rivolgono al Pronto Soccorso per ricevere supporto sanitario e psicosociale. È importante che tutto il personale mantenga un atteggiamento disponibile all’ascolto, non giudicante, non frettoloso, spiegando l’importanza di collaborare e di acconsentire all’esame medico per il reperimento di prove che potranno essere utili alle autorità giudiziarie.

L’infermiere di triage assegna, in questi casi, insieme al codice di gravità, il “Codice Rosa” basandosi su ciò che viene dichiarato dalla paziente (ad esempio percosse, lesioni, maltrattamenti, aggressioni, eventuale violenza sessuale, etc....) al momento dell’accesso

in Pronto Soccorso, che sia essa accompagnata dalle Forze dell'Ordine, o da altre persone, o dall'Ambulanza 118. Tutti i casi di Codice rosa hanno la precedenza, ad eccezione dei codici rossi, rappresentando effettivamente dei codici gialli con un tempo massimo di attesa di 20 minuti per ridurre il più possibile i rischi di ripensamenti o allontanamenti. L'infermiere di triage, inoltre, dovrà segnalare se la/il paziente ha subito effettivamente una violenza, quindi una violenza dichiarata (VD), o si sospetta che lo sia, quindi violenza sospetta (VS); questo servirà a quantificare numericamente le vittime di violenza così da evidenziare eventuali accessi ripetuti al Pronto Soccorso. Il personale sociosanitario dovrà comunicare anche eventuali comportamenti anomali sia da parte della vittima che da parte degli accompagnatori in tempi rapidi ed in un luogo idoneo. (ASP Enna, 2021). L'accoglienza è il primo momento nella quale si instaura la relazione tra vittima, quasi sempre donna, e gli operatori sanitari. La principale caratteristica di questa reciproca relazione, da parte della donna, è il sentirsi ascoltata, accolta e, da parte degli operatori sanitari, è quello di poter acquisire tutte le informazioni necessarie a porre un'efficace risposta al problema. È un momento complesso e delicato nel quale la donna deve percepire di essere nel luogo giusto dove raccontare la sua storia, dove viene rassicurata sulla sua credibilità e non responsabilità riguardo l'accaduto. (Manuale per operatori sanitari sulla violenza di genere, 2013).

Alla donna deve essere garantita la possibilità di scegliere cosa dire o non dire, cosa accettare o non accettare delle cure proposte alla paziente e senza alcuna fretta. I bisogni della donna comprendono anche che essa sia affidata a personale competente, senza pregiudizi ed erranee interpretazioni che possano giustificare la violenza subita. (Manuale per operatori sanitari sulla violenza di genere, 2013).

Il reperimento dei dati riguardanti l'accaduto e su come è avvenuta la violenza, è un punto nevralgico per il monitoraggio della violenza di genere ed aiuta a fornire un'adeguata assistenza sanitaria anche insieme ad altre figure professionali, comprese le Forze dell'Ordine. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Per l'espletamento della raccolta dati, la paziente viene accompagnata in una stanza dedicata, la stanza "Rosa", senza accompagnatori (a meno che non siano espressamente richiesti dalla paziente) ed in presenza del Medico di Pronto Soccorso e dell'infermiere. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Il Medico del P.S. per eseguire un'attenta anamnesi deve comprendere le circostanze dell'aggressione, cioè:

- Data e ora dell'accaduto
- Luogo dove si è svolta la violenza
- Numero dell'aggressore o degli aggressori, se sono conosciuti o no, grado di parentela
- Fatti che la paziente ricorda dell'aggressione
- Eventuali minacce e lesioni fisiche ricevute
- Dinamica, quindi come è avvenuta la violenza e la tipologia
- Eventuale ingestione di sostanze stupefacenti, alcool, presenza di armi, furto, etc.
...
- Se è avvenuto un sequestro e per quanto tempo
- Eventuale perdita di coscienza
- Il tempo trascorso tra la violenza e la visita
- Se la paziente ha effettuato precedenti visite presso altri presidi sanitari o operatori
- Anamnesi fisiopatologica della paziente
- Descrizione dettagliata dei segni e sintomi riferiti dalla paziente.

In caso di violenza sessuale si aggiungono anche:

- Se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente.
- La pulizia delle zone lesionate o penetrate
- Se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta
- Se c'è stata penetrazione con oggetti
- Se si è fatto uso del preservativo e se è avvenuta l'eiaculazione
- Se la paziente si è cambiata gli slip o gli indumenti (importante anche per via del reperimento delle prove per un'eventuale denuncia o procedimento giudiziario)
- Se la paziente, dopo la suddetta violenza sessuale, ha vomitato, ha effettuato la pulizia del cavo orale, ha defecato o urinato
- Se ha assunto farmaci dopo l'evento
- Se faceva o fa uso di anticoncezionali. (AUSL 4 Teramo, 2014) , (Manuale per operatori sanitari sulla violenza di genere, 2013).

LA VISITA MEDICA

La visita da parte del Medico di Pronto Soccorso deve essere tempestiva, specificando in maniera dettagliata tutte le lesioni riscontrate ed osservabili che possono essere fotografate previo consenso della paziente. Tale consenso deve essere fornito anche per tutte quelle indagini a cui deve essere sottoposta la paziente all'interno dell'iter diagnostico e terapeutico.

Ove fosse necessario e nel più breve tempo possibile, la paziente viene sottoposta ad esami strumentali e diagnostici che prevedono la consulenza di altri specialisti clinici, come ad esempio lo psichiatra, lo psicologo, il ginecologo, il pediatra nel caso ci sia una vittima minore, etc. ...

Tutto ciò che emerge dal colloquio con la paziente, dalle consulenze, dall'esame obiettivo e dagli accertamenti si dovrà trascrivere nella cartella clinica guidata con il supporto del personale infermieristico. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Quando il medico prende in carico la paziente, dopo aver eseguito il colloquio preliminare, esegue l'anamnesi avendo cura di rilevare di che tipo di violenza si tratta (se di maltrattamento, abuso prolungato, violenza sessuale, etc. ...), la durata dell'abuso ed il luogo, la relazione con l'aggressore e se intende sporgere denuncia. Durante l'esame obiettivo il medico si accerta di descrivere sede e tipo di lesioni presenti, urgenza delle stesse e di valutare, secondo l'algoritmo ABCDE, la paziente per verificarne la stabilità emodinamica. In base all'anamnesi ed all'esame obiettivo si allerta il team multidisciplinare codice rosa. (ASP Enna, 2021) (ARNAS, 2024).

Il medico, attenendosi al protocollo vigente, effettua una prima raccolta degli indumenti e/o di altri reperti inerenti all'evento violento, dopo aver indossato i guanti monouso non sterili, e vengono posti sotto "catena di custodia" al Laboratorio Analisi o presso l'Autorità Giudiziaria previo richiesta. Gli indumenti raccolti vengono conservati in buste sigillate, etichettati, firmati dalla paziente e dall'operatore che li ha raccolti, accompagnati da relativo modulo firmato che ne certifica la custodia riportante le firme della vittima, dell'operatore che trasporta i reperti a mano in laboratorio e del tecnico di Laboratorio che riceve i suddetti reperti. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

In caso di vittima di violenza sessuale, la paziente deve essere informata del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili e di possibili gravidanze. Per questo motivo, oltre la profilassi antitetanica, alla paziente verrà sottoposta sia alla terapia

anticoncezionale che al test di gravidanza ed alla terapia anti-HIV ed anti-HBV entro 1-4 ore, ma non oltre le 48 ore dall'avvenuta violenza con successivi follow-up in Consultorio in carico al ginecologo. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

Successivamente all'esame obiettivo, il medico effettua l'esame ispettivo fisico; durante il quale andranno cercate, su tutta la superficie corporea, tutte quelle lesioni riconducibili alla violenza che poi andranno descritte (specificandone aspetto, forma, colore, dimensione e sede), documentate e fotografate. Più comunemente le lesioni che si riscontrano sono di tipo contusivo, cioè ecchimosi, arrossamenti, escoriazioni, sanguinamento, lacerazioni, morsicature e fratture. Invece, nei casi di violenza sessuale, le lesioni si possono più frequentemente trovare sul capo, sul viso, sul collo, sul seno, sulle braccia, sui polsi, sulle gambe e sulla superficie interna delle cosce. (AO Universitaria Senese , 2013).

Successivamente il medico prescrive i seguenti esami ematochimici venosi:

- Una provetta da siero tappo bianco da 10 ml colma per effettuare esami in urgenza e non come previsto dal profilo contro la Violenza utilizzato in PS.
- Quando necessario tre provette da emocromo 3,5 ml tappo viola con EDTA, di cui 1 da analizzare e 2 per la “catena di custodia”, per eseguire alcolemia (per tale motivo meglio non utilizzare disinfettanti su base alcolica) e dosaggio di eventuali farmaci e/o sostanze che la vittima ha assunto seguite dall'apposita procedura per l'alcolemia.
- Se necessario tre provette di urine tappo rosso, di cui 1 da analizzare e 2 per la “catena di custodia”, per la raccolta dei campioni di urine per il dosaggio delle droghe d'abuso.
- Se si sospetta una gravidanza, e la donna è in età fertile, si eseguono anche le Beta HCG (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

L'importanza della conservazione dei reperti e degli indumenti raccolti ha un rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché un'incongruenza nella custodia dei suddetti reperti può costituire un elemento a favore della difesa dell'aggressore. Per questo è importante mantenere e garantire il rispetto della “catena di custodia” dei reperti. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Affinché il medico del PS assista e tuteli la paziente in maniera globale, richiede tutte le consulenze ritenute necessarie per approfondimenti diagnostico-terapeutici così da stilare

un referto accurato e completo. Infatti, nel caso in cui ci si trovi davanti una vittima di violenza sessuale verrà effettuata tempestivamente la consulenza da parte del reparto di Ostetricia e Ginecologia. Per quanto riguarda i casi di violenza maschile si effettua la consulenza da parte del reparto di Chirurgia e/o Urologia. Nel caso di violenza subita su un paziente che presenta o è in terapia per patologie psichiatriche o psicosociali si effettua la consulenza con il reparto di Psichiatria per una valutazione esaustiva, ma anche per un supporto psicologico o presa in carico del suddetto paziente. Ove fosse presente un caso di violenza minorile, cioè di un paziente con un'età al di sotto dei 14 anni, si effettua una consulenza Pediatrica.

La visita ginecologica/chirurgica, dopo che la vittima ha affrontato un'esperienza così devastante e umiliante come una violenza, ha degli aspetti peculiari. (AUSL 4 Teramo, 2014).

L'attività del ginecologo o del chirurgo inizia dapprima nel prendere atto della documentazione cartacea del Pronto soccorso sottoscritta dal medico che ha visitato la vittima e, successivamente, effettuare un colloquio con la paziente seguita da anamnesi ginecologica dettagliata con la compilazione della Scheda violenza ginecologica. Su questa scheda andranno anche riportati l'esame obiettivo e tutti gli esami strumentali e di laboratorio che vanno poi svolti dalla paziente previo consenso informato.

Si procede con il KIT VIOLENZA per la raccolta di tutti i reperti necessari che verranno poi consegnati sotto catena di custodia al Laboratorio Analisi o all'Autorità Giudiziaria.

La procedura prevede quanto segue:

- Viene eseguito un prelievo di materiale biologico nelle diverse cavità e superfici corporee che riguardano i tamponi per la ricerca degli spermatozoi e la tipizzazione genica, che devono precedere l'esplorazione vaginale e rettale, e l'esecuzione dei tamponi per gli esami batteriologici; tutti i tamponi devono essere eseguiti con guanti sterili, prelevati in doppio e, successivamente, siglati dalla vittima. Il tampone per la ricerca degli spermatozoi viene strisciato su un vetrino essiccato all'aria e conservato ad una temperatura controllata di circa -20°C, così come il tampone per la tipizzazione genica. Devono essere effettuati 2 campioni per ogni aggressore e per ogni sito di campionamento che viene ritenuto necessario; infatti, all'interno del KIT sono presenti sei tamponi, ma in caso di

necessità di un maggiore, si procederà ad aprire un altro KIT. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

- In base al racconto della vittima, vengono anche ricercate ulteriori tracce biologiche dell'aggressore sulla cute (mediante tampone asciutto e/o bagnato con la fisiologica sterile presente nel KIT) o sotto le unghie (mediante scraping ungueale, tagliandole e conservandole), possono essere raccolti eventuali peli pubici e capelli dell'aggressore, detriti o corpi estranei che verranno conservati a temperatura ambiente. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).
- Infine, avviene la raccolta degli indumenti e/o di altri reperti connessi all'evento e riposti nella busta del KIT VIOLENZA e consegnati direttamente sotto la catena di custodia al Laboratorio Analisi o all'Autorità Giudiziaria. (AV5 Ascoli Piceno, 2018).

Se non viene effettuato nella prima visita, ovvero dal medico del PS, il ginecologo/chirurgo provvederà a prescrivere lo screening per le malattie sessualmente trasmissibili (tra cui: Gonorrea, Sifilide, HPV, HIV, HBV, Germi Comuni, Batteriosi vaginale, Clamidia T. e Trichomonas vaginale) e incentivando il/la paziente a proseguire tali controlli per le sei settimane successive. A seguito dello screening è obbligatorio sottoporre il/la paziente ad una profilassi antibiotica che copra le diverse possibilità di trasmissione delle malattie sessualmente trasmissibili ed una profilassi antitetanica nel caso di ferite sporche di terra ed in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Il medico che ha preso in carico la vittima ha la massima priorità di redigere il referto per l'Autorità giudiziaria, che viene redatto in tutti i casi di violenza, inviato tramite Polizia Giudiziaria. La copia del suddetto referto viene conservata in Pronto Soccorso. (AUSL 4 Teramo, 2014).

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatore sanitario che ha preso in carico il/la paziente utilizza il "Brief Risk Assesment for the Emergency Department" come strumento per l'elaborazione e la formulazione di un'adeguata rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità della violenza subita, così da adottare le migliori opzioni di dimissione per il/la paziente. (ARNAS, 2024).

PRIVACY e CONSENSO INFORMATO

In sanità il consenso è espresso dal/la paziente per autorizzare il professionista sanitario alla conoscenza e all'utilizzo dei propri dati sensibili, ma anche per manifestare la propria scelta riguardo ad uno specifico trattamento od accertamento medico. In quest'ultimo caso parliamo di consenso informato, cioè il diritto di esprimere validamente la propria volontà di sottoporsi ad un trattamento sanitario solo dopo essere stati correttamente informati ed aver acquisito consapevolezza. Tale diritto viene consacrato sia dall'art. 32 della Costituzione, secondo il quale *“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*, sia con l'art. 13 della Carta costituzionale che consolida l'inviolabilità della libertà personale. (Saccardi & al.).

In caso di “procedura Codice Rosa” la vittima, o presunta tale, è chiamata ad enunciare il consenso informato sia al trattamento sanitario che ai successivi accertamenti sanitari. Nello specifico, la vittima deve essere nella condizione di acconsentire liberamente ai prelievi di liquidi biologici e dalle mucose dei genitali o da altre regioni anatomiche, al conferimento in custodia alla Polizia Giudiziaria o alla struttura Sanitaria, degli elementi biologici prelevati, degli abiti ed effetti personali indossati al momento della visita, a trattamenti specifici come il test anti-HIV ed all'acquisizione della documentazione fotografica. (Saccardi & al.).

La vittima, o presunta tale, inoltre, verrà adeguatamente informata dal professionista sanitario sui “Percorsi extra-ospedalieri esistenti sul territorio” che, previo suo espresso consenso, potranno essere attivati. Esprimendo tale consenso, la vittima accetta un percorso di presa in carico da parte dei servizi sul territorio che, nei casi più gravi, si potrebbe concludere con l'allontanamento fisico della stessa. (Saccardi & al.).

RUOLO DELLE FORZE DELL'ORDINE

Gli obblighi di referto (descritto negli art. 334 e 365 del Codice penale) e di denuncia (descritto negli art. 361 e 362 del Codice penale) sono obblighi di informazione all'Autorità Giudiziaria a carico dell'esercente la professione sanitaria qualora venga a conoscenza di un fatto illecito riconducibile come reato perseguibile d'ufficio. Infatti, la loro omissione o grave incompletezza è penalmente sanzionata dall'ordinamento penale. Tali obblighi sono tenuti, rispettivamente, nel caso dell'obbligo di referto gli esercenti la professione sanitaria e nel caso dell'obbligo di denuncia gli esercenti la professione

sanitaria che rivestono la qualifica di pubblico ufficiale (come specificato nell'art. 357 del Codice penale) o di incarico di un pubblico servizio (come specificato nell'art. 358 del Codice penale). (Saccardi & al.).

Sono oggetto di obbligo di referto tutti quei casi che possono essere identificati con i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il delitto perseguibile d'ufficio si definisce tale quando l'azione penale è avviata non appena è giunta la notizia di reato, indipendentemente dalla volontà della persona di perseguire il colpevole con una denuncia o querela. Infatti, è sufficiente che emerga anche solo un dubbio all'operatore perché sorga l'obbligo di referto. Il professionista sanitario, adempiendo a tale obbligo, non si espone a responsabilità penale per il reato di calunnia (descritto nell'art. 368 del Codice penale) perché non accusa nessuno, ma si limita a riferire quanto visto ed appreso dalla persona. Mancherebbe, inoltre, l'elemento soggettivo del reato, ossia il dolo, ma dal momento che il professionista sanitario non incolpa volontariamente nessun soggetto che sa di essere innocente. (Saccardi & al.).

Alcuni esempi di delitti perseguibili d'ufficio comprendono: i delitti contro l'incolumità individuale, i delitti contro la libertà sessuale ed i delitti contro la famiglia. I delitti contro l'incolumità individuale includono il reato di lesioni personali volontarie da cui deriva una malattia che abbia una durata superiore a 20 giorni (come descritto nell'art. 582 del codice penale), il reato di lesioni personali stradali o gravissime (descritte nell'art. 590 bis del codice penale), il reato di lesioni personali dolose quando ha lo scopo di commettere un altro delitto in base all'art. 576 comma 2 del codice penale (un esempio è la violenza sessuale o una rapina, età ...) o nel caso si commettano dei delitti di violenza sessuale, maltrattamenti, prostituzione e pornografia minorile (descritti nell'art. 576 comma 5 del codice penale), il reato di lesioni dolose quando commesso dall'autore del delitto (descritto nell'art. 612 bis del codice penale) nei confronti delle medesime persone (come specificato nell'art. 576 comma 5.1 del codice penale), il reato di lesioni personali colpose gravi (da cui deriva una malattia che abbia una durata superiore a 40 giorni) o gravissime (cioè malattie certamente o probabilmente insanabili) solo se commesse con la violazione delle norme di prevenzione agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali o relative all'igiene del lavoro (come descritto dall'art. 590 del codice penale), l'abbandono di minori o incapaci (descritto nell'art. 591 del codice penale) e le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (descritte nell'art. 583 del codice

penale). I delitti contro la libertà sessuale comprendono: la violenza sessuale commessa dal genitore, anche il genitore adottivo, minore convivente, tutore o qualsiasi altra persona al quale il minore sia stato affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione o custodia; la violenza sessuale commessa da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; la violenza sessuale su minore di 18 anni; la violenza sessuale di gruppo; la corruzione di un minorenne (descritta nell'art. 609-quinquies del codice penale); la violenza sessuale de cui deriva una lesione personale o vi sia connesso un altro delitto perseguibile d'ufficio. I delitti contro la famiglia includono l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (descritti nell'art. 571 del Codice penale) ed i maltrattamenti in famiglia (disciplinati nell'art. 572 del Codice penale). (Saccardi & al.). L'obbligo di denuncia interessa i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio, cioè i professionisti sanitari che ricoprono la veste di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio nell'espletamento delle proprie funzioni sono tenuti all'obbligo di denuncia e non a quello di referto. (Saccardi & al.).

Qualora il professionista sanitario, nella veste di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, abbia appreso la notizia di un reato perseguibile d'ufficio nell'esercizio o a causa delle proprie funzioni è obbligato a denunciare. L'obbligo di denuncia deve essere adempiuto a prescindere dal consenso della persona offesa. In un unico caso l'adempimento dell'obbligo di denuncia è scusato o giustificato dall'ordinamento, cioè quando il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, redigendo la denuncia, espone e reca danno a sé stesso od un suo congiunto ed alla loro libertà personale o all'onore (come specificato nell'art. 384 del Codice penale). Ad esempio, qualora il medico presti assistenza ad un soggetto da lui stesso o da un suo congiunto ferito. (Saccardi & al.).

Ad eccezione dei casi sopra descritti, in cui sussiste l'obbligo di denuncia alla Polizia Giudiziaria e/o alla Procura della Repubblica, l'operatore sanitario può richiedere l'intervento delle Forze dell'Ordine solamente previo esplicita richiesta della vittima, la quale richieda espressamente di sporgere querela o solamente di conferire con le stesse. A quel punto, la procura invierà personale adeguatamente formato in abiti civili, salvo urgenze che, informate dal personale sanitario, procederanno al compimento di tutti gli atti di indagine necessari per assicurare elementi di prova. A tale scopo, il personale sanitario può essere nominato ausiliario di Polizia Giudiziaria e le visite dovranno essere

documentate con rilievi fotografici ad opera dello stesso operatore sanitario previo consenso della vittima. (Saccardi & al.).

PERCORSO EXTRAOSPEDALIERO

La tempestiva attivazione della rete territoriale per la presa in carico successiva all'intervento in Pronto Soccorso è un ulteriore fondamentale elemento per la presa in carico da parte dei servizi territoriali, sociali e consultoriali, con lo scopo di tutelare la vittima. (Doretti & Pagliara, 2019).

Quando il medico del Pronto Soccorso dimette a domicilio il/la paziente, gli/le fornisce tutti i recapiti telefonici per proseguire il percorso presso il Consultorio ed i vari follow-up come quello ginecologico, psicologico, anti-HIV ed anti-HBV. Oltre a ciò, fornisce alla donna anche l'elenco dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio di prima e seconda accoglienza per donne vittime di violenza nelle Marche. Secondariamente, ove fosse necessario un allontanamento della donna dal proprio domicilio per condizioni di pericolo, il medico personalmente le permette l'accesso nella Casa di Emergenza. Quest'ultima è una struttura protetta "a valenza regionale" che accoglie le donne, anche con figli minori a carico, in situazioni d'emergenza come nel caso di una violenza.

Per contenere tale fenomeno è stato istituito il "numero antiviolenza ed antistalking 1522"; definito anche come numero di pubblica utilità, è attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno, è accessibile sull'intero territorio nazionale ed è gratuito. (Ministero della Salute, 2024).

LO STUDIO

INTRODUZIONE

La violenza contro le donne è un fenomeno complesso, sistemico e strutturale influenzato da molteplici fattori culturalmente radicati nelle discriminazioni ideologiche tra i generi. È un fenomeno latente nella società che avviene quotidianamente e che spesso viene sottovalutato ed ignorato e viene considerato un grave problema di salute pubblica. Diventa quindi essenziale sensibilizzare le nuove generazioni ad un approccio culturale differente riguardo gli stereotipi di genere ed evitando di minimizzare la violenza di genere, come molte delle volte succede. (Regione Marche & Direzione Politiche Sociali, 2022).

La violenza contro le donne è prevenibile. Il settore sanitario, in questo ambito, ha un ruolo fondamentale da svolgere per fornire un'assistenza sanitaria completa alle donne sottoposte a violenza ed indirizzarle ad altri servizi di supporto di cui potrebbero aver bisogno.

Secondo le stime pubblicate dall'OMS, si evidenzia che, a livello mondiale, circa una donna su tre (ovvero il 30%) ha subito una violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o di persone diverse da esso nel corso della propria vita o entrambi. (World Health Organization, 2002).

Secondo un rapporto pubblicato dall'OMS, in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, l'abuso fisico e sessuale è un problema sanitario che colpisce un terzo delle donne nel mondo. Il rapporto, dal titolo "Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti", è il primo studio che analizza i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello globale, inflitta sia dal partner intimo sia da sconosciuti. La violenza sottintende un'esperienza traumatica vissuta da oltre il 35% delle donne in tutto il mondo. Lo studio ha riscontrato che più del 30% delle donne che subiscono abusi, le subiscono da un partner intimo.

Le nuove Linee guida proposte dall'OMS hanno come principale obiettivo quello di aiutare i diversi Paesi a migliorare l'approccio utilizzato dal sistema sanitario nell'affrontare i casi di abusi.

La direttrice generale dell'OMS, M. Chan, afferma che: "i dati mostrano che la violenza femminile è divenuto un problema di salute di enormi proporzioni. Abbiamo notato che i Servizi Sanitari Nazionali di diversi Paesi possono e devono fare di più per dare conforto a donne che subiscono atti di violenza fisica ed abusi sessuale". (OMS, LSHTM, & SAMRC).

Riprendendo queste parole possiamo dire che, a livello nazionale, per far fronte a questo fenomeno sono state redatte le "Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza", il cosiddetto Codice rosa, grazie al DPCM del 24 novembre del 2017 entrato ufficialmente in vigore in Gazzetta Ufficiale il 30 gennaio 2018. Progressivamente, le aziende sanitarie ed ospedaliere hanno dovuto adeguarvisi entro e non oltre un anno

dall'entrata in vigore delle suddette Linee guida, il cui obiettivo principale è un integro e adeguato intervento nel trattare le conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza produce sulla salute della donna. (DPCM, 2018).

Dal punto di vista provinciale, il Codice rosa è stato attivato nei presidi Ospedalieri di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto nel febbraio del 2019.

Il presente elaborato è nato dall'interrogativo postosi per quanto riguarda gli accessi annuali e le caratteristiche di tutti/e quelle/quei pazienti alle quali viene assegnato il Codice Rosa nei Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

OBIETTIVI

Il presente studio ha come obiettivo quello di descrivere l'attuale situazione delle Unità Operative di Pronto Soccorso dei due Presidi Ospedalieri dell'AST di Ascoli Piceno, ovvero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, in merito alle cause principali di attivazione del protocollo "Codice Rosa".

Nello specifico, il mandato del seguente elaborato è quello di indagare sull'incidenza annuale degli ultimi anni dei Codici Rosa afferiti nelle U.O. di Pronto Soccorso dei rispettivi presidi ospedalieri e di considerare caratteristiche e fattori di rischio che compongono ogni caso di violenza che afferisce a tale servizio.

MATERIALI e METODI

Lo studio condotto è un'indagine osservazionale-descrittiva che si è svolta da marzo del 2024 a giugno 2024 presso le Unità Operative di Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto. Prima di avviare l'indagine è stato chiesto il consenso sia ai direttori sia alle coordinatrici delle rispettive Unità Operative circa gli obiettivi e le modalità dello studio.

La selezione del campione è stata fatta grazie al consulto delle cartelle cliniche ed infermieristiche dei/delle pazienti acceduti al Pronto Soccorso durante il periodo preso in esame.

Per poter analizzare nel dettaglio le cartelle è stato necessario richiedere l'autorizzazione per accedere al database dei Pronto Soccorso alla Direttrice del Dipartimento d'Emergenza ed alla Direzione sanitaria dell'AST, al Direttore delle Attività Didattiche, al Direttore dell'Area Critica, al Dirigente delle Professioni Infermieristiche, al Direttore dell'Unità Operativa del Governo Clinico ed ai Direttori di entrambe le Unità Operative di Pronto Soccorso dell'AST di Ascoli Piceno, cioè i presidi Ospedalieri "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto.

In seguito alla firma dell'autorizzazione è stato richiesto al servizio CED il consenso per poter eseguire l'estrazione dei dati necessari sui casi di Codice Rosa sul Network sanitario "Cure Primarie" dell'AST di Ascoli Piceno.

Successivamente, si è effettuato l'accesso all'area riservata del Network sanitario "Cure Primarie" e, dopo essere entrata nella sezione riservata ai Codici Rosa, è stato possibile scaricare l'elenco degli accessi con i rispettivi codici di priorità utilizzati per identificare le pazienti.

Per poter scaricare le cartelle utili all'indagine, è stato necessario andare nella sezione "Elenco Dimessi" ed inserire il numero della cartella e la data di accesso della paziente al rispettivo Pronto Soccorso. Una volta essere entrati nel database delle rispettive Unità Operative di Pronto Soccorso, sono stati selezionati tutti quei pazienti, codificati come Codici Rosa, per un periodo compreso tra il gennaio 2020 fino a marzo 2024.

Sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione:

- Tutti quei pazienti con un'età inferiore a 18 anni di età;
- Tutti quei pazienti che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso prima del gennaio del 2020 e successivo a marzo del 2024.

A seguito dell'estrazione dei dati e delle cartelle necessarie all'indagine, oltre a rappresentare l'affluenza negli anni nei Pronto Soccorso delle vittime di violenza, sono state prese in considerazione le seguenti caratteristiche:

- Et ;
- Genere;
- Cittadinanza;
- Continente di provenienza per le vittime straniere;
- Presidio Ospedaliero di accesso;
- Modalit  di accesso al Pronto Soccorso;
- Tempo di permanenza in Pronto Soccorso;
- Codice di Priorit  assegnato;
- Tipologia di violenza;
- Se si tratta o no di una violenza assistita;
- Segni e sintomi che la vittima presenta;
- Luogo dove si   svolta la violenza;
- L'autore della violenza o aggressione;
- Se chi ha eseguito la violenza era solo uno o pi  di uno e quanti;
- Se   stato richiesto il referto per la denuncia all'Autorit  Giudiziaria;
- Quali consulenze specialistiche sono state richieste dal medico di Pronto Soccorso;
- Esito di Dimissione.

Per analizzare e rappresentare tutti i dati rilevati   stato utilizzato un foglio di calcolo per le analisi statistiche, cio  Microsoft Office Excel .

Tutte le variabili sopra riportate sono state studiate mediante statistica descrittiva e riassunte attraverso percentuali.

RISULTATI

Grafico n.1 – Incidenza annuale degli accessi dei Codici Rosa nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Ascoli Piceno:

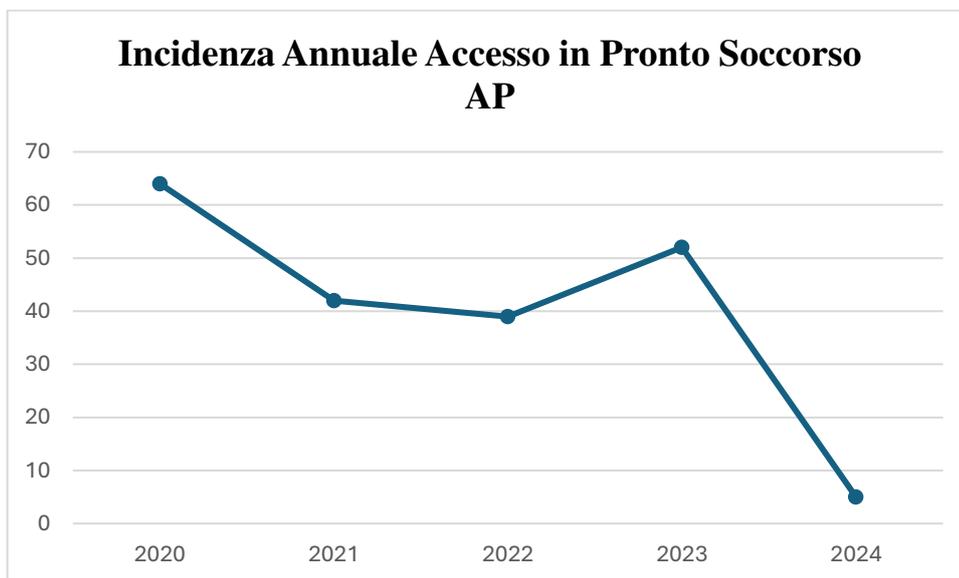


Grafico n.2 – Incidenza annuale degli accessi dei Codici Rosa nel Pronto Soccorso nel Presidio Ospedaliero di San Benedetto del Tronto:

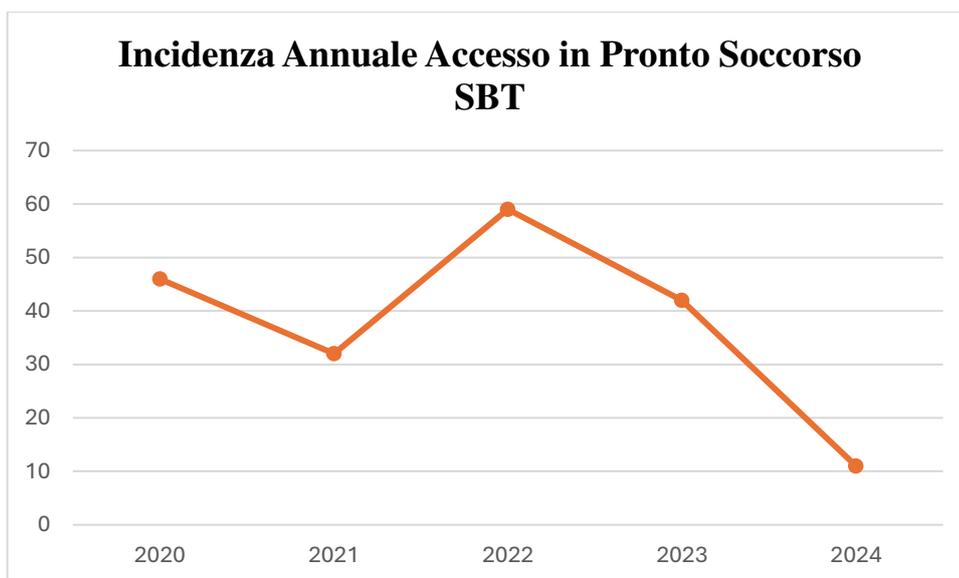


Grafico n.3 – Incidenza annuale degli accessi dei Codici Rosa nei Pronto Soccorso dell’AST di Ascoli Piceno:

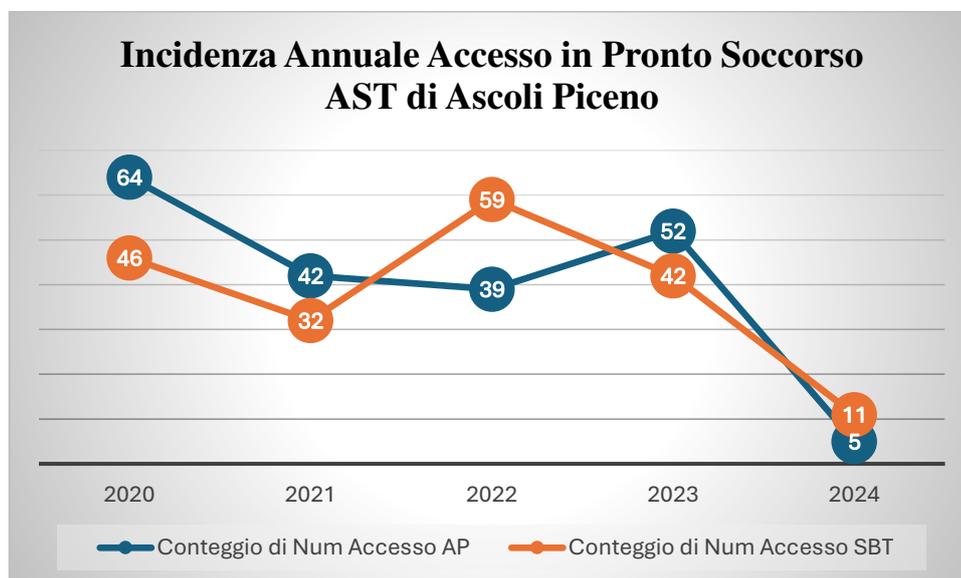


Tabella n.1 – Accessi dei Codici Rosa in Pronto Soccorso dal gennaio 2020 al marzo 2024 nell’AST di Ascoli Piceno:

Anni	n. Accessi PS AP	n. Accessi PS SBT	Totale
2020	64	46	110
2021	42	32	74
2022	39	59	98
2023	52	42	94
2024	5	11	16
Totale	202	190	392

Tabella n. 2 – Caratteristiche sociodemografiche del campione (n = 107):

Variabili	Campione (%)
<i>Fasce d'età</i>	
18-35	36%

36-50	39%
51-75	23%
76-90	0%
90+	1%
Età media (in anni)	41,8
Deviazione standard (in anni)	15,87
<i>Genere</i>	
Maschi	0%
Femmine	99%
Non specificato	1%
<i>Cittadinanza</i>	
Italia	67%
Altre Nazioni	31%
Sconosciuto	2%
<i>Continenti degli stranieri</i>	
Europa	58%
Asia	3%
Africa	18%
America	21%

Tabella n. 3 – Caratteristiche d’accesso:

Variabili	Campione (%)
<i>Presidio Ospedaliero di Accesso</i>	
Ascoli Piceno	50%
San Benedetto del Tronto	50%
<i>Modalità di accesso al Pronto Soccorso</i>	
Ambulanza	34%
Autonomo	59%
Accompagnato da altri	7%
Non Specificato	1%

Tabella n. 4 – Tempo di permanenza in Pronto Soccorso (in ore):

Variabili	Campione (%)
<i>N. ore di permanenza in Pronto Soccorso</i>	
0,5 - 4,5	71%
4,6 - 8,5	21%
8,6 - 14,5	6%
14,6 - 18,5	1%
19+	1%
NON SPECIFICATO	1%
Tempo Medio di permanenza in PS (in ore)	3,95
Deviazione standard n. ore in PS (in ore)	3,21

Tabella n. 5 – Caratteristiche della violenza:

Variabili	Campione (%)
<i>Codice Priorità assegnato</i>	
Azzurro	87%
Arancione	12%
Non specificato	1%
<i>Tipologia di violenza</i>	
Fisica	52%
Psicologica	6%
Fisica e psicologica	35%
Sessuale	6%
Fisica e sessuale	1%
Non specificato	1%
<i>Violenza Assistita</i>	
No	86%
Si	13%
Non specificato	1%
<i>Segni e Sintomi</i>	

Trauma fisico	60%
Trauma psicologico	7%
Trauma fisico e psicologico	32%
Non specificato	1%

Luogo

Casa	40%
Altro	57%
Lavoro	2%
Non specificato	1%

Autore violenza

Parente 1° grado	4%
Parente 2° grado	4%
Parente 3° grado	1%
Partner	37%
Ex partner	10%
Persona conosciuta	35%
Altro	1%
Sconosciuto	7%
Ex partner e parente 2° grado	2%

N. degli Aggressori

1	93%
>1	5%
Non specificato	3%

Tabella n. 6 – Richiesta del referto clinico per la Denuncia all’Autorità giudiziaria:

Variabili	Campione (%)
<i>Richiesta referto per Denuncia Autorità Giudiziaria</i>	
Si	88%
No	11%
Non specificato	1%

Tabella n. 7 – Iter diagnostico e decorso clinico:

Variabili	Campione (%)
<i>Consulenze Specialistiche</i>	
Radiologia	46%
Radiologia ed altra branca specialistica	12%
Ginecologia	4%
Psichiatria	1%
Ginecologia e radiologia	2%
Radiologia, ginecologia e psichiatria	1%
Radiologia e psichiatria	1%
Radiologia, psichiatria ed altre branche specialistiche	1%
Ginecologia ed altre branche specialistiche	1%
Altra branca specialistica	1%
Nessuna consulenza	31%
<i>Esito Dimissioni</i>	
Dimissione a domicilio	84%
Dimissione a strutture ambulatoriali	7%
Rifiuta ricovero	1%
Ricovero in reparto di degenza psichiatria	1%
Il pz abbandona il pronto soccorso in corso di accertamento e/o prima della chiusura della pratica	1%
Il pz abbandona il pronto soccorso prima della visita medica	6%

Analizzando i dati contenuti nel database fornito dal CED risultano in entrambi i Presidi Ospedalieri dell'AST di Ascoli Piceno, durante il periodo preso in esame, cioè da gennaio 2020 a marzo 2024, 392 casi di pazienti codificate come Codice Rosa. L'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche riguarderà nello specifico il periodo compreso tra gennaio 2023 fino a marzo 2024, dalle quali risultano complessivamente 107 casi: 54 casi (50%) nel Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e 53 casi (50%) nel Pronto Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Dal campione di riferimento, il 99% (106 su 107) dei casi è di genere femminile, l'1% (1 caso su 107) ha preferito non specificare il genere d'appartenenza e non si registrano pazienti vittime di violenza di genere maschile.

Suddividendo il campione, in riferimento all'età delle pazienti e distribuendole poi nelle rispettive fasce d'età, è emerso che: il 36% (cioè 39 casi) appartiene alla fascia d'età compresa tra i 18 ed i 35 anni, il 39% (cioè 42 casi) appartiene alla fascia d'età compresa tra i 36 ed i 50 anni, il 23% (cioè 25 casi) appartiene alla fascia d'età compresa tra i 51 ed i 75 anni, non risultano invece casi inerenti la fascia d'età compresa tra i 76 ed i 90 anni, mentre risulta un unico caso (cioè l'1%) nella fascia d'età che comprende i pazienti con più di 90 anni. L'età media del campione preso in considerazione è di 41,8 anni.

Il 67 % (72 casi su 107) delle pazienti vittime di violenza che accedono in Pronto Soccorso sono di Cittadinanza italiana, il 31% (33 casi su 107) sono di cittadinanza straniera e nel rimanente 2% (2 casi su 107) non viene specificata la provenienza delle pazienti. Per quanto riguarda le pazienti di cittadinanza straniera, nel 58% dei casi (19 su 33 per la precisione) provengono dall'Europa, per il 21% dei casi (7 su 33) provengono dall'America, per il 18% (6 su 33) provengono dall'Africa ed il rimanente 3% (1 caso su 33) proviene dall'Asia.

Nell'ambito delle modalità di accesso nei Pronto Soccorso da parte delle pazienti, è emerso che nel 59% dei casi (63 casi su 107) sono accedute autonomamente, nel 34% dei casi (36 su 107) sono state accompagnate in Ambulanza, per il 7% dei casi (7 su 107) sono stati accompagnati da altre persone e in un unico caso non è stata specificata la modalità di accesso al Pronto Soccorso.

Dall'analisi dei dati raccolti dalle cartelle cliniche è emerso che nel 71% dei casi (76 su 107) il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, che inizia con l'assegnazione del codice di priorità in Triage e termina con la chiusura del verbale del referto, è compreso tra la mezz'ora e le quattro ore e mezzo, nel 21% dei casi (22 su 107) risulta compreso tra le quattro ore e mezzo e le otto ore e mezzo, nel 6% dei casi (6 su 107) tra le otto ore e mezzo e le quattordici ore e mezzo, nell'1% dei casi (1 su 107) tra le quattordici ore e mezzo e le diciotto ore e mezzo, un'ulteriore 1% (1 su 107) per più di diciannove ore ed infine in un unico caso (1%) non è stato possibile stabilirlo. Il tempo medio di permanenza nei Pronto Soccorso è di quasi 4 ore.

Al momento del Triage, durante la quale alla paziente viene assegnato il codice di priorità/gravità assieme al Codice Rosa, è stato rilevato che nell'87% dei casi (93 su 107) è stato assegnato il Codice Azzurro, nel 12% dei casi (13 su 107) è stato assegnato il Codice Arancione ed un unico caso (1%) non è stato assegnato alcun codice. Non risulta l'assegnazione né di Codici Verdi né di Codici Rossi al momento del Triage.

Durante la disamina delle cartelle cliniche a mia disposizione, sono emerse le seguenti tipologie di violenza: violenza fisica, violenza psicologica, violenza fisica associata da quella psicologica, violenza sessuale e violenza fisica associata da violenza sessuale. Le pazienti che hanno riferito di aver subito una violenza fisica equivalgono al 52% (56 casi su 107); di aver subito violenza psicologica nel 6% dei casi (6 su 107), di aver subito violenza fisica associata a violenza psicologica nel 35% dei casi (37 su 107), il 6% dei casi (6 su 107) dichiara di aver subito una violenza sessuale, in un unico caso la vittima dichiara di aver subito una violenza fisica associata a violenza sessuale ed infine in un unico caso la vittima ha preferito non specificare la tipologia di violenza subita.

Nel 13% dei casi analizzati (14 casi su 107) la paziente ha dichiarato che, al momento dello svolgersi della violenza, erano presenti anche dei minori.

Prendendo in esame la sintomatologia più frequentemente presentata dalle vittime, è stato possibile riassumerli principalmente in: sintomi da traumi fisici (tra i quali figurano ecchimosi, ematomi, graffi, ustioni, ferite) e sintomi da traumi psicologici (tra i quali figurano stato d'ansia reattivo, stato di agitazione, stato emotivo, sensazioni di malessere). In base a ciò, possiamo dire che il 60% delle pazienti presenta sintomi da traumi fisici (cioè 64 casi su 107), il 7% presenta sintomi da traumi psicologici (cioè 8 casi su 107) ed il 32% presenta sia sintomi da traumi fisici che sintomi da traumi psicologici (cioè 34 casi su 107).

Considerando il luogo in cui è avvenuta la violenza, è stato possibile rilevare che nel 40% dei casi (43 su 107) la violenza si è svolta in casa, nel 57% dei casi (61 su 107) la violenza si è svolta in altri luoghi non meglio precisati dalle pazienti e nel 2% dei casi (2 su 107) la violenza si è svolta sul luogo di lavoro.

Analizzando nel dettaglio le cartelle delle pazienti, durante il periodo di riferimento, è emerso che nel 93% dei casi (che corrispondono a 99 casi su 107) l'autore della violenza era solo, per il 5% dei casi (5 su 107) l'autore della violenza era più di uno e nel rimanente 3% (3 su 107) dei casi non è stato specificato chi ha eseguito la violenza.

Per quanto riguarda la parentela di chi ha effettuato la violenza, le pazienti che hanno riferito una violenza da parte del proprio partner equivalgono al 37% (40 casi su 107), il 35% (37 su 107) delle pazienti ha riferito di aver subito violenza da un proprio conoscente, il 10% (11 su 107) invece ha riferito di aver subito violenza dal proprio ex compagno, il 4% (4 casi su 107) ha dichiarato di aver subito violenza da un parente di 1° grado, un'ulteriore 4% (4 casi su 107) ha dichiarato di aver subito violenza da parte di un parente di 2° grado, in un unico caso (1%) la paziente ha dichiarato di aver subito violenza da parte di un parente di 3° grado e per il 7% dei casi (7 su 107) è stato dichiarato che ad eseguire la violenza era uno sconosciuto.

Revisionando le cartelle cliniche risulta che l'88% delle pazienti (94 su 107) codificate come Codici Rosa hanno richiesto il referto clinico per effettuare la Denuncia all'Autorità Giudiziaria, al contrario, l'11% (12 pazienti su 107) non ne hanno fatto richiesta.

È emerso che, durante la visita medica, nel 46% dei casi (49 su 107) è stata richiesta solamente la consulenza radiologica, nel 31% dei casi (33 su 107) non è stata richiesta alcuna consulenza specialistica, nel 12% dei casi (13 su 107) sono state richieste sia la consulenza radiologica che di un'altra branca specialistica, nel 4% dei casi (4 su 107) è stata richiesta solamente la consulenza ginecologica, nel 2% dei casi (2 su 107) sono state richieste sia la consulenza ginecologica che la consulenza radiologica, in un unico caso (1%) si è registrata la richiesta di una consulenza psichiatrica, nell'1% dei casi (1 su 107) sono state richieste sia la consulenza radiologica sia quella ginecologica che la consulenza psichiatrica. Per una paziente (1%) sono state richieste le consulenze di radiologia e psichiatria; una paziente (1%) è stata sottoposta a consulenza radiologica, psichiatrica ed altre branche specialistiche; una paziente (1%) è stata sottoposta a consulenza ginecologica ed altre branche specialistiche e, infine, una paziente (1%) è stata richiesta solamente la consulenza da parte di una branca specialistica.

In ultimo, si è potuto osservare che nell'84% dei casi (90 su 107) la dimissione delle pazienti è presso il domicilio, nel 7% dei casi (8 su 107) presso strutture ambulatoriali e nel 6% dei casi (6 su 107) la paziente ha abbandonato il pronto soccorso prima della visita medica. Una paziente (1%) ha rifiutato il ricovero, per una paziente (1%) è stato ritenuto necessario il ricovero presso il reparto di degenza della Psichiatria e, infine, una paziente (1%) ha abbandonato il Pronto Soccorso prima della chiusura della pratica e/o in corso di accertamenti.

DISCUSSIONE

Lo scenario che si prospetta in seguito ai dati reperiti delinea una realtà dove gli accessi in Pronto Soccorso con Codice Rosa, nel periodo di tempo che va dal gennaio 2020 fino a marzo 2024, nei Presidi Ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto equivalgono a 392 pazienti in totale.

Analizzando i dati raccolti possiamo dedurre alcune discussioni riguardo le caratteristiche specifiche dei soggetti presi in considerazione per lo studio.

Nonostante ricoprano la maggior parte dei casi, non tutte le pazienti che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso sono di nazionalità italiana. Infatti, poco più di un quarto del campione totale è rappresentato da pazienti di nazionalità straniera, proveniente da ogni Continente. Questo rilevante numero fa emergere come in altre culture e società la donna sia particolarmente vulnerabile alla violenza, anche per via di credenze religiose che limitano i diritti e le libertà della donna.

Risalta subito il dato che nel 99% (106 su 107) dei casi osservati di violenza, la vittima sia una donna ed è anche confermato dalle indagini statistiche dell'Istat che rivela che, in Italia, il 31,5% delle donne (nello specifico 6 milioni e 788 mila) ha subito nel corso della propria vita un qualsiasi forma di violenza fisica, psicologica o sessuale per mano di partner attuali o ex partner, parenti e/o amici di famiglia. (Istat, s.d.).

Parlando, invece, della situazione attuale nella nostra AST possiamo dire che, per quando concerne l'autore della violenza, su un totale di 107 casi studiati, 40 di questi sono stati commessi dal partner attuale della vittima, 11 dall'ex partner e 37 da una persona che la vittima conosce.

Altrettanto significativi sono i casi in cui la violenza è avvenuta in contesti familiari che non necessariamente si è svolta all'interno del contesto abitativo e nelle quali si è potuto notare anche un coinvolgimento di minori, identificati come vittime di violenza assistita. Si può notare come la più ampia fascia d'età che accede in Pronto Soccorso per via della violenza sia quella compresa fra i 36 ed i 50 anni, seguita da quella che va dai 18 ai 35 anni; tali risultati sono in linea con i rapporti redatti dall'OMS, nei quali viene specificato come la fascia d'età più comunemente soggetta a violenza sia quella compresa tra i 15 e i 49 anni. (World Health Organization, 2002).

È stata notata una criticità in merito alla permanenza delle pazienti con Codice Rosa in Pronto Soccorso, i quali vanno da un minimo di mezz'ora fino ad un massimo di più di

diciannove ore. Si precisa che il tempo di permanenza della paziente inizia nel momento in cui l'infermiere di Triage assegna il codice di gravità insieme al Codice Rosa e termina nel momento in cui avviene la chiusura e consegna del verbale. Nella maggior parte dei casi, il tempo di permanenza è compreso tra mezz'ora e le quattro ore e mezzo. Ciò che può far aumentare la permanenza delle pazienti in Pronto Soccorso o che può rallentare la gestione delle stesse dipende da diverse variabili come la complessità del caso, l'esecuzione di esami strumentali e/o diagnostici, l'esecuzione di eventuali consulenze specialistiche richieste, l'attivazione di percorsi extraospedalieri o il ricovero della paziente in un reparto di degenza e/o il coinvolgimento di figure esterne come l'Autorità Giudiziaria.

Nonostante la presenza di tali fattori però, le tempistiche rilevate non sono in linea con i tempi di gestione indicati nelle Linee guida per i casi di violenza che decidono di intraprendere il Percorso Codice Rosa.

Per quanto riguarda la sintomatologia, in relazione alla tipologia di violenza subita, rilevata analizzando le cartelle, possiamo dire che nella maggioranza dei casi le pazienti hanno riportato traumi fisici associabili anche al fatto che la violenza fisica è la più frequente nei casi studiati, ma non solo. Perché i traumi fisici sono stati riscontrati anche nei casi di violenza sessuale, nelle quali i sintomi rilevati erano escoriazioni, ecchimosi, edemi e contusioni genitali. In minor percentuale sono stati riscontrati i traumi psicologici come shock emotivo, stato d'ansia reattivo ed agitazione, ma in pochi casi è stata necessaria una consulenza psichiatrica.

Un dato incoraggiante, invece, è stato quello riconducibile alla scelta delle pazienti di denunciare all'Autorità Giudiziaria la violenza; infatti, nell'88% dei casi è stato richiesto il referto clinico per poter sporre denuncia. Risultato positivo e ancora migliorabile, ma non scontato, visto che, come riportato da uno studio dell'OMS in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, molte donne non denunciano per paura di essere giudicate ed anche perché si tende ad usare strumenti non molto sofisticati o a volte anche inadeguati. (OMS, LSHTM, & SAMRC).

Sebbene lo studio non possa essere paragonato ad altri rapporti regionali, nazionali ed internazionali, è emerso che il fenomeno della violenza è diffuso in tutte le società, soprattutto in quelle odierna, dove, è divenuto un elemento di grande dibattito.

La persona che si reca in Pronto Soccorso dopo aver subito una violenza ha bisogno di sentirsi protetta, ascoltata e sostenuta attraverso anche l'attivazione di percorsi che rispondono alle loro esigenze. Per questo è importante utilizzare modelli d'intervento che facciano riferimento alle linee guida vigenti ed alle raccomandazioni dell'OMS dapprima e alla normativa regionale e nazionale poi.

CONCLUSIONE

Nello studio condotto si è cercato di descrivere l'attuale situazione delle Unità Operative di Pronto Soccorso dei due Presidi Ospedalieri dell'AST di Ascoli Piceno in merito alle vittime che hanno avuto accesso e che sono state codificate con "Codice Rosa" per un periodo di tempo che va da gennaio del 2020 fino a marzo del 2024. In tal modo, è stata condotta un'indagine osservazionale-descrittiva mediante il consulto delle cartelle delle pazienti presenti nel database dei Pronto Soccorso.

Statisticamente i dati mostrano che nella quasi totalità dei casi studiati si tratta di vittime di genere femminile comprese in una fascia d'età che va prevalentemente dai 36 ai 50 anni. Le vittime si sono recate in Pronto Soccorso per episodi di violenza fisica, psicologica e sessuale presentando una sintomatologia riconducibile a traumi fisici, come escoriazioni, ematomi, ecchimosi, graffi, ustioni, e traumi psicologici, come stato d'ansia reattivo, malessere generale, shock emotivo ed agitazione.

Sono emerse delle criticità riguardo i tempi di permanenza delle pazienti con Codice Rosa in Pronto Soccorso, nonostante i codici di priorità assegnati alle pazienti fossero adeguati; infatti, nel 71% dei casi le pazienti hanno avuto un tempo di permanenza compreso tra la mezz'ora e le quattro ore e mezzo, mentre per la restante parte del campione analizzato i tempi di permanenza sono perfino più lunghi. Tali risultati non sono in linea con i tempi di gestione indicati nelle Linee guida per i casi di violenza, che devono essere brevi per ridurre al minimo eventuali ripensamenti da parte della vittima.

I risultati che emergono da questo lavoro rispecchiano la cultura maschilista della società odierna, in cui il fenomeno della violenza è divenuto un elemento di grande dibattito e di notevole sensibilità, un'emergenza sociale non più tollerabile.

La violenza contro le donne e contro tutte quelle categorie considerate fragili è un fenomeno complesso e multifattoriale ed alle persone che la subiscono è importante garantire un supporto emotivo e psicologico, oltre ad assicurare un'efficace assistenza dal punto di vista sanitario. L'efficacia e l'efficienza verso una vittima di violenza deve essere garantita da apposite Linee guida, Protocolli e da percorsi specifici che devono essere coadiuvate da un'adeguata formazione del personale sanitario per quanto concerne l'argomento, soprattutto per gli infermieri che sono i primi con cui viene in contatto la vittima al momento dell'accoglienza in Triage.

Importante per l'infermiere non è solamente offrire assistenza clinica, ma avere anche abilità comunicative e relazionali nei confronti della vittima e della relazione d'aiuto che si viene ad instaurare con essa come citato dall'articolo 4, Capo I del Codice Deontologico Infermieristico del 2019 nell'ambito della relazione di cura che “nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione e tempi di cura” e nell'articolo 22, Capo IV “Salvo gli obblighi di denuncia, l'infermiere che rivela ed evidenzia privazioni, violenza o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato”. (FNOPI, 2019).

BIBLIOGRAFIA

(s.d.). Tratto da Ministero dell'Interno :

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

AO Universitaria Senese . (2013, Aprile 04). *Assistenza alla violenza di genere in età adulta, Codice Rosa* . Tratto da <https://www.aosiena.toscana.it/files/Documentazione/violenza-di-genere-in-eta-adulta.pdf>

ARNAS, G. B. (2024). *Procedura Aziendale Codice Rosa, Percorso di Assistenza alle vittime di violenza*. Tratto da

https://www.aobrotzu.it/documenti/9_204_20240624093555.pdf

ASP Enna, R. (2021, Aprile 21). *Percorso per la gestione Intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento "Codice Rosa"*. Tratto da

<https://www.aspenna.it/perocros-codice-rosa-per-la-gestione-intraospedaliera-delle-vittime-di-violenza/>

ASUR Marche, G. d., & al., e. (2017, settembre 27). *Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza*. Tratto da

<https://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/ASUR2017/allegati/560DG%20%20all.pdf>

AUSL 4 Teramo, R. (2014, giugno 14). *Linee Guida Codice Rosa*. Tratto da

<https://www.aslteramo.it/wp-content/uploads/2018/05/Linee-Guida-Codice-Rosa.pdf>

AV5 Ascoli Piceno, 2. (2018 , Ottobre 1). *Percorso Assistenziale per le vittime di violenza sessuale* .

CISMAI, C. i. (2005). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. Tratto da <https://cismai.it/documento/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/>

Clifton, E. G., Michigan, U. o., & PhD. (s.d.). Tratto da Manuale MSD:

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/violenza-domestica-e-violenza-sessuale/violenza-domestica?query=violenza>

Comune Venezia, 2. (2016, Luglio 19). Tratto da Comune di Venezia:

<https://www.comune.venezia.it/it/content/cos%C3%A8-la-violenza-di-genere>

- Daniel B. Kaplan, P. L., & Adelphi University, S. o. (2023, aprile). Tratto da Manuale MSD: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/geriatria/abuso-sugli-anziani/abuso-sugli-anziani>
- Doretti, V., & Pagliara, C. (2019). *Codice Rosa: un percorso di cura e sostegno per le vittime vulnerabili*. Roma .
- DPCM, d. d. (2018, gennaio 30). *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende*. Tratto da <https://www.istat.it/it/files//2020/11/LineeGuidaSoccorsoViolenzaDonne2017.pdf>
- EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica, I. S. (2009, Marzo 5). Tratto da EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica, Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/focus/domestica/domestica>
- FNOPI, c. c. (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*.
- FORUM PA, r. (2012, maggio 17). *Il Codice rosa presentato a FORUM PA: nei pronto soccorso della Toscana un percorso riservato alle vittime di violenza*. Tratto da <https://www.forumpa.it/sanita/il-codice-rosa-presentato-a-forum-pa-nei-pronto-soccorso-della-toscana-un-percorso-riservato-alle-vittime-di-violenza/>
- Istat, I. N. (s.d.). *il numero delle vittime e le forme della violenza*. Tratto da <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/il-numero-delle-vittime-e-le-forme-di-violenza/>
- Manuale per operatori sanitari sulla violenza di genere. (2013, dicembre). *Procedura unica interaziendale "Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta"*. Tratto da <https://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/violenzadigenere/Manualeoperatorisanitariviolenzagenere.pdf>
- Meucci, G., Doretti, V., & Coniglio, G. (2011). *Codice Rosa: il magico effetto domino*. Casa Editrice Pacini Editore SpA.
- Ministero della Salute, s. d. (2024, Aprile 9). *Violenza sulle donne*. Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society>

- OMS, 2. (2022). *Violence Info* . Retrieved from Organizzazione Mondiale della Sanità :
<https://apps.who.int/violence-info/sexual-violence/>
- OMS, O. M., LSHTM, L. S., & SAMRC, S. A. (s.d.). *Il rapporto dell'OMS definisce la violenza contro le donne "un problema di salute di proporzioni globali enormi"*.
- Regione Marche, G. r., & Direzione Politiche Sociali, S. I. (2022). *Rapporto violenza di genere nelle Marche*. Tratto da
<https://www.regione.marche.it/portals/0/Sociale/ContrastoViolenza/CUAV/report%20vg%202022.pdf>
- Regione Toscana, R. w. (2023, novembre 08). *Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime della violenza*. Tratto da <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>
- Risoluzione dell'Assemblea Generale, O. (1993, Dicembre 20). *United Nations*. Tratto da <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Saccardi, S., & al., e. (s.d.). *PROTOCOLLO D'INTESA PER L'ATTUAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO GIURIDICO-FORENSI NELLA RETE REGIONALE DEL CODICE ROSA*. Tratto da [https://pg-firenze.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/45\)%20Attuazione%20linee%20odi%20indirizzo%20giuridico-forensi%20nella%20rete%20regionale%20-%20codice%20rosa.pdf](https://pg-firenze.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/45)%20Attuazione%20linee%20odi%20indirizzo%20giuridico-forensi%20nella%20rete%20regionale%20-%20codice%20rosa.pdf)
- Save the Children, 2. (2022, Novembre 24). Tratto da Save the Children:
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/i-segnali-della-violenza-domestica-e-come-riconoscerli>
- Serra, M. A. (2016, Marzo 31). *Linee guida per la presa in carico sanitaria e assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza intra-famigliare ed extra-famigliare*. Tratto da https://www.ordinepsicologi-liguria.it/finv1/wp-content/uploads/2017/03/Linne-guida-Amaltea_Presa-in-carico-in-PS-31032016.pdf
- World Health Organization, 2. (2002). Retrieved from World Health Organization:
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/violence-against-women>



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

ast
ASCOLI PICENO
— MARCHE —

ASL Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli
Piceno

0025187|15/03/2024
|AST-AP|S.A.G.C.|A

Alla Direttrice Dipartimento Emergenza
Ast
Dott.ssa Tiziana Principi

Alla Direzione Sanitaria
Dott. Viviani Giancarlo

Al Direttore Attività Didattiche
Corso di Laurea in Infermieristica
Dott. Stefano Marcelli

POD Area Critica
Dott. Sante Cicconi

Al Direttore Professioni Sanitarie Area
infermieristica – Ostetrica
Dott. Luca Gelati

Al Direttore U.O.C. Governo Clinico
Dott. Remo Appignanesi

Al Direttore U.O.C. Pronto
Soccorso/Medicina D'Urgenza AP
Dott. Gian Filippo Renzi

Coordinatrice U.O.C. Pronto
Soccorso/Medicina D'Urgenza AP
Dott.ssa Brandi Simona

Al Direttore U.O.C. Pronto
Soccorso/Medicina d'Urgenza SBT
Dott.ssa Giuseppina Petrelli

Alla Coordinatrice U.O.C. Pronto
Soccorso/Medicina d'Urgenza SBT
Dott.ssa Roberta Isopi

E per ce al Direttore Professioni Sanitarie Area Infermieristica Dott. Luca Gelati AST Ascoli Piceno

OGGETTO: Domanda autorizzazione raccolta dati per elaborazione Tesi di Laurea
La sottoscritta Viviani Elisabetta iscritta al 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Ascoli Piceno.

CHIEDE

La VS autorizzazione a condurre un'indagine dal titolo "Codice Rosa in Pronto Soccorso: casistica e come migliorare il percorso infermieristico delle pazienti vittime di violenza".
L'indagine avverrà presso l'AST di Ascoli Piceno presidio ospedaliero di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto attraverso l'analisi retrospettiva delle cartelle elettroniche.
L'analisi dei dati è prevista per il periodo dal 01-03-2024 al 1-06-2024 e verrà realizzata secondo la vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) e non esporrà i partecipanti allo studio a nessun rischio.
I dati raccolti dalla presente indagine saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali, successivamente soggetti ad elaborazione statistica e quindi trasformati in forma totalmente anonima e, in questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

SI AUTORIZZA

Distinti saluti

Luogo e Data.

Studentessa Elisabetta Viviani

Elisabetta Viviani

Relatrice Dott.ssa Maria Luisa Simonetti

Maria Luisa Simonetti

Direzione sanitaria
Dott. Viviani Giancarlo

Giancarlo Viviani

Direttore Attività didattiche
Corso di Laurea in Infermieristica
Dott. Stefano Marcelli

Stefano Marcelli

POD Area Critica
Dott. Sante Cicconi

Sante Cicconi

Correlatrice Dott.ssa Brandi Simona

Simona Brandi

Direttore U.O.C. Pronto Soccorso/Medicina
d'Urgenza AP
Dott. Gian Filippo Renzi

Gian Filippo Renzi

Direttore Professioni Sanitarie Area
Infermieristica - Ostetrica
Dott. Luca Gelati

Luca Gelati

Direttore U.O.C. Governo Clinico
Dott. Remo Appignanesi

Remo Appignanesi

CdL in Infermieristica Sede di Ascoli
Piceno

Via degli Iris, 1 Ascoli Piceno - 63100 /
Italia

Tel/Fax 0736/344879

email: fac.med.ascoli@univpm.it