



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Approccio infermieristico integrato alla donna
vittima di violenza:
il modello codice rosa come strumento di
protezione e cura**

An Integrated Nursing Approach to Female
Victims of Violence:
The Pink Code Model as a Protection and Care Tool

Relatore: Chiar.mo
Dott. Sandro Di Tuccio

Tesi di Laurea di:
Filipponi Gloria

A.A. 2024/2025

Indice

| | |
|--|-----------|
| 1.INTRODUZIONE..... | 1 |
| 1.1 La violenza contro le donne come problema di salute pubblica | 5 |
| 1.2 Tipi di violenza | 6 |
| 1.2.1 Violenza fisica | 6 |
| 1.2.2 Violenza sessuale | 7 |
| 1.2.3 Violenza psicologica..... | 9 |
| 1.2.4 Violenza economica | 11 |
| 1.2.5 Stalking..... | 12 |
| 1.3 Costi per il sistema sanitario | 13 |
| 2.OBIETTIVO..... | 15 |
| 3.MATERIALI E METODI..... | 16 |
| 4.RISULTATI..... | 18 |
| 4.1 Nascita del modello codice rosa | 19 |
| 4.2 Linee Guida Nazionali 24 novembre 2017 donne vittime di violenza..... | 21 |
| 4.3 Accoglienza della donna vittima di violenza | 22 |
| 4.4 Ascolto attivo | 25 |
| 4.5 Riconoscere i segni di violenza | 26 |
| 4.6 Il processo di nursing integrato alla donna vittima di violenza | 26 |
| 5. CONCLUSIONI..... | 30 |
| BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 33 |

ABSTRACT

La violenza di genere rappresenta oggi una delle più diffuse e persistenti violazioni dei diritti umani a livello globale, nonché una grave emergenza sociale e sanitaria. Essa comprende un insieme di atti dannosi, fisici, sessuali, psicologici ed economici, rivolti contro un individuo o un gruppo in ragione del genere, ed è profondamente radicata nelle disuguaglianze strutturali tra uomini e donne, negli squilibri di potere e in norme sociali e culturali discriminatorie. Sebbene possa colpire persone di ogni genere, età e condizione sociale, la sua manifestazione più diffusa e sistematica riguarda la violenza esercitata dagli uomini nei confronti delle donne.

La violenza contro le donne non è un fenomeno isolato o occasionale, ma un problema strutturale che attraversa tutte le società, indipendentemente dal contesto economico o culturale. Essa si configura come una forma di discriminazione che limita la libertà e l'autodeterminazione femminile, incidendo profondamente sulla salute fisica e mentale delle vittime e compromettendone la partecipazione alla vita sociale, economica e politica. Le sue radici affondano in modelli culturali patriarcali e in dinamiche relazionali caratterizzate da controllo, dominio e subordinazione.

Le manifestazioni della violenza contro le donne sono molteplici e spesso interconnesse: si va dalla violenza fisica e sessuale, che comprende abusi, stupri e femminicidi, alla violenza psicologica, fatta di minacce, svalutazione e isolamento, fino alla violenza economica, che limita l'autonomia e l'indipendenza della vittima. A queste forme si aggiungono fenomeni più recenti, come la violenza digitale e il cyberstalking, che amplificano ulteriormente il controllo e la persecuzione.

Nel contesto italiano, i dati più recenti evidenziano come una quota significativa di donne abbia subito nel corso della vita forme di violenza, sia all'interno delle relazioni di coppia sia al di fuori di esse, spesso da parte di partner o ex partner. Questo conferma come la violenza non sia solo un problema privato, ma una questione pubblica che richiede interventi normativi, politiche di prevenzione e un profondo cambiamento culturale.

Alla luce di ciò, analizzare il fenomeno della violenza di genere, con particolare attenzione alla violenza contro le donne, risulta fondamentale per comprenderne le cause, riconoscerne le diverse manifestazioni e promuovere strategie efficaci di contrasto e tutela delle vittime.

1.INTRODUZIONE

La violenza di genere (GBV) è una preoccupazione globale per la salute e i diritti umani, definita come qualsiasi atto dannoso rivolto a un individuo o a un gruppo in base al genere. È profondamente radicata nella disuguaglianza di genere, nell'abuso di potere e in norme pregiudizievoli. Questo termine comprende individui di ogni estrazione sociale, indipendentemente dal loro status socioeconomico. Sebbene non sempre perpetrata da uomini contro donne, che è la manifestazione globale più comune, deriva da dinamiche di potere sbilanciate tra uomini e donne e da fattori come l'analfabetismo, la povertà e il basso status sociale. I fattori di rischio legati alla violenza includono una storia di abuso di alcol e violenza familiare, cattiva salute mentale, basso livello di istruzione e status socioeconomico, disturbi borderline di personalità e insicurezze emotive (Khushi Ochani, et al, 2024). Questa violenza può manifestarsi in varie forme, tra cui danni fisici (come il femminicidio), sessuali (come lo stupro o le molestie sessuali), psicologici ed economici. La violenza di genere può avvenire sia nella sfera pubblica che in quella privata. La violenza domestica, ad esempio, si verifica all'interno della famiglia o tra coniugi o partner attuali o passati. Questi tipi di violenza sono spesso perpetrati da membri stretti della famiglia o partner intimi. Il nostro Paese ha poi compiuto un passo storico nel contrasto alla violenza di genere con la legge n. 77 del 22 giugno 2013, approvando la ratifica della Convenzione di Istanbul delineata nel maggio 2011, in cui l'articolo 4 stabilisce il principio secondo cui ogni individuo ha il diritto di vivere libero dalla violenza sia nella sfera pubblica che in quella privata. Nel contesto italiano, il legislatore è intervenuto più volte, principalmente per inasprire le pene o introdurre nuovi reati. Tuttavia, la Legge 119/2013 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e contrasto alla violenza di genere") ha anche garantito maggiore libertà e sicurezza alle vittime, italiane e straniere, di rivolgersi più facilmente alle strutture di supporto locali. Inoltre, per elaborare politiche adeguate di prevenzione e contrasto alla violenza di genere e garantire un efficace monitoraggio del fenomeno, è stata approvata la Legge n. 53 del 5 maggio 2022, recante "Disposizioni in materia di statistiche sulla violenza di genere".

I termini “violenza di genere” e “violenza contro le donne” sono spesso usati in modo

intercambiabile perché la maggior parte della violenza di genere è perpetrata contro le donne da parte degli uomini, ma sono termini ben diversi (Parlamento europeo, 2021). Con l'espressione "violenza contro le donne" si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata. Questa violenza è legata agli squilibri di potere tra i generi ed è una questione complessa, influenzata da strutture, norme e valori sociali e culturali. La violenza di genere è considerata invece, una forma di discriminazione e una violazione delle libertà fondamentali della vittima e comprende la violenza nelle relazioni strette, la violenza sessuale (compresi lo stupro, l'aggressione sessuale e le molestie sessuali d'onore)... tratta di esseri umani, la schiavitù e varie forme di pratiche dannose, quali i matrimoni forzati, la mutilazione genitale femminile e i cosiddetti «reati d'onore»...

Inoltre, crimini informatici come il cyberstalking, le molestie online e l'incitamento alla violenza o all'odio in rete sono anch'essi considerati forme di violenza di genere. Nel 2021, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un rapporto sulle stime di prevalenza globali, regionali e nazionali che hanno mostrato una maggiore disponibilità di dati sia sulla violenza del partner intimo che sulla violenza sessuale non da parte del partner contro le donne. Nel periodo 2000-2018, 137 paesi hanno completato almeno un'indagine e/o uno studio rappresentativo a livello nazionale o subnazionale che misurava la violenza sessuale non da parte del partner, rispetto ai dati disponibili da meno di 20 paesi prima del 2000. Il rapporto ha dimostrato che, a livello globale, circa il 6% (intervallo di incertezza del 95%, UI: 4-9) o una donna su 17 di età compresa tra 15 e 49 anni riferisce di aver subito violenza sessuale non da parte del partner almeno una volta nella vita dall'età di 15 anni. Sulla base della popolazione mondiale del 2018,9, questo dato equivale a 160 milioni di donne (95% UI: 120-250 milioni) colpite dalle conseguenze sanitarie, economiche e sociali di questa violenza. Tuttavia, è probabile che si tratti di una grave sottostima (Sardinha L, et al, 2024)

In base alle stime preliminari dell'ISTAT, nel **2025** il 26,5% delle donne italiane ha subito violenza fisica o sessuale da parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti. Considerando le donne che hanno un partner o lo hanno avuto in passato, sono il 12,6% le donne vittime di violenza fisica o sessuale nell'ambito della coppia. Dai *partner* si subisce anche violenza psicologica (17,9%) e violenza economica (6,6%).

Le violenze subite variano per livello di gravità: per quelle fisiche si va dalle minacce ai tentativi di strangolamento o soffocamento, mentre per quelle sessuali si passa dalle molestie con contatto fisico non voluto (19,2%) fino agli stupri o ai tentati stupri (5,7%).

Le donne subiscono violenza sia nella coppia (12,6% delle donne che hanno o hanno avuto partner) sia al di fuori della coppia (26,5% delle donne) da altri uomini – parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti. Sono soprattutto gli ex partner a risultare responsabili delle violenze fisiche o sessuali: ciò accade per il 18,9% delle donne che al momento dell'intervista avevano un ex partner. Le donne attualmente in coppia hanno subito la violenza dal marito, convivente o fidanzato nel 2,8% di chi ha un partner, inoltre considerando le donne che hanno sia ex sia un partner attuale, lo 0,3% le ha subite da entrambi.

Circa 2 milioni 441mila donne hanno subito nel corso della vita violenze fisiche o minacce da parte di parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti, il 12,2% delle donne dai 16 ai 75 anni di età. Il 20,8% delle donne ha subito anche almeno una forma di violenza sessuale, circa 4milioni 174mila. Tra queste le molestie fisiche di natura sessuale sono più di 3milioni 800mila, ricevute dal 19,2% delle donne. Le forme più gravi, gli stupri e i tentativi di stupro, circa 705mila 500, sono state subite dal 3,5% delle donne. All'interno della coppia, 323mila 530donne vivono situazioni legate ai maltrattamenti fisici (il 2,2% delle donne attualmente con un partner), 146.271 alle violenze sessuali (1'1%), che sono stupri o tentati stupri in quasi 39mila casi.

Sono circa 1milione 720mila le donne che hanno subito violenza fisica da parte dell'ex partner, pari al 15,9% delle donne con un ex. Le violenze sessuali subite dagli ex sono quasi 950mila, pari all'8,7% delle donne che hanno avuto partner in passato. Per violenza da un ex partner si considera sia quella esercitata durante la relazione di coppia sia quella effettuata

dopo la fine della relazione di coppia. Tuttavia, nella larga maggioranza dei casi (84,1%) le violenze degli ex partner si sono verificate durante la relazione di coppia.

Va sottolineato inoltre che le donne che avevano un partner violento al momento dell'intervista, in quasi la metà dei casi (45,9%) lo hanno lasciato proprio a causa delle violenze subite, mentre per un altro 26,3% la violenza è stata solo una delle motivazioni della separazione.

Il 6,6% delle donne inoltre hanno subito la violenza sia nella coppia sia da parte di altri uomini, e circa un terzo ha subito sia violenze fisiche sia sessuali.

L'11,0% delle donne di 16-75 anni sono state minacciate di essere colpite fisicamente, il 10,5% sono state spinte, strattonate, afferrate, è stato loro storto un braccio o sono stati loro tirati i capelli, il 5,6% è stata colpita con oggetti e una quota del tutto analoga è stata schiaffeggiata, presa a calci, pugni o morsi; meno diffuse le forme più gravi di violenza fisica come l'uso o la minaccia di usare pistola o coltelli (1,6%) o il tentativo di strangolamento o soffocamento e ustione (1,6%).

Per la violenza sessuale, emergono al primo posto le molestie con contatto, seguite dai rapporti sessuali non desiderati (4,5%), lo stupro (3,9%), il tentato stupro (3,1%), i rapporti sessuali degradanti e umilianti (1,6%). In misura più ridotta le donne hanno subito rapporti sessuali quando non erano in grado di rifiutarsi e opporsi (1%), sono state costrette o si è tentato di costringerle ad avere attività sessuali con altre persone (0,4%) o hanno subito altre forme di violenze sessuali (0,2%). Alle violenze fisiche e sessuali si aggiungono gli atti persecutori, lo stalking, prevalentemente attuati al momento o dopo la separazione dagli ex partner (14,7%) sia al di fuori della coppia, da parte di altri autori (9%). Per le donne che sono o sono state in coppia va aggiunta la violenza psicologica (17,9%) e la violenza economica (6,6%). In particolare, il 3,5% delle donne che sono attualmente in coppia vivono situazioni di violenza psicologica da parte del loro partner, mentre il 27,9% delle donne l'ha subita da parte di ex partner.

La violenza psicologica è costituita da situazioni molteplici, dinamiche quotidiane in cui si manifesta un'asimmetria di potere, che sconfinava o può sconfinare in gravi situazioni di isolamento (10,6%), controllo (12,6%), svalorizzazione e violenza verbale (9,6%), fino ad arrivare a vere e proprie minacce e intimidazioni (8,8%). È pari al 5,5% la quota di donne

con *ex partner* che hanno figli, che dichiarano di essere state minacciate dall'*ex*, al momento o dopo la separazione, di fargli togliere l'affidamento, mentre il 4,5% ha minacciato di portarglieli via. Tra le donne che subiscono violenze psicologiche dal *partner* attuale il 3,2% dichiara di essere soggetto a restrizioni nelle decisioni riguardanti la pianificazione familiare e l'1,8% deve chiedere l'autorizzazione per accedere a cure mediche (forme di violenza psicologica rilevate per la prima volta nel 2025).

Le percentuali aumentano nel caso le violenze psicologiche siano esercitate da un *ex partner*: Il 6,4% delle donne che subisce violenza psicologica dall'*ex* riferisce limitazioni rispetto alla pianificazione familiare e una quota analoga deve chiedere il permesso per rivolgersi al medico. Sempre tra le vittime di violenza psicologica da parte di un *ex*, il 21% dichiara di aver avuto paura di esprimere la propria opinione in sua presenza, a conferma di un clima di controllo e soggezione. Il dibattito recente nei contesti nazionali e internazionali ha posto una specifica attenzione alla violenza economica. Tra le donne che nel 2025 vivono una relazione di coppia l'1,1% (circa 92mila donne) ha subito violenza economica; il valore sale a 1,3% considerando le donne che hanno mariti o conviventi. Mentre il 10,2% delle donne l'aveva subita da parte dei partner precedenti. In totale, considerando sia i partner attuali sia quelli passati è pari al 6,6%.

1.1 La violenza contro le donne come problema di salute pubblica

La violenza del partner si riferisce a comportamenti commessi da un partner o da un *ex partner* che causano danni fisici, sessuali o psicologici, tra cui aggressioni fisiche, coercizione sessuale, abusi psicologici e comportamenti di controllo. Questa è una delle forme di violenza più comuni subite dalle donne a livello globale.

La violenza tra partner è una delle manifestazioni della violenza domestica. La violenza domestica è una violenza che si verifica nella sfera privata e domestica, generalmente tra individui legati da vincoli di sangue o intimità. La violenza domestica non si limita alle donne, ma comprende anche, ad esempio, l'abuso sui minori e sugli anziani nella sfera domestica.

1.2 Tipi di violenza

- **Violenza fisica:** atti come schiaffi, soffocamento o ustioni.
- **Violenza sessuale:** atti coercitivi, incluso lo stupro coniugale.
- **Violenza psicologica:** tattiche di paura e controllo come l'intimidazione o l'isolamento forzato.
- **Violenza economica:** mantenere il controllo totale sulle risorse finanziarie, negare l'accesso al denaro e/o proibire la frequenza scolastica o il lavoro, tra le altre cose.
- **Stalking**
- **Mobbing**

1.2.1 Violenza fisica

Consiste in qualsiasi forma di violenza contro il corpo e la proprietà, e comprende l'uso di qualsiasi azione finalizzata a far male e/o spaventare.

Le aggressioni possono essere evidenti (calci, pugni, spinte), ma a volte sono più sottili e si rivolgono a qualcosa cui la persona tiene (animali, oggetti, vestiti, ai mobili o a cose che sono necessarie (es. i documenti)). Si va perciò dall'aggressione fisica grave, che comporta ferite e richiede cure mediche d'emergenza, ad ogni contatto fisico che miri a spaventare e controllare la persona.

Questo tipo di violenza, spesso, sfocia poi in Femminicidio, ovvero l'uccisione intenzionale di una donna o di una ragazza in quanto donna o ragazza. La motivazione dell'omicidio può variare dalla discriminazione nei confronti di donne e ragazze, a stereotipi dannosi, fino a dinamiche di potere ineguali tra donne e uomini ed è l'espressione più estrema e brutale della violenza di genere.

Il femminicidio può verificarsi in un'ampia gamma di contesti, sia privati che pubblici, e all'interno di diverse tipologie di relazioni tra autore e vittima. Spesso, gli omicidi di genere riguardano casi con precedenti di violenza/molestie fisiche, sessuali o psicologiche e si verificano anche in situazioni che coinvolgono la tratta di esseri umani, il lavoro forzato o la schiavitù. In alcuni casi, il corpo della vittima viene eliminato in uno spazio pubblico, a indicare l'intento dell'autore di ostentare potere e rafforzare la paura.

Inoltre, gli omicidi di genere possono includere anche i cosiddetti delitti d'onore, in cui i membri di una famiglia, solitamente donne o ragazze all'interno del nucleo familiare, commettono un omicidio con la presunta motivazione che la persona abbia recato disonore o vergogna alla famiglia. Questi hanno spesso a che fare con idee di purezza sessuale e presunte trasgressioni culturalmente condannate, con conseguenze brutali per le donne della famiglia (UN Women, 2025).

1.2.2 Violenza sessuale

La violenza sessuale è qualsiasi tipo di comportamento sessuale dannoso o indesiderato imposto a qualcuno. Include atti di contatto sessuale abusivo, coinvolgimento forzato in atti sessuali, tentativi o atti sessuali compiuti con una donna senza il suo consenso, molestie sessuali, abusi verbali, minacce, esposizione, contatti indesiderati, incesto e altri. La prima significativa innovazione nella legislazione italiana in materia di violenza sessuale si è verificata con l'approvazione della legge n. 66 del 15 febbraio 1996. Con questa legge, la violenza contro le donne ha iniziato a essere considerata un delitto contro la libertà personale, riformando la precedente legislazione, che la classificava tra i delitti contro la morale pubblica e il buon costume. Da allora, sono state introdotte sempre più misure giuridiche e sociali per contrastare i casi di violenza

La violenza sessuale può includere quanto segue:

- Le molestie sessuali possono riguardare qualsiasi comportamento di natura verbale, non verbale o fisica, comprese le comunicazioni scritte ed elettroniche. Le molestie sessuali possono assumere diverse forme, dagli sguardi e dalle parole al contatto fisico di natura sessuale. Esempi di molestie sessuali includono la condivisione di aneddoti o battute a sfondo sessuale o osceno; contatti indesiderati, tra cui pizzicotti, pacche, sfregamenti o sfioramenti intenzionali contro un'altra persona, richieste ripetute di appuntamenti o di sesso e commenti sessuali sull'aspetto, l'abbigliamento o parti del corpo, tra gli altri.
- Lo stupro è qualsiasi penetrazione sessuale senza consenso o come risultato di intimidazione, forza, frode, coercizione, minaccia, inganno, uso di droghe o alcol, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità, o concessione o ricezione di benefici. Questo

può avvenire da parte di qualsiasi persona conosciuta o sconosciuta alla vittima, all'interno del matrimonio e delle relazioni, e durante i conflitti armati.

- Lo stupro correttivo è una forma di stupro perpetrata contro una persona sulla base del suo orientamento sessuale o della sua identità di genere. Ha lo scopo di costringere la vittima a conformarsi all'eterosessualità o all'identità di genere normativa.
- Lo sfruttamento sessuale è costituito da atti di abuso di una posizione di vulnerabilità, potere o fiducia, o dall'uso della forza o dalla minaccia della forza, per trarre profitto finanziario, fisico, sociale o politico dalla prostituzione o dagli atti sessuali di una persona. Lo sfruttamento sessuale è la forma più diffusa di tratta di esseri umani.
- Violenza sessuale nei conflitti: gli atti di violenza contro le donne includono la violazione dei diritti umani delle donne in situazioni di conflitto armato, come lo stupro sistematico, la schiavitù sessuale e la gravidanza forzata, nonché la sterilizzazione forzata, l'uso coercitivo/forzato di contraccettivi, l'infanticidio femminile e la selezione prenatale del sesso (UN Women, 2025).

La violenza sessuale è associata a gravi problemi di salute fisica, sessuale, riproduttiva e mentale a breve e lungo termine, come gravidanze indesiderate, infezioni sessualmente trasmissibili, depressione, disturbo da stress post-traumatico, suicidio e altre condizioni di salute croniche. Inoltre, la violenza sessuale può essere associata all'omicidio di donne; ad esempio, i ricercatori che studiano i femminicidi in Sudafrica hanno stimato che il 19,1% nel 2009 e l'8,7% nel 2017 erano femminicidi sessuali. La violenza sessuale ha anche gravi costi sociali ed economici sia per l'individuo che per la società, tra cui la conseguente perdita di produttività e i costi per i servizi sanitari, sociali, legali e di altro tipo. Considerati i gravi impatti immediati e a lungo termine della violenza sessuale, prevenire tale violenza, ma anche garantire l'accesso a servizi di supporto sociali, sanitari, legali e di altro tipo adeguati alle donne colpite, sono priorità urgenti. L'obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite per il 2030, target 5.2, invita i governi a "eliminare ogni forma di violenza contro tutte le donne e le ragazze nella sfera pubblica e privata", con l'indicatore 5.2.2 incentrato sulla prevalenza della violenza sessuale non da parte del partner (Scozzafava G, et al, 2017).

1.2.3 Violenza psicologica

Per maltrattamento psicologico si intende quella serie di comportamenti che mira a svalutare una persona ponendola in una condizione di subordinazione e danneggiandone il benessere psicologico ed emotivo.

La violenza psicologica non riporta effetti fisici evidenti, come troviamo invece in quella fisica o in quella sessuale, ma i suoi effetti sono più difficili da riconoscere, sia per la vittima stessa che per un osservatore esterno, e talvolta, se questi comportamenti sono mossi nei confronti di una donna, purtroppo vengono ancora culturalmente accettati.

La vittima di violenza è di solito considerata dall'aggressore come una persona priva di valori, un "mero oggetto" su cui investire per proprie insoddisfazioni personali portandola ad accogliere questi pensieri ed a convincersi della posizione sociale attribuitagli dal medesimo aggressore.

Secondo Marie-France Hirigoyen (1998) il rapporto molesto attraversa due fasi: la seduzione perversa, e la violenza palese. Durante la fase di seduzione la vittima viene destabilizzata fino a perdere la fiducia in sé stessa. L'aggressore la attrae inviandole una buona immagine di sé e guadagnandosene così l'ammirazione; successivamente le rimanda un'immagine positiva di sé stessa sfruttando i suoi istinti protettivi: le fa credere di essere libera ma, paradossalmente, lentamente la priva della propria libertà e del proprio senso critico. Tutto questo per limitare la sua capacità di difesa, inducendola ad obbedire e soccombere al suo potere, mettendo in atto un vero e proprio controllo mentale.

La violenza psicologica è più difficile da riconoscere ma l'isolamento che l'aggressore ritaglia intorno alla vittima e la dispercezione di sé, ovvero quando la vittima non è più in grado di riconoscere gli abusi come tali né di ricordare il suo valore come essere umano, ne sono fattori distintivi. E nonostante negli ultimi dieci anni in Italia la violenza fisica sessuale o psicologica sia diminuita, rimane radicato il problema che solo l'11,8% delle vittime denuncia gli abusi subiti. La forma di isolamento che viene creata attraverso questi comportamenti e la responsabilità che la vittima sentirà di avere verso l'aggressore determinano un fattore chiave per mantenere il controllo sulla vittima, facendo diventare così la vittima completamente dipendente dall'aggressore che diventa l'unica fonte di soddisfazione e di bisogno fondamentale.

Tra i comportamenti più comuni adottati dagli aggressori nei confronti delle donne vittime di violenza psicologica, troviamo la svalorizzazione di sé attraverso il sarcasmo, la derisione anche in pubblico e continue critiche e offese, alle sue idee, alle persone a cui è legato e alle cose che fa.

La vittima viene continuamente svalutata fino ad indurla a credere di non valere nulla, viene trattata come un oggetto negandone autonomia e personalità.

Un altro modo per paralizzare e negare la vittima è quella dell'utilizzo del paradosso. Una comunicazione paradossale è costituita da un messaggio verbale seguito da uno non verbale ed opposto, quest'ultimo verrà notato dalla vittima ma negato dall'aggressore così che la prima si paralizzi a causa della mancanza di un modo "giusto" di agire o di esprimersi, perché sarebbe in ogni caso sbagliato.

La vittima in questo caso tende ad avere delle reazioni e ad innervosirsi ma, poiché viene negata la fondatezza delle sue percezioni, viene messa in dubbio la sua capacità di giudizio e lei stessa tende a ridere di sé, a sminuirsi e a sentirsi confusa su chi sia l'aggressore e chi la vittima, arrivando lei stessa a sentirsi l'aggressore e quindi in colpa.

L'aggressione è continua, ogni ingiuria fa eco a quelle precedenti ma la paura di possibili aggressioni è quello che frena la vittima dall'agire pienamente.

La violenza perversa viene scatenata quando la vittima si oppone al condizionamento.

Quando quest'ultima si separa dall'aggressore quest'ultimo può molestarla con un comportamento persecutorio. L'aggressore in alcuni casi può coinvolgere anche i figli rappresentandosi ai loro occhi come la vittima e portandoli a schierarsi dalla sua parte contro l'altro genitore, rendendolo in questo modo ancora più solo. Fa parte del maltrattamento psicologico anche il maltrattamento economico che mira a rendere la vittima completamente dipendente da questo punto di vista. Il lavoro inoltre è un ottimo modo di interagire con l'esterno e crearsi un'indipendenza oltre che economica anche affettiva e personale (Hirigoyen M.F, et al, 2015).

1.2.4 Violenza economica

La violenza economica è una forma di abuso in cui il controllo delle risorse economiche viene utilizzato come mezzo per esercitare potere e controllo all'interno di una relazione.

Questo tipo di violenza può manifestarsi in diversi modi, tra cui:

- Controllo del reddito
- Limitazione dell'accesso alle risorse finanziarie personali e familiari
- Obbligo alla contrazione del debito
- Esclusione dalle decisioni finanziarie
- Sabotaggio economico

Al giorno d'oggi è considerata una forma di violenza psicologica che spesso scaturisce anche in forme di violenza fisica. Le sue radici sono complesse e multifattoriali, spesso intrecciate con vari aspetti culturali, sociali, economici e psicologici:

- **Disuguaglianza di Genere:** La violenza economica è profondamente radicata nelle disuguaglianze di genere. In molte società, gli uomini sono storicamente i principali fornitori economici e detentori del controllo finanziario, il che può portare ad abusi di potere all'interno delle relazioni.
- **Norme Culturali e Sociali:** Alcune culture e società hanno norme che implicitamente o esplicitamente supportano il controllo economico all'interno di una relazione, in particolare quelle che vedono il genere maschile come dominante.
- **Povertà e Stress Economico:** La povertà e lo stress finanziario possono esacerbare le tensioni all'interno delle relazioni domestiche, aumentando il rischio di violenza economica come mezzo di controllo.
- **Dipendenza Finanziaria:** La dipendenza finanziaria, in particolare nelle situazioni in cui una persona non ha accesso a risorse economiche proprie, può rendere una persona più vulnerabile alla violenza economica.
- **Educazione e Alfabetizzazione Finanziaria:** La mancanza di educazione finanziaria può rendere una persona più suscettibile al controllo economico, in quanto potrebbe non essere consapevole dei propri diritti o delle opzioni disponibili.

- **Legislazione e Strutture Politiche:** In alcune giurisdizioni, le leggi e le politiche non forniscono una protezione adeguata contro la violenza economica o non riconoscono pienamente questa forma di abuso.

- **Mancanza di Rete di Supporto:** L'isolamento sociale o la mancanza di una rete di supporto possono rendere più difficile per le vittime di violenza economica cercare aiuto o uscire da una situazione abusiva.

La misurazione della violenza economica può essere complessa poiché si tratta di un tipo di abuso meno visibile rispetto ad altre forme, come quella fisica o sessuale. Tuttavia, esistono strumenti e metodi per valutarla. Uno di questi strumenti è la SEA-12 (Scale of Economic Abuse), che è una scala specificamente progettata per misurare la violenza economica. Lo SEA-12 è una scala di 12 item sviluppata per identificare e misurare la violenza economica in una relazione. È stato progettato per essere utilizzato in contesti di ricerca e pratici per valutare l'esperienza di abuso economico. La scala include una serie di affermazioni che descrivono comportamenti specifici relativi al controllo economico e alla coercizione. Le risposte a queste affermazioni aiutano a determinare l'entità e la natura della violenza economica subita da un individuo (Enrico di Bella, 2023).

1.2.5 Stalking

Comprende ogni atto che lede la libertà e la sicurezza. Indica forme di comportamento controllante messe in atto da parte del persecutore sulla vittima. È un tipo di violenza riconosciuta da pochi anni in Italia a livello normativo. Si può verificare quando una donna decide di interrompere la relazione con l'uomo. **Spesso precede i femminicidi** o tentati femminicidi. Si può manifestare con: invio indesiderato e quotidiano di fiori, regali pedinamenti a piedi o in auto minacce telefoniche tramite e-mail, sms appostamenti presso l'abitazione della donna, il luogo di lavoro o altri luoghi normalmente frequentati da lei.

La legge del 2009 sullo stalking ha colmato un importante vuoto legislativo, regolando gli atti persecutori di cui sono vittime uomini e donne. Per essere definiti come stalking, tali atti devono ripetersi nel tempo e generare nella vittima ansia e timore al punto di condizionarne le abitudini.

In virtù delle innovazioni legislative, è stato meglio definito il fenomeno, misurandone la ripetitività, la durata e alcune sue caratteristiche, così come previsto dalla normativa.

Si tratta di qualsiasi “continuativo maltrattamento, minaccia o persecuzione di comportamento che provoca uno stato di ansia e paura nella vittima, o genera all’interno della vittima una paura motivata per la propria sicurezza o per la sicurezza dei familiari, dei familiari o di altri che sono associati alla vittima da una relazione affettiva, o; forza la vittima a cambiare le proprie abitudini di vita “.

Nel febbraio 2009, l’Italia ha adottato una legge anti-stalking che lo trasforma in un reato penale, punibile con la reclusione da sei mesi a quattro anni (Legge 23 aprile 2009 e Codice penale, 612bis) (ISTAT 2022)

1.3 Costi per il sistema sanitario

In merito ai costi per il sistema sanitario, questo articolo mira appunto a determinare i costi dell’assistenza medica delle donne con una storia di violenza da parte del partner.

Un totale di 1546 donne ha segnalato violenza interpersonale nel corso della propria vita; al momento dell’intervista, la violenza interpersonale era cessata nell’87% delle donne, in media 16 anni prima dell’intervista. L’utilizzo dell’assistenza sanitaria è stato maggiore per tutte le categorie di servizi durante la violenza interpersonale rispetto alle donne senza violenza interpersonale, ed è diminuito nel tempo dopo la cessazione della violenza interpersonale. Tuttavia, l’utilizzo dell’assistenza sanitaria era ancora superiore del 20% 5 anni dopo la cessazione dell’abuso sulle donne rispetto alle donne senza violenza interpersonale. I costi sanitari totali annui rettificati sono stati superiori del 19% nelle donne con una storia di violenza interpersonale (pari a 439 dollari all’anno) rispetto alle donne senza violenza interpersonale. Sulla base di una prevalenza della violenza interpersonale del 44%, i costi aggiuntivi dovuti alla violenza interpersonale ammontano a circa 19,3 milioni di dollari all’anno per ogni 100.000 donne iscritte di età compresa tra 18 e 64 anni. In conclusione, le donne con una storia di violenza interpersonale hanno registrato un utilizzo e una spesa sanitaria significativamente più elevati, che si sono protratti per molto tempo dopo la fine della violenza interpersonale. Data la sua elevata prevalenza, la violenza interpersonale ha un impatto significativo sull’utilizzo delle risorse sanitarie e gli sforzi per prevenirne

l'insorgenza e le conseguenze sono chiaramente indicati. La tabella 1 ci mostra i costi sanitari annuali e utilizzo per le donne con e senza una storia di violenza interpersonale, in base al momento della violenza interpersonale (Rivara, Frederick P. et al, 2007).

| | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Tempo di follow-up, media (DS) | 7.48(3.74) | 7.32(3.67) | 1,89(3.39) | 0,89(1.57) | 4.17(4.34) |
| Qualsiasi utilizzo dei servizi | % | % | % | % | % |
| Servizi di salute mentale | 7.3 | 13.7 | 18.9 | 13.5 | 11.4 |
| Servizi per alcol/droga | 0,2 | 1.0 | 1.5 | 1.1 | 0,7 |
| Ricoveri ospedalieri | 4.7 | 5.3 | 5.5 | 7.5 | 4.6 |
| visite ambulatoriali ospedaliere | 8.3 | 10.2 | 9.8 | 10.3 | 10.6 |
| Visite al pronto soccorso | 3.8 | 5.9 | 6.9 | 5.9 | 5.6 |
| Numero di visite/prescrizioni | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) |
| Assistenza primaria | 2.9(2.8) | 3.4(3.3) | 3.6(3.3) | 3.5(3.6) | 3.3(3.2) |
| Farmacia | 11.4(14.3) | 14.5(18.4) | 14.7(18.5) | 12.7(14.7) | 15.1(19.4) |
| Cure specialistiche | 1.4(2.5) | 1.6(2.9) | 1.7(3.1) | 1.5(2.4) | 1.6(2.9) |
| Costi per i servizi (dollari 2004) | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) | Media (DS) |
| Costi dell'assistenza primaria | 488(566) | 587(873) | 597(628) | 582(693) | 593(1015) |
| Costi della farmacia | 378(915) | 488(1056) | 489(908) | 395(695) | 522(1204) |
| Costi speciali | 338(868) | 410(972) | 401(850) | 392(751) | 421(1069) |
| Costi di laboratorio | 68(129) | 79(164) | 82(119) | 80(117) | 77(188) |
| Costi della radiologia | 163(465) | 200(519) | 192(484) | 177(549) | 212(541) |
| Costi di degenza | 374(2822) | 418(2762) | 352(1832) | 552(2476) | 430(3223) |
| Costi totali ^a | 2311(5443) | 2892(5854) | 2856(4281) | 2947(5337) | 2945(6667) |

Tab. 1 Costi sanitari annuali e utilizzo per le donne con e senza una storia di violenza interpersonale, in base al momento della violenza interpersonale (Rivara, Frederick P. et al, 2007).

2.OBIETTIVO

L'obiettivo di questo elaborato, di revisione della narrativa scientifica, è analizzare in modo approfondito l'approccio infermieristico integrato nella presa in carico della donna vittima di violenza, con particolare riferimento al modello Codice Rosa, quale strumento organizzativo e assistenziale finalizzato a garantire un percorso strutturato di accoglienza, cura, tutela e continuità assistenziale.

L'elaborato si propone di evidenziare come la violenza di genere rappresenti non solo una grave violazione dei diritti umani, ma anche un rilevante problema di salute pubblica, caratterizzato da importanti ripercussioni fisiche, psicologiche e sociali, che richiedono un intervento tempestivo, competente e multidisciplinare.

In tale contesto, particolare attenzione viene rivolta al ruolo del pronto soccorso come punto di accesso privilegiato al sistema sanitario, luogo in cui l'infermiere riveste una funzione cruciale nell'identificazione precoce dei segnali di violenza, anche in assenza di esplicita dichiarazione da parte della vittima.

L'obiettivo è, inoltre, quello di valorizzare la figura dell'infermiere quale professionista centrale nel percorso di presa in carico, non solo per le competenze clinico-assistenziali, ma anche per le capacità relazionali, comunicative ed empatiche necessarie a instaurare una relazione di fiducia con la donna, favorendo l'emersione del vissuto traumatico e garantendo un'assistenza rispettosa, non giudicante e orientata alla persona.

Attraverso l'analisi del modello Codice Rosa, si intende infine mettere in luce l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare, in cui l'infermiere agisce in sinergia con le altre figure professionali e con la rete territoriale, contribuendo in modo determinante alla costruzione di un percorso assistenziale efficace, volto alla protezione della vittima, alla riduzione delle conseguenze della violenza e al recupero del benessere psicofisico.

3.MATERIALI E METODI

Per questo studio è stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica, consultando le principali banche dati biomediche: PubMed, Google scholar, CINAHL. La ricerca è stata integrata consultando documenti del Ministero della Salute, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ISTAT ed Euroistat, Siti istituzionali regionali della Regione Marche e Toscana.

La domanda di ricerca è stata formulata secondo il modello PICO, allo scopo di individuare evidenze scientifiche, normative e professionali sull'approccio dell'infermiere alla donna vittima di violenza secondo il modello Codice Rosa.

| | |
|------------------|---|
| POPOLAZIONE | Il target di questo studio è la parte di popolazione di sole donne vittime di violenza |
| INTERVENTO | Intervento alla violenza sulle donne con modello Codice Rosa |
| CONTROLLO | // |
| O= ESITO/OUTCOME | Miglioramento nell'identificazione delle donne vittime di violenza e applicazione adeguata del modello Codice Rosa. |

Le ricerche sono state condotte in lingua italiana e inglese, utilizzando parole chiave specifiche per entrambi i contesti linguistici.

| | |
|---------------------------|--|
| PAROLE CHIAVI UTILIZZATE: | |
| PAROLE CHIAVE IN ITALIANO | Violenza di genere, violenza domestica, donna vittima di violenza, codice rosa, presa in carico, violenza fisica, violenza psicologica, violenza economica, rete antiviolenza, triage infermieristico. |
| PAROLE CHIAVE IN INGLESE | Violence of woman, gender based violence, domestic violence, pink code, pink code model, multidisciplinary team, emergency department. |

I filtri che sono stati adoperati per selezionare gli articoli utilizzati in questo elaborato sono: FULL TEXT e articoli compresi fra il 2009 e il 2025 in lingua italiana e inglese. La selezione degli articoli è avvenuta in due fasi: screening dei titoli e degli abstract per pertinenza, seguito dalla lettura del FULL TEXT per la verifica finale dei criteri di inclusione.

4.RISULTATI

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell'Azienda USL 9 di Grosseto come progetto pilota con la finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le diverse istituzioni e competenze per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto soccorso.

Nel 2011 con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale. Il Progetto regionale Codice Rosa, prevede percorsi gender sensitive di accoglienza, cura e tutela delle persone vittime di violenze e abusi. Nel gennaio 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l'estensione della sperimentazione a tutte le Aziende sanitarie toscane. Questo progetto si è avviato nel 2012 in toscana, finalizzato a tutelare le fasce più vulnerabili della popolazione, tra cui i minori e donne, i quali sono più facilmente vittime di abusi o maltrattamenti, il quale poi l'obiettivo principale del progetto è stato quello di uniformare le risposte pubbliche in caso di abuso e maltrattamento, fornendo risposte operative immediate quando la vittima si rivolge al pronto soccorso, garantendo assistenza e protezione a quest'ultima e facilitando il collegamento tra i diversi soggetti della rete nelle fasi successive. Il Codice Rosa è un percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio. Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale. Inoltre, opera in sinergia con enti, istituzioni ed in primis con la rete territoriale del Centri Antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

La rete regionale Codice Rosa, evoluzione di un progetto avviato già nel 2010, è il risultato dei nuovi assetti organizzativi studiati e introdotti dal Sistema sanitario regionale per offrire una risposta tempestiva e qualificata a un fenomeno ancora così diffuso. La rete Codice Rosa è costituita da tutti i nodi che concorrono alla erogazione di risposte sanitarie, in emergenza

e nell'immediata presa in carico successiva, per le diverse tipologie di vittime di violenza, mediante percorsi specifici dedicati ai diversi target. Attraverso gli organismi di governo della rete Codice Rosa viene assicurata la collaborazione ai livelli istituzionali di coordinamento e la partecipazione ai gruppi tecnici già presenti o attivati successivamente in materia. Nel 2016 è costituita la Rete regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenze e/o abusi (delibera Giunta regionale 1260 del 5 dicembre 2016).

Questa rete regionale Codice Rosa si connota come una rete tempo dipendente, ovvero di un sistema in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone, per il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici (delibera Giunta regionale 1260 del 5 dicembre 2016).

OBIETTIVI DELLA RETE:

- favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza assicurando efficaci percorsi dedicati
- coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per fornire una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso
- dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso con la presa in carico territoriale successiva, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle vittime mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze.
- assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale.

(Firenze - Auditorium Sant'Apollonia - 1° ottobre 2024)

4.1 Nascita del modello codice rosa

Nasce quando Angela (nome di fantasia) è arrivata all'ospedale con i suoi genitori dopo essere stata stuprata all'uscita della discoteca, aveva paura. Tanta. Più per la sofferenza dei suoi che per quello che le era appena successo. L'abbiamo messa su una barella per trasportarla al reparto di ginecologia e mentre percorrevamo i corridoi, lunghi, infiniti, pieni di gente,

mentre aspettavamo quel maledetto ascensore che non arrivava mai, io e Angela ci sentivamo osservate, esaminate, scrutate come fenomeni da baraccone, e allora ho detto mai più'. Mai più che una vittima che ha appena subito violenza debba essere trasportata da un piano all'altro dell'ospedale alla ricerca di personale medico. 'Mai più' sono state le mie ultime parole che hanno dato inizio all'era Codice Rosa". A parlare è il grande capo. La chiamano tutti così, eppure è così piccola e minuta. È la dottoressa Vittoria Doretti, dirigente anestesista all'ospedale Misericordia di Grosseto, che coordina la task-force contro la violenza su uomini e donne composta da 40 persone tra personale medico e paramedico, forze dell'ordine, associazioni di volontariato, psicologi e assistenti sociali. Una squadra, come amano definirsi, che oggi è possibile trovare in quasi tutti gli ospedali di Italia, con il compito non solo di seguire la vittima dal punto di vista medico-sanitario ma di spingerla a denunciare. Accanto agli angeli rosa sono scesi in campo anche le "sentinelle". Sono quei volontari esterni, come per esempio i farmacisti, che sanno riconoscere la vittima e indirizzarla nel posto giusto. La vittima è difficile che chieda aiuto. È per questo che gli angeli rosa e le sentinelle in punta di piedi, spesso nell'ombra, prendono la mano di uomini, donne, gay, minori, disabili per accompagnarli in un percorso ben specifico, fino al Codice Rosa. La creazione della task-force interistituzionale a sostegno di tutte le fasce deboli della popolazione coniuga i diversi aspetti del fenomeno violenza, dall'aspetto sanitario a quello giudiziario a quello sociologico. A partire da questo nodo centrale è stata creata e potenziata una vera e propria rete, un fronte sempre più compatto e dilagante grazie ad uno straordinario "effetto domino" (da cui prende il nome anche il libro edito da Pacini editore "Codice Rosa - Il magico effetto domino", ndr.), che coinvolge tutti gli operatori che quotidianamente lavorano e si scontrano con il tema della violenza. Violenza sessuale e domestica sulle donne, maltrattamenti sugli anziani, botte ai disabili, pestaggi sugli omosessuali, percosse ai bambini. Codice Rosa aiuta la vittima a non rimanere in silenzio.

Si deve, infatti, proprio alla dott.ssa Doretti l'intuizione nel 2009 che i servizi sanitari potevano fare molto di più per intercettare casi di violenza, cominciando a lavorare per creare delle linee guida che diventassero, appunto, un percorso di accesso sicuro in pronto soccorso per le vittime.

Dal 2014 è diventato un protocollo nazionale e sta ora riscuotendo grande attenzione anche in Europa. In ogni pronto soccorso degli ospedali toscani c'è una corsia riservata dove un team multidisciplinare si prende cura delle persone vittime di violenza e abusi. Il Codice Rosa è diventato sempre di più un percorso di tipo sociosanitario: perché una donna non venga poi abbandonata una volta uscita dal pronto soccorso, abbiamo voluto una forte integrazione tra politiche sanitarie e sociali, per assistere anche sul piano sociale e psicologico le persone vittime di violenza che si sono presentate al pronto soccorso. La Rete regionale Codice Rosa collega e coordina tutte le forze che all'interno del servizio sanitario toscano lavorano per offrire alle vittime di violenza e abusi un aiuto pronto e tempestivo, articolato e complesso. In questo Percorso Donna, i Centri antiviolenza hanno un ruolo fondamentale e centrale” (Roberto Falasca, 2014).

4.2 Linee Guida Nazionali 24 novembre 2017 donne vittime di violenza

Queste linee prevedono che, all'interno dei Pronto Soccorso e delle strutture sanitarie, venga attivato un percorso dedicato alle donne vittime di maltrattamento o violenza, che comprende triage tempestivo (in genere codice giallo o equivalente), definizione di aree protette, équipe multidisciplinari e il raccordo con servizi sociosanitari e territoriali.

I punti di forza di questo modello sono evidenti: innanzitutto la formalizzazione di un “canale privilegiato” che riconosce che le donne vittime di violenza non sono semplicemente pazienti che subiscono un evento occasionale, ma portatrici di un percorso di vulnerabilità che richiede attenzione sia sanitaria che sociale. Ad esempio, in Toscana nel 2017 sono stati registrati 3.142 accessi al Codice Rosa nei pronto soccorso, di cui 2.592 adulti e 550 minori: questo dato segnala come il fenomeno non sia marginale. Grazie a queste misure, molte regioni hanno potuto sperimentare la costituzione di équipe multidisciplinari che coinvolgono medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, e – in stretta connessione – la rete antiviolenza, con un impianto che assicura almeno sul piano teorico continuità tra ospedale, territorio e servizi specialistici.

In questo senso il Codice Rosa funge da modello e da “porta d’ingresso” per la protezione delle vittime, riconoscendo l’importanza di un coordinamento tra sanità, giustizia, servizi sociali e associazioni.

Tuttavia, accanto a questi elementi positivi, emergono anche una serie di debolezze significative nella sua applicazione che ne attenuano l’efficacia nella pratica. Uno dei problemi più ricorrenti è la disomogeneità territoriale: non tutte le regioni hanno implementato il percorso con lo stesso grado di completezza, e in molte strutture mancano le aree protette, i referenti dedicati, o l’addestramento specifico del personale (quest’ultimo poi è un punto critico, perché spesso il personale non un percorso di studio ben delineato e non viene scelto secondo studi conseguiti, ma esiste ancora una grande improvvisazione nella selezione del personale predisposto). Ad esempio, nel documento di legge regionale del Veneto si prevede l’individuazione di almeno due referenti in ogni pronto soccorso, la formazione del personale e l’area protetta separata; ma l’effettiva realizzazione pratica risente delle risorse e delle organizzazioni regionali. Altro anello mancante è la comunicazione fra gli enti coinvolti: ospedale, pronto soccorso,¹¹⁸ servizi sociali, centri antiviolenza, forze dell’ordine. Sebbene le linee guida nazionali ne prevedano il raccordo, nella pratica si riscontrano spesso ritardi nell’attivazione, modalità poco formalizzate di segnalazione, assenza di sistema di monitoraggio e scambio di informazioni. In alcuni casi la vittima viene presa in carico in pronto soccorso, ma il passaggio alla rete territoriale non è garantito e così aumentando il rischio di “caduta” del percorso protettivo dopo la dimissione (CISL Veneto, 2023).

4.3 Accoglienza della donna vittima di violenza

È il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la vittima, quasi sempre donna, e gli/le operatori/trici del servizio. La caratteristica di questa relazione “di reciprocità” è dal punto di vista della donna il sentirsi accolta, ascoltata, e dal punto di vista degli/le operatori/trici l’acquisire tutte quelle informazioni necessarie a sviluppare una prima risposta competente sul problema.

L'accoglienza costituisce il momento più delicato e complesso: la donna deve percepire che ha trovato il luogo giusto dove raccontare la propria storia, dove è rassicurata sulla sua non responsabilità rispetto all'accaduto (è vittima) e che il suo racconto e la sua esperienza sono ritenuti credibili.

Alla donna deve essere garantita la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura, nonché di proseguire i percorsi senza essere incalzati dalla fretta e dall'urgenza.

Ma il bisogno della donna non è solo quello di essere ascoltata e rassicurata ma anche quello di capire che “i tecnici” cui si è affidata sono competenti, non azzardano interpretazioni che possano giustificare la violenza maschile.

L'accoglienza richiede un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione a tutto campo dei problemi, ma anche su una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto.

La competenza si misura in tutte le fasi, dall'accoglienza, all'attuazione delle procedure diagnostiche sino all'accompagnamento verso altri servizi.

Per questo motivo l'accoglienza richiede un tempo lungo e un setting ben “costruito”.

L'infermiera/e addetta/o al triage effettua una prima valutazione ed attribuisce un codice giallo di priorità se non più grave, facendo particolare attenzione alla riservatezza e alla privacy. Oltre al codice colore, sarà assegnato anche il codice VD (violenza dichiarata) o codice VS (violenza sospetta), sia per quantificare il numero di vittime di violenza di genere che per tracciare eventuali accessi ripetuti al PS (Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013).

Dopo la valutazione di triage la persona viene visitata dal medico del PS generale (PSG) che utilizzerà l'apposita cartella clinica guidata con il supporto del personale infermieristico.

Tale prima valutazione include:

- raccolta della storia della violenza (in questa fase in particolare sarà fondamentale l'atteggiamento di accoglienza, sensibilità ed ascolto);
- anamnesi sanitaria e socio – familiare;
- esame clinico generale volto ad escludere emergenze-urgenze di pertinenza internistica chirurgica;

- prescrizione di eventuali esami di laboratorio, indagini diagnostiche o richieste di consulenze di altri specialisti.

È fondamentale la presa di coscienza da parte dei/lle professionisti/e coinvolti/e, della delicatezza e

dell'importanza di questo momento, prestando particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- presentarsi e presentare il servizio;
- anticipare alla persona, quasi sempre donna, quali saranno i momenti e gli interventi, spiegando ciò che si fa nel momento in cui viene fatto, anche per “restituirle”, dal punto di vista psicologico ed emotivo, il controllo di quanto succede;
- richiedere il consenso per ognuno di questi passaggi (è raro che vengano rifiutate alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire no consente di porre quei limiti e confini che la violenza ha annullato);
- raccogliere le informazioni relative alla denuncia (se ha già effettuato querela di parte, se intende presentarla, se non intende presentarla) e fornire informazioni chiare rispetto al proprio ruolo professionale ma anche al proprio mandato istituzionale (il/la professionista è un Pubblico Ufficiale tenuto al segreto professionale, avendo però in alcune fattispecie degli obblighi di legge circa la denuncia).

L'infermiere/a del PSG, provvederà ad eventuali medicazioni e somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti prescritti dal medico.

Il medico, riscontrando la condizione di violenza fisica, richiederà la consulenza del Servizio Sociale aziendale. In caso di assenza dell'assistente sociale (fuori orario di servizio), il medico compilerà apposita scheda di segnalazione, che sarà inoltrata al Servizio Sociale il giorno successivo all'evento.

L'assistente sociale fornirà supporto e sostegno, garantendo all'utente adeguata informazione sui diritti, sui percorsi di tutela e sui competenti servizi presenti nel territorio. Inoltre, è dovere del medico che ha rilevato la violenza di genere, procedere ad una formalizzazione della “denuncia di reato”, in conformità alle disposizioni vigenti (Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013).

4.4 Ascolto attivo

Nella fase dell'ascolto attivo, secondo uno studio effettuato dall'OMS e pubblicato nel manuale clinico "Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence", dopo aver accompagnato la donna in un luogo dedicato ed appartato all'interno dell'unità operativa è possibile iniziare a dialogare con la donna riguardo l'accaduto ricordando principalmente di:

- rassicurare la donna che ciò che sarà detto non sarà riferito a nessun altro, così come nessuno saprà del suo accesso in Pronto Soccorso per violenza. Questo atteggiamento dell'infermiere metterà a proprio agio la donna, così da raccontare l'accaduto nei migliori dettagli. È utile poi riferire comunque che se disposto dalla legge, vi sarà l'obbligo di comunicazione alle forze dell'ordine della violenza subita previa informazione di ciò alla donna;
- incoraggiare la vittima a raccontare ciò che è accaduto, mostrando un atteggiamento non giudicante e dandole il tempo adeguato per esporre preoccupazioni e sentimenti; evitando di insistere e di obbligarla a esporre ciò che lei non vuole dire;
- consentire i silenzi ed il pianto dandole il tempo di riprendersi. Durante il racconto dell'accaduto, la donna potrà esternare differenti atteggiamenti, emozioni o espressioni che dipendono da: fattori esterni le circostanze nella quale è avvenuta la violenza, l'autore e la sua relazione con esso o la frequenza e le modalità dell'aggressione e da fattori interni dati dalle caratteristiche psicologiche della vittima.

Essa potrà presentare estrema debolezza e vulnerabilità, ansia e agitazione, senso d'impotenza e d'inferiorità per non essere stata in grado di reagire e difendersi dall'aggressione, sentirsi confusa e spaesata con episodi d'amnesia su alcuni aspetti dell'evento oppure ripetizione ossessiva di alcuni episodi dell'aggressione, potrebbe avere crisi di pianto o addirittura riso e autoironia oppure rimanere totalmente apatica riguardo l'accaduto, attuando meccanismi di difesa (quali la dissociazione, la minimizzazione ecc.) che la portano ad assumere un portamento freddo, controllato e distaccato anche nella descrizione dell'evento (Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013)

4.5 Riconoscere i segni di violenza

Gli infermieri ricoprono un ruolo cruciale nell'assistenza alle donne vittime di violenza, intervenendo nell'immediatezza del fatto tramite la fornitura di supporto, cure e risorse alle donne vittime di violenza. Come già accennato, nonostante gli sforzi per combattere questo fenomeno, molte vittime rimangono in silenzio per vergogna, paura e senso di colpa (Gino e Caenazzo, 2019). L'intervento nella fase acuta da parte dei professionisti sanitari che accolgono la vittima di violenza sessuale comporta la necessità di sapersi confrontare non solo con priorità di tipo clinico, ma anche con la sofferenza e l'angoscia che caratterizzano i vissuti di questa tipologia di assistite. Il giusto approccio spesso è la chiave per ottenere un buon esito (Longo, 2017). Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il primo punto di contatto con il sistema ospedaliero per le donne, offrendo agli infermieri in questo contesto un'importante opportunità per sviluppare competenze cliniche nella gestione della violenza, grazie alla loro potenziale esposizione ai pazienti con esperienze di violenza. Uno studio trasversale condotto nel 2021, focalizzato sulla preparazione e sulla risposta alla violenza nelle diverse aree cliniche, ha rivelato che gli infermieri del pronto soccorso possiedono una conoscenza significativamente superiore rispetto ai loro colleghi delle unità di degenza, in quanto effettuano screening per la violenza con maggiore frequenza, dimostrando una maggiore conoscenza e sicurezza nella gestione delle donne vittime di violenza rispetto ai colleghi delle unità di degenza (Withiel et al., 2022).

4.6 Il processo di nursing integrato alla donna vittima di violenza

Nell'ambito della presa in carico infermieristica della donna vittima di violenza, risulta fondamentale l'applicazione di un approccio metodologico strutturato basato sul processo di nursing. L'utilizzo delle classificazioni standardizzate NANDA, NIC e NOC consente di formulare diagnosi infermieristiche appropriate, definire obiettivi assistenziali specifici e pianificare interventi mirati ed efficaci. Ecco alcune delle diagnosi più comuni nella donna vittima di violenza

Diagnosi infermieristica (NANDA):

Sindrome post-traumatica

Dominio 9, Classe 1, Codice della diagnosi 00141.

Definizione: prolungata risposta disadattiva a un evento traumatico opprimente.

Caratteristiche definenti:

- alterazione dell'umore;
- ansia, sintomi depressivi;
- esprime vergogna;
- paura;
- incubi;
- comportamenti di evitamento.

Fattori correlati: diminuzione della solidità dell'io, evento percepito come traumatico.

Popolazioni a rischio: persone che stanno vivendo un evento traumatico prolungato, persone che subiscono gravi minacce, persone con storia di abusi.

Condizione associata: depressione.

Outcome (NOC):

1) Ansia (1211).

Definizione: gravità delle manifestazioni di apprensione, tensione o inquietudine, che originano da una fonte non identificabile.

Indicatori:

(121101) Inquietudine, da 1 a 4.

(121105) Disagio, da 1 a 4.

(121140) Difficoltà di rilassamento, da 1 a 4.

2) Paura (1210).

Definizione: gravità delle sensazioni manifeste di apprensione, tensione o disagio originate da una causa identificabile.

Indicatori:

(121001) Angoscia, da 1 a 3.

(121034) Panico, da 1 a 4.

(121029) Chiusura in sé stesso, da 1 a 3.

Interventi:

Ascolto attivo (4920).

Definizione: prestare grande attenzione e attribuire un significato ai messaggi verbali e non verbali della persona assistita.

Attività:

- mostrare interesse per la persona assistita;
- servirsi di domande e affermazioni per incoraggiare la persona assistita a esprimere pensieri, sensazioni e preoccupazioni;
- evitare ostacoli all'ascolto attivo (quali, per esempio, minimizzare le sensazioni, suggerire soluzioni facili, interrompere, parlare di sé, conclusione prematura).

Riduzione dell'ansia (5820).

Definizione: ridurre al minimo l'apprensione, la paura, l'inquietudine o il disagio correlati a una fonte non identificata di possibile pericolo.

Attività:

- Adottare un approccio calmo e rassicurante;
- Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura;
- Creare un'atmosfera che favorisca la fiducia;

Diagnosi infermieristica (NANDA):

Sindrome da trauma da stupro

Dominio 9, Classe 1, Codice della diagnosi 00142.

Definizione: prolungata risposta disadattiva a una penetrazione sessuale forzata e violenta contro la volontà e il consenso della vittima.

Caratteristiche definenti:

- Ansia;
- Sintomi depressivi;
- Autostima scarsa;
- Trauma fisico;
- Esprime vergogna;
- Paranoia;
- Colpevolizzarsi;

Fattori correlati: da sviluppare

Popolazione a rischio: persone che hanno subito uno stupro.

Condizioni associate: depressione.

Outcome (NOC):

1) Sostegno sociale (1504).

Definizione: assistenza affidabile da parte di altri.

Indicatori:

(150408) Volontà di chiamare gli altri per l'assistenza, da 2 a 4.

(150410) Contatti di sostegno sociale, da 2 a 4.

(150405) Assistenza emotiva fornita da altri, da 2 a 4.

2) Autostima (1205)

Definizione: giudizio personale di considerazione del proprio valore.

Indicatori:

(120507) Comunicazione aperta, da 1 a 4.

(120519) Percezione del proprio valore, da 1 a 4.

(120511) Livello di fiducia, da 1 a 4.

Interventi:

Miglioramento dell'autostima (5400).

Definizione: promuovere nella persona assistita una maggiore autoconsiderazione del proprio valore.

Attività:

- Monitorare le affermazioni della persona rispetto al proprio valore.
- Monitorare il modello di autostima nel tempo, se appropriato.
- Incoraggiare la persona a parlare di se e a verbalizzare affermazioni positive su un proprio diario.
- Aiutare la persona assistita a riesaminare le percezioni negative di se stessa.

5. CONCLUSIONI

La revisione ha dimostrato che nell'approccio alle vittime di violenza, i migliori esiti assistenziali vengono raggiunti dagli infermieri che hanno un elevato livello di formazione e aggiornamento e che utilizzano la relazione e l'ascolto attivo come strumento di cura.

A tal proposito, il riconoscimento e la gestione di un Codice Rosa richiedono un'adeguata formazione e preparazione professionale. Per tale motivo, le linee guida propongono, una formazione che insegni ai sanitari a riconoscere i segni/sintomi correlati alla violenza sessuale e a saper porre le giuste domande per cercare di prestarle aiuto, nonostante la negazione della sua condizione di vittima (FNOPI - federazione nazionale ordini professione infermieristiche).

Il codice rosa viene assegnato insieme al codice di priorità da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata.

Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario e dalle forze dell'ordine. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, la Stanza Rosa, che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, è una stanza riservata per i controlli e le consulenze mediche (saranno gli specialisti a raggiungere la paziente), alla quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine. Nella stanza vi sono kit già predisposti per esami biologici, repertamento fotografico, cartelle cliniche guidate, in grado di fornire dati utili anche per l'Autorità Giudiziaria, e supporti informatici accessibili alle Forze dell'Ordine e soprattutto il suo punto di forza è una task force interistituzionale.

L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e del "silenzio" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure (Quinta convention Rete regionale codice rosa Firenze, 2024).

La violenza di genere si configura come un fenomeno complesso e multidimensionale, con profonde ripercussioni non solo sulla salute fisica e psicologica della donna, ma anche sul

piano sociale, economico e sanitario. Dall'analisi della letteratura emerge con chiarezza come le donne vittime di violenza presentino un aumentato rischio di sviluppare disturbi psichici, tra cui ansia, depressione e sindrome da stress post-traumatico, nonché un maggiore ricorso ai servizi sanitari, con conseguente incremento dei costi per il sistema sanitario.

In questo contesto, il sistema di emergenza-urgenza, e in particolare il Pronto Soccorso, rappresenta un punto di accesso privilegiato per l'intercettazione precoce delle vittime. Tuttavia, la complessità del fenomeno richiede un approccio strutturato, integrato e multidisciplinare, capace di andare oltre la gestione dell'evento acuto e di garantire una presa in carico globale della persona.

Il modello Codice Rosa si inserisce in tale prospettiva come uno strumento organizzativo innovativo ed efficace, in grado di assicurare percorsi dedicati, protetti e sensibili al genere. La sua diffusione ha permesso di migliorare l'identificazione delle vittime, di favorire un'accoglienza più adeguata e di promuovere il raccordo tra i servizi sanitari, sociali e giudiziari. Tuttavia, dall'analisi emergono anche criticità legate alla disomogeneità territoriale, alla carenza di formazione specifica del personale e alle difficoltà di integrazione tra i diversi attori della rete.

In tale scenario, il ruolo dell'infermiere assume una rilevanza centrale. L'infermiere, in quanto professionista sanitario in prima linea, è spesso il primo a entrare in contatto con la vittima e riveste un ruolo chiave nell'identificazione dei segni di violenza, nell'attuazione di un'accoglienza empatica e non giudicante e nella gestione del percorso assistenziale. L'utilizzo del processo di nursing, supportato dalle classificazioni NANDA, NIC e NOC, consente di pianificare interventi mirati e personalizzati, con particolare attenzione agli aspetti psicologici e relazionali, come nel caso della sindrome post-traumatica da stress.

Pertanto, appare fondamentale investire nella formazione continua degli operatori sanitari, nella standardizzazione dei protocolli e nel rafforzamento delle reti territoriali, al fine di garantire una risposta sempre più efficace e uniforme sul territorio nazionale. Solo attraverso un approccio integrato, centrato sulla persona e basato sulla collaborazione interdisciplinare, è possibile promuovere la tutela, la sicurezza e il recupero delle donne vittime di violenza.

In conclusione, il modello Codice Rosa rappresenta un importante esempio di buona pratica nel panorama sanitario italiano, ma richiede un costante aggiornamento e consolidamento

per rispondere in maniera adeguata a un fenomeno ancora oggi largamente diffuso e spesso sommerso. L'impegno del sistema sanitario, e in particolare della professione infermieristica, risulta dunque determinante nel contrasto alla violenza di genere e nella promozione di una cultura della cura, del rispetto e della dignità della persona.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Data di pubblicazione: 28-09-2021 Ultimo aggiornamento: 22-04-2025 - 13:14
<https://www.europarl.europa.eu/topics/it/article/20210923STO13419/violenza-di-genere-definizione-dati-e-iniziative-dell-ue-per-contrastarla>
- Ochani K, Siddiqui A, Ochani S. An insight on gender-based violence. *Health Sci Rep.* 2024 Jan 11;7(1):e1815. doi: 10.1002/hsr2.1815. PMID: 38213782; PMCID: PMC10782631.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10782631/?utm>
- Convenzione di Istanbul 11 maggio 2011 del Consiglio d'Europa per prevenire e combattere la violenza contro le donne e la violenza domestica (ratificata dall'Italia) ART.3.
<file:///C:/Users/Utente/Downloads/Definizioni-violenza-donne-genere.pdf>
- Sardinha L, Stöckl H, Maheu-Giroux M, Meyer SR, García-Moreno C. Global prevalence of non-partner sexual violence against women. *Bull World Health Organ.* 2024 Aug 1;102(8):582-587. doi: 10.2471/BLT.23.290420. Epub 2024 May 13. PMID: 39070596; PMCID: PMC11276154.
- ISTAT, 2022 statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/il-numero-delle-vittime-e-le-forme-di-violenza/#:~:text=Il%20numero%20delle%20vittime%20e%20le%20forme%20di%20violenza%20-%20Istat. <https://www.unwomen.org/en/articles/faqs/faqs-types-of-violence-against-women-and-girls>
- Hirigoyen M.F. (2015), *Molestie morali*, Ed. Einaudi-Bologna, Gulotta G. (1976). *La vittima*. Ed. Giuffrè-Milano, Gulotta G. (1984). *Famiglia e violenza. Aspetti psicosociali*. Ed. Giuffrè-Milano, Bramante A. *Le Vittime Di Aggressione Sessuale: Differenze Comportamentali*. Torino. <https://www.osservatorioviolenza.org/informazione-formazione/violenza-psicologica>
- Enrico di Bella, Dipartimento di Scienze Politiche e Internazionali, Università di Genova. <https://www.istat.it/it/files/2023/12/di-Bella-GENere2023.pdf>
- <https://www.nuovomaschile.org/risorse-ed-eventi/articoli/cose-la-violenza/>
- ISTAT, 2022. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-contesto/definizioni-e-indicatori/#:~:text=Stalking,e%20codice%20penale%2C%20612bis>.

- Healthcare Utilization and Costs for Women with a History of Intimate Partner Violence, Rivara, Frederick P. et al, American Journal of Preventive Medicine, Volume 32, Issue 2, 89 – 96
- 4 luglio 2024. <https://www.mdpi.com/2673-6756/4/3/19>
Turillazzi E, Toni C, Turco S, Di Paolo M. Finding the Victim of Abuse: A New Frontier of Physicians' Liability? Data From a Local Italian Experience on Minor Maltreatment. Front Pediatr. 2020 Jun 19;8:309. doi: 10.3389/fped.2020.00309. PMID: 32637388; PMCID: PMC7316952.
- Firenze - Auditorium Sant'Apollonia - 1 ottobre 2024, Quinta convention Rete regionale codice rosa Firenze, 2024 <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa#:~:text=Il%20Codice%20Rosa%20nasce%20nel,di%20violenza%20in%20Pronto%20soccorso.>
- https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2014/05/14/news/codice_rosa-86164278/?utm, Roberto Falasca, 14 Maggio 2014.
- https://www.pensionaticislveneto.it/articolo-641/cos_e-il-codice-rosa-e-a-che-punto-e-la-sua-diffusione, CISL Veneto, 2023.
- <https://www.almablog.it/2025/11/dal-pronto-soccorso-alla-rete-territoriale-codice-rosso-tra-buone-pratiche-e-nodi-irrisolti/>, 13 Novembre 2025 Di Yuleisy Cruz Lezcano
- Task force codice rosa asl 9 – Grosseto, <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa-per-le-vittime-di-violenze-e-abusi-1>
- Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013
- FNOPI - federazione nazionale ordini professione infermieristiche