



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL CODICE ROSA:
UNA PANORAMICA SUI CASI DI VIOLENZA AFFERITI
AI PRONTO SOCCORSO DELL'AREA VASTA 5**

Relatrice:

Dott.ssa Valentina Simonetti

Tesi di Laurea di:

Caterina Celislami

Correlatrice:

Dott.ssa Marida Andreucci

Anno Accademico 2019/2020

Alla mia famiglia, la mia essenza di vita.

INDICE

ABSTRACT	
CAPITOLO 1.....	1
LA VIOLENZA E LE SUE FORME.....	1
1.1 LA VIOLENZA	1
1.2 LA VIOLENZA DI GENERE	1
1.3 LA VIOLENZA DOMESTICA.....	3
1.4 FORME DI VIOLENZA	3
1.4.1 La violenza sessuale.....	3
1.4.2 La violenza psicologica.....	4
1.4.3 La violenza fisica.....	5
1.4.4 La violenza di coppia.....	5
1.4.5 Violenza sul minore	6
1.4.6 La violenza sull'anziano.....	9
1.4.7 La violenza sul disabile	9
1.4.8 La violenza discriminatoria	10
1.5 LO STALKING	10
1.6 IL MOBBING	11
CAPITOLO 2:	12
IL CODICE ROSA.....	12
2.1 CHE COS'È IL CODICE ROSA.....	12
2.2 IL PROGETTO	13
2.3 LA FORMAZIONE.....	14

2.4 GLI OBIETTIVI DEL CODICE ROSA	15
2.5 ACCOGLIENZA IN PRONTO SOCCORSO	15
2.6 CONSENSI INFORMATI.....	18
2.7 FASE OPERATIVA: LA VISITA MEDICA.....	19
2..8 RUOLO DELLE FORZE DELL'ORDINE	22
2.9 PERCORSI EXTRAOSPEDALIERI	24
CAPITOLO 3.....	25
LO STUDIO	25
3.1 INTRODUZIONE	25
3.4 MATERIALI E METODI	28
3.5 RISULTATI	30
3.6 DISCUSSIONE	36
3.7 CONCLUSIONE	39
BIBLIOGRAFIA	
RINGRAZIAMENTI	

ABSTRACT

Introduzione: Il Codice Rosa è un codice di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini, anziani e persone discriminate. Tale codice è gestito dal personale sociosanitario, magistrati, forze dell'ordine e si realizza con l'attivazione di un percorso di accoglienza protetto, attraverso il quale vengono garantite la privacy e l'incolumità fisica e psichica della persona. L'attivazione del Codice Rosa in Area Vasta 5 nel Pronto Soccorso di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno è avvenuta a febbraio 2019.

Obiettivo: L'obiettivo del presente elaborato è quello indagare la prevalenza degli accessi con Codice Rosa nei servizi di Pronto Soccorso dei due nosocomi dell'AV5, San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno, ed individuare le cause e i fattori principali che inducono le persone vittime di violenza ad afferire a tale servizio.

Materiali e metodi: Lo studio effettuato è un'indagine osservazionale-descrittiva. La raccolta dati è avvenuta nelle Unità Operative di Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, attraverso la consultazione delle cartelle cliniche e infermieristiche delle persone a cui è stato assegnato il Codice Rosa nel periodo di tempo che va dal 1° febbraio al 3 ottobre. Per ogni cartella sono stati valutati: i dati anagrafici dei pazienti, tipologia di violenza subita, informazioni riguardo l'episodio di violenza e il decorso clinico.

Risultati: Le rappresentazioni statistiche dei dati mostrano l'elevata incidenza delle vittime di genere femminile, dell'età media che va dai 17 ai 40 anni. Le tipologie di violenza che emergono sono: violenza fisica, violenza psicologica e violenza sessuale. All'accesso, la maggior parte dei pazienti ha presentato traumi fisici, e sintomi da trauma psicologico.

Conclusioni: La violenza è un fenomeno multidimensionale e necessita, per un'adeguata presa in carico, la corretta applicazione dei Protocolli disponibili e di una formazione specializzata da parte del personale sanitario.

CAPITOLO 1

LA VIOLENZA E LE SUE FORME

1.1 LA VIOLENZA

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce la violenza come “L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione” (World Health Organization, 2002). La definizione utilizzata dall'OMS associa l'intenzionalità con l'atto stesso, a prescindere dal risultato che si determina. L'inserimento del termine “potere”, oltre alla frase “utilizzo della forza fisica”, amplia i confini della natura di un atto violento ed espande la nozione convenzionale di violenza fino a comprendere quegli atti che rappresentano il risultato di una relazione di potere, ossia anche le minacce e l'intimidazione. (World Health Organization, 2002)

La definizione dichiarata dall'OMS racchiude una vasta quantità di conseguenze, tra cui il danno psicologico, la privazione e il cattivo sviluppo, che possono essere immediate o latenti e possono perdurare per anni dopo l'abuso iniziale. Secondo alcuni ricercatori e professionisti del campo è necessario considerare anche la violenza che non determina necessariamente una lesione o la morte, ma che provoca comunque conseguenze importanti su individui, famiglie, comunità e sistemi sanitari in tutto mondo. Diverse forme di violenza contro le donne, i bambini e gli anziani, ad esempio, possono determinare problemi fisici, psicologici e sociali che non necessariamente provocano lesioni, disabilità o morte. (World Health Organization, 2002)

1.2 LA VIOLENZA DI GENERE

L'Organizzazione delle Nazioni Unite in occasione della Conferenza Mondiale sulla Violenza contro le Donne tenutasi a Vienna nel 1993, definisce la Violenza di Genere come “ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali

atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata". (Organizzazione delle Nazioni Unite, 1993)

Per violenza di genere si intende, quindi, la violenza diretta ad una persona sulla base della sua appartenenza, appunto, 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 si distingue da altre forme di violenza ed è importante mantenerla concettualmente distinta per comprenderne le origini, le cause e le ripercussioni. Poiché nella gran parte dei casi le donne subiscono atti di violenza all'interno della famiglia spesso si parla anche di violenza domestica; tuttavia la violenza domestica include anche atti violenti contro i bambini, gli anziani e in generale i membri di un nucleo familiare che non avvengono necessariamente sulla base del genere. (Caporossi, s.d.). La Dichiarazione sull'eliminazione della Violenza contro le Donne, infatti, afferma che "La violenza contro le donne comprende, ma non è limitata, la violenza fisica, psicologica e sessuale che avviene in famiglia e nella comunità in generale, incluse le percosse, l'abuso sessuale sulle bambine, la violenza per questioni di dote, lo stupro coniugale, le mutilazioni genitali femminili e le altre pratiche tradizionali che arrecano danno alle donne; la violenza legata allo sfruttamento, alle molestie ed alle intimidazioni sul lavoro, nelle istituzioni scolastiche ed altrove; la tratta di donne; la prostituzione forzata; e la violenza perpetrata o tollerata dallo Stato" (Organizzazione delle Nazioni Unite, 1993). Sostiene inoltre che "La violenza contro le donne costituisce una violazione dei diritti e delle libertà fondamentali delle donne e danneggia ed annulla il godimento da parte loro di quei diritti e libertà" (Organizzazione delle Nazioni Unite, 1993)

Dal punto di vista sanitario la risposta a tale problema impone quindi un incremento delle conoscenze tradizionali, che si estendano al di là del solo approccio clinico, e un accrescimento della valutazione della salute/malattia, affinché i servizi sanitari migliorino globalmente le capacità di ascolto dei bisogni di salute delle donne, la competenza diagnostica e quella legale dell'affermazione dei diritti negati e lesi. (Vinci, et al., 2013)

1.3 LA VIOLENZA DOMESTICA

La violenza domestica è la forma più diffusa di violenza di genere. Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la violenza domestica è “ogni forma di violenza fisica psicologica o sessuale e riguarda tanto a soggetti che hanno, hanno avuto, o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto a soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo” (World Health Organization, 2002).

La continua esposizione a violenza domestica può portare gravi conseguenze nella vita psichica delle donne, degli uomini, dei bambini e degli anziani che la subiscono perché può far sviluppare problemi psicologici come sindromi depressive, problemi somatici come tachicardia, sintomi di ansia, tensione, sensi di colpa e vergogna, bassa autostima, disturbo post-traumatico da stress e molti altri. Le condizioni di chi subisce la violenza sono tanto più gravi quanto più la violenza si protrae nel tempo, o quanto più esiste un legame consanguineo tra l'aggressore e la vittima (World Health Organization, 2002).

1.4 FORME DI VIOLENZA

1.4.1 La violenza sessuale

La violenza sessuale consiste in qualsiasi imposizione di coinvolgimento in attività e/o rapporti sessuali contro la volontà. Spesso la violenza sessuale comporta aggressioni fisiche quali lo stupro; il tentativo di stupro; lo stupro di gruppo, in cui la persona viene costretta ad avere rapporti sessuali con una o più persone estranee; o ancora con un parente, amico, un collega, che non accettano il rifiuto della persona. Essa prevede anche la possibilità di esposizioni alle malattie sessualmente trasmesse, a gravidanza forzata, l'esposizione forzata o la partecipazione a pornografia o l'induzione alla prostituzione. La violenza sessuale comprende anche l'esposizione della donna a scherzi o battute a sfondo sessuale che la umiliano, oppure a false accuse di tipo sessuale (Vinci, et al., 2013) Le donne vengono violentate e aggredite sessualmente più frequentemente degli uomini. La violenza sugli uomini è spesso praticata da un altro uomo, di frequente in prigione. Gli uomini vittime di violenza in genere subiscono danni fisici maggiori rispetto alle donne,

sono meno disposti a denunciare il crimine, e spesso sono coinvolti più aggressori (Clifton, 2020)

Subito dopo una violenza, il comportamento della paziente può variare dalla loquacità, alla tensione nervosa, al pianto e al tremore, dallo shock e dall'incredulità, alla calma, alla quiescenza e al sorriso. Queste ultime risposte raramente indicano che la vittima è indifferente all'accaduto; piuttosto, riflettono reazioni di evitamento, spossatezza fisica o meccanismi di difesa che richiedono il controllo delle emozioni. La rabbia può essere scaricata sul personale ospedaliero o sui membri della famiglia. (Clifton, 2020)

Recenti evidenze indicano che un'esperienza di stupro nel corso della vita è anche correlata a problemi di salute fisica a lungo termine; per esempio, il rischio di sviluppare asma, sindrome dell'intestino irritabile, frequenti mal di testa o dolore cronico è più alto per le vittime di stupro che per le persone che non sono vittime di stupro (Holmes, et al., 1996)

1.4.2 La violenza psicologica

La violenza psicologica si manifesta in cinque forme prevalenti: isolamento, controllo, violenza economica, svalorizzazione, intimidazioni.

- Isolamento: consiste nell'imposizione di limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici, l'impedimento od il tentativo di impedimento di lavorare e studiare.
- Controllo: comportamento del partner che tende a imporre alla donna come vestirsi o pettinarsi, che la segue, la spia o si arrabbia se parla con un altro uomo.
- Violenza economica: si intende l'impedimento di conoscere il reddito familiare o di usare il proprio denaro.
- Svalorizzazione: comprende le umiliazioni, le offese, le denigrazioni anche in pubblico, le critiche per l'aspetto esteriore e per come la donna si occupa di casa e figli.
- Intimidazioni: sono veri e propri ricatti, minacce di distruggere oggetti della donna, di fare del male ai figli, alle persone care od agli animali, nonché la minaccia di suicidio (AV5, 2018).

1.4.3 La violenza fisica

La violenza fisica comprende l'uso di qualsiasi atto volto a far male o a intimidire la vittima. Non riguarda solo l'aggressione fisica grave, che causa ferite richiedenti cure mediche di emergenza, ma anche ogni contatto fisico teso ad incutere terrore ed a rendere la vittima soggetta al controllo dell'aggressore. Alcuni esempi di violenza fisica sono: spingere, stratonare, impedire il movimento bloccando con forza la partner, rompere o danneggiare oggetti nella vicinanza della vittima, picchiare, strappare i capelli, prendere per il collo, schiaffeggiare, mordere, causare bruciate di sigarette, tirare calci e pugni. Il maltrattamento fisico può comprendere anche l'essere chiusi in una stanza o fuori di casa, l'essere tenuti forzatamente svegli o minacciati con un'arma (AV5, 2018)

1.4.4 La violenza di coppia

La violenza di coppia consiste in una violenza relazionale che si può manifestare in diverse forme: violenza psicologica, verbale, fisica, economica, sessuale.

Rappresenta una lotta di potere in cui un componente della coppia prevarica pesantemente sull'altro. In questo tipo di violenza emerge soprattutto la violenza psicologica e fisica, le quali sono finalizzate ad umiliare ed annullare l'individualità del partner.

La violenza nella di coppia si può esprimere attraverso atteggiamenti il cui punto in comune è il desiderio di controllo del partner. Gli atteggiamenti comprendono:

- ridicolizzazione delle opinioni, degli ideali e dell'aspetto fisico;
- manipolazione, isolamento da famiglia e amici;
- negazione dei maltrattamenti avvenuti.

Le conseguenze a tali atteggiamenti possono colpire la sfera fisica, psicologica, e sociale, provocando un abbassamento dell'autostima, comparsa di stati d'ansia, disturbi del sonno, alterazioni digestive e depressione; nella vittima ciò comporta il reale convincimento di uno stato di inferiorità unito a senso di colpa e vergogna, e, in quanto tale, lo allontana dall'idea di esporre denuncia.

Anche se il fenomeno colpisce nella maggior parte dei casi la donna, per gli uomini la situazione di solito risulta essere più complessa. Dalla società non è ben visto che un uomo possa essere maltrattato da una donna e per questo motivo, gli uomini vittime di

maltrattamento spesso nascondono questa loro condizione e sono persino restii ad ammetterlo a sé stessi (Serra, et al., 2016).

1.4.5 Violenza sul minore

Per definire il maltrattamento sui soggetti di minor età è utile riferirsi alla definizione del WHO condivisa a livello internazionale che comprende “tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell’ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere.”

I fattori di rischio per l’abuso su minore sono: handicap fisico o mentale, bambino con necessità speciali di cure mediche, figlio acquisito o adottato, sesso femminile, bambino percepito come “una delusione, una frustrazione” (AV5, 2018).

L’abuso su minore si può distinguere in:

- Maltrattamento fisico: si intende qualsiasi lesione o maltrattamento intenzionalmente inferito ad un bambino (adulto responsabile del suo benessere fisico e psicologico). Per maltrattamento fisico s’intende l’uso intenzionale della violenza fisica contro un minorenne da qualcuno che lo dovrebbe invece proteggere e tutelare. L’abuso fisico è caratterizzato da lesioni fisiche come contusioni, ustioni, lacerazioni o fratture. “Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire” (Butchart, et al., 2006).
- Abuso sessuale: “Il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori”. (C.I.S.M.A.I., 2003)

Il responsabile è quasi sempre un familiare, un amico od un conoscente di famiglia, o qualcuno di cui il bambino ha fiducia. I figli acquisiti o i bambini adottati, rispetto ai figli naturali, sono più esposti ad abuso sessuale da parte di un genitore.

Molte leggi distinguono l'abuso sessuale dalla violenza sessuale: nel primo caso gli atti sessuali sono commessi da una persona legalmente responsabile del minore, nella violenza o aggressione sessuale, invece, l'autore non è il legale responsabile del bambino. L'abuso sessuale si configura in molti comportamenti: auto esposizione, contatto fisico, penetrazione, mutilazione; per tanto l'episodio può rivelarsi come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore ed al suo percorso evolutivo. L'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) ed i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi nell'ambito psico sociale, sanitario, giudiziario). Per un minore la rivelazione è la conseguenza della presa di contatto con la propria esperienza traumatica e quanto più il bambino è stato danneggiato dall'abuso tanto più può essere compromessa la sua capacità di ricordare e raccontare. In età prepuberale l'abuso consiste per lo più in evenienze improntate e fatti di seduzione ed è perciò intuibile come le tracce di violenza fisica possano essere nascoste e alquanto sfumate possano essere quelle rilevabili in area genitale. Per riconoscere un abuso sessuale è più spesso necessario capire quello che il bambino suggerisce con comportamenti, giochi, disegni piuttosto che con le parole (AV5, 2018) (C.I.S.M.A.I., 2003).

- **Maltrattamento psicologico:** è il risultato di comportamenti dannosi per l'equilibrio psichico del bambino. È una forma molto insidiosa di violenza perché difficilmente rilevabile e può essere associata ad altre forme di maltrattamento. In questo tipo di abuso rientrano l'isolamento forzato, l'attribuzione di colpe, le minacce verbali, le intimidazioni, gli atteggiamenti discriminatori, il rifiuto, continue esposizioni l'esposizione a pericoli (Save The Children, 2019).
- **Abbandono fisico:** il bambino si trova in condizioni di grave pericolo perché i genitori, i familiari, i tutori legali o chi dovrebbe occuparsi del suo benessere, non sono stati in grado di provvedere ai suoi bisogni fondamentali. L'abbandono fisico è stato anche classificato come generale e severo. Si parla di abbandono fisico generale quando il bambino non ha subito lesioni fisiche, ma chi avrebbe dovuto occuparsi delle sue cure non ha provveduto ai suoi bisogni fondamentali, come: adeguata alimentazione, riparo e protezione, abbigliamento, cure mediche e sorveglianza. Per abbandono fisico

severo, invece, si intende quando, si verifica uno stato di seria malnutrizione o un peggioramento di una condizione medica pericolosa per la vita del bambino (AV5, 2018).

- Abbandono psicologico: deriva da indifferenza, ignoranza, e disinteresse, incomunicabilità, o da un vero e proprio rifiuto affettivo per il bambino.
- Bullismo: con il termine bullismo si definiscono quei comportamenti offensivi e/o aggressivi intenzionali, di natura sia fisica sia psicologica, oppressivo e vessatorio che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima (Fonzi, 2003).
- Cyberbullismo: il cyberbullismo definisce un insieme di azioni aggressive e intenzionali, di una singola persona o di un gruppo, realizzate mediante strumenti elettronici (sms, mms, foto, video, e-mail, chat rooms, instant messaging, siti web, telefonate), il cui obiettivo è quello di provocare danni ad un coetaneo incapace di difendersi (MIUR, s.d.)
- Violenza assistita: viene definito come "Il fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori." (C.I.S.M.A.I., 2003).

La violenza assistita è una forma di maltrattamento che ha degli effetti dal punto di vista fisico, cognitivo, comportamentale e sulle capacità di socializzazione dei minori:

- -Impatto sullo sviluppo fisico: il bambino, soprattutto in tenera età, sottoposto a forte stress e violenza psicologica può manifestare deficit nella crescita e nello sviluppo psicomotorio. (C.I.S.M.A.I., 2003)
- -Impatto sullo sviluppo cognitivo: l'esposizione alla violenza può recare danni allo sviluppo neuro cognitivo del bambino che si possono manifestare con l'abbassamento dell'autostima, scarso sviluppo di competenze intellettive. (Serra, et al., 2016)
- -Impatto sul comportamento: le maggiori conseguenze che possono verificarsi sono la paura costante, il senso di colpa nel sentirsi in un qualche modo privilegiato di non essere la vittima diretta della violenza, senso d'impotenza dato dall'incapacità di reagire. Inoltre, possono insorgere fenomeni quali l'ansia, depressione, una maggiore impulsività, l'alienazione e la difficoltà di concentrazione. (C.I.S.M.A.I., 2003)

- -Impatto sulle capacità di socializzazione: subire violenza assistita influenza le capacità di stringere e mantenere relazioni sociali

1.4.6 La violenza sull'anziano

Un nuovo studio promosso dall'Oms e pubblicato su *The Lancet Global Health*, ha messo in evidenza che quasi il 16% delle persone di età superiore ai 60 anni ha subito un abuso: psicologico (11,6%), abuso finanziario (6,8%), trascuratezza (4,2%), un abuso fisico (2,6%) o sessuale (0,9%) (Yon, et al., 2017)

La violenza sull'anziano consiste in atti deliberati di violenza psicologica, fisica, sessuale e/o economica: punire fisicamente; usare in modo inappropriato contenzione fisica o farmacologica; infliggere angoscia, sofferenza ed umiliazioni; trascurare i bisogni primari dell'anziano; minacciare, insultare, intimidire; mettere in ridicolo; coinvolgere l'anziano in attività sessuali senza il suo consenso; usare illegalmente le risorse economiche dell'anziano per profitti personali.

In genere le vittime tacciono, poiché temono ripercussioni sia in famiglia sia in istituto e se rivelano, a volte, vengono accusate di diffamazione, per tali motivi è difficile riconoscere il maltrattamento di un anziano. I famigliari tendono a mantenere il segreto all'interno delle mura domestiche ed il personale di assistenza tace per timore delle conseguenze su di sé e sugli altri (Serra, et al., 2016).

1.4.7 La violenza sul disabile

La violenza sul disabile si caratterizza frequentemente con atti di bullismo, prepotenza, umiliazione, canzonatura, ma anche pestaggi e abusi sessuali. Come altre forme di violenza è necessario considerare anche situazioni di isolamento, segregazione, deprivazione, spesso prolungate per anni, che le persone con disabilità vivono a causa delle carenze nel campo dell'assistenza, sia in famiglia sia nelle istituzioni.

Uno studio pubblicato sulla rivista "The Lancet" ha rivelato che gli adulti con disabilità hanno una probabilità di 1,5 volte maggiore di essere vittime di violenza rispetto a quelli senza disabilità (Hughes, et al., 2012).

Nei bambini con disabilità le probabilità di subire violenza sono più alte, infatti, rispetto ai bambini non disabili, hanno 3,7 volte più potenzialità di essere vittime di qualsiasi tipo di violenza, compreso quella sessuale. I bambini con disabilità mentali o intellettuali sembrano essere tra i più vulnerabili, con 4,6 volte il rischio di violenza sessuale rispetto ai loro coetanei non disabili. (Hughes, et al., 2012).

1.4.8 La violenza discriminatoria

La violenza discriminatoria è intesa come ogni “incidente violento che la vittima, un testimone o qualunque altra persona percepisce come motivata da pregiudizio, intolleranza, preconetto o odio, e che può o meno costituire un reato sotto il Codice penale vigente” (EFUS, European Forum for Urban Security, 2017). Tale violenza comporta un attacco alle caratteristiche dell’identità sociale della vittima (e/o del gruppo sociale di appartenenza), violando il principio di uguaglianza e colpendo gravemente l’io della persona (EFUS, European Forum for Urban Security, 2017).

Alcuni esempi di discriminazione possono essere il razzismo, il sessismo, l’antisemitismo, l’omofobia e la transfobia, e possono manifestarsi con: commenti dispregiativi; aggressioni fisiche o verbali; negazione dei diritti fondamentali alla sanità, all’istruzione, al lavoro e alla giustizia penale; emarginazione; molestie sessuali.

1.5 LO STALKING

Lo Stalking è un atto persecutorio protratto nel tempo, che provoca un perdurante e grave stato di ansia o di paura, genera un fondato timore per l’incolumità propria o di un prossimo congiunto. Può manifestarsi con telefonate a qualsiasi ora, sms, mail, pedinamenti, intrusioni nella vita privata e professionale della persona con conseguente limitazione della libertà personale tanto da far sentire la persona stessa controllata e in uno stato di tensione e pericolo costante (AV5, 2018).

1.6 IL MOBBING

Il mobbing viene definito come una persecuzione sistematica sul posto di lavoro esercitata dai colleghi o superiori, nella quale la persona attaccata è posta in una posizione di debolezza e aggredita direttamente o indirettamente da una o più persone per un lungo periodo di tempo, con lo scopo e/o la conseguenza della sua estromissione dal mondo del lavoro. Questo processo viene percepito dalla vittima come una discriminazione. Le azioni messe in atto, da una persona o più persone coalizzate, possono essere le seguenti: demansionamento lavorativo, rimproveri e richiami espressi in privato ed in pubblico anche per banalità, prolungata attribuzione di compiti esorbitanti ed eccessivi, mancata assegnazione di strumenti di lavoro, isolamento, azioni vessatorie, forme di controllo, attacchi sul piano personale, denigrazioni e umiliazioni, aggressioni fisiche e verbali, emarginazione. Le attività di mobbing causano ripercussioni che spesso sfociano in malattie specifiche o malattie ad andamento cronico: disturbo post-traumatico da stress, disturbo dell'adattamento con sintomatologia ansioso-depressiva, disturbi del sonno, fobie e attacchi di panico, disturbi gastrointestinali, cefalea, disturbi psicosomatici (Serra, et al., 2016).

CAPITOLO 2:

IL CODICE ROSA

2.1 CHE COS'È IL CODICE ROSA

Il Codice Rosa nasce nel 2010 attraverso un Protocollo d'intesa tra l'Azienda Usl 9 di Grosseto e la Procura della Repubblica di Grosseto, con la finalità di identificare un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze, senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali.

Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata (Doretti, s.d.).

Quando viene assegnato un Codice Rosa viene automaticamente attivata una Task Force istituzionale, cioè una squadra formata da personale socio-sanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi), magistrati, ufficiali e sottufficiali di Polizia giudiziaria, impegnati in una attività rivolta alla tutela di tutti quei cittadini che possono essere maggiormente esposti a episodi di abuso e di violenza. Il principale compito di tale gruppo di lavoro è dettato dall'esigenza di erogare assistenza sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, mirata all'individuazione e all'emersione di tutti quegli episodi di violenza, spesso nascosti, a causa dei quali le vittime si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso (Meucci, 2011). L'intervento congiunto di questa Task Force permette di intervenire mettendo in pratica un processo assistenziale protetto e individualizzato che garantisce la privacy, l'incolumità fisica e psichica della persona in modo adeguato in rapporto alla complessità del caso e al tipo di vittima (ForumPa, 2012)

2.2 IL PROGETTO

Il progetto del Codice Rosa prende vita nel 2009 presso l'Azienda USL 9 di Grosseto da un'idea della Dottoressa Vittoria Doretti, medico anestesista e responsabile dei casi di violenza, e del Dottor Giuseppe Coniglio, sostituto della Procura della Repubblica di Grosseto, che fa parte del pool di magistrati che seguono i reati di violenza sessuale.

Il progetto prende origine dall'idea che il fenomeno 'violenza' non potesse essere combattuto separatamente. Fino ad allora ogni operatore di ciascun Ente e Istituzione che si occupavano dei singoli episodi di violenza lavorava secondo procedure corrette, ma ciascuno procedeva per strade separate, senza incrociare e confrontare i dati statistici utili a monitorare un fenomeno certamente in crescita, e soprattutto senza mettere in atto una strategia comune per affrontarlo adeguatamente (Meucci, 2011).

Da questa profonda presa di coscienza nasce il "Codice Rosa", un itinerario particolare all'interno del Pronto Soccorso riservato alle vittime di violenza, allo scopo di coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso. Il progetto prevede la collaborazione tra personale sanitario e le Istituzioni per lo sviluppo di azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza, armonizzandosi con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà (Meucci, 2011).

La direzione della ASL 9 approva il progetto di una particolare formazione congiunta denominata "Task Force", da organizzare tra personale sanitario, procura e polizia giudiziaria e delibera la nascita del Centro di Coordinamento Aziendale Vittime di Violenza della ASL 9 (Meucci, 2011).

Dopo un periodo intenso di sperimentazione il progetto diviene operativo il 1° gennaio 2010 e in breve si formalizza attraverso un Protocollo d'Intesa. In quell'anno nel Pronto Soccorso di Grosseto si svelano oltre 300 casi in Codice Rosa (abusi sessuali e maltrattamenti). La maggior parte donne, di queste solo il 5% si era già rivolto ad un Centro antiviolenza o aveva chiesto in qualche modo aiuto. La % di maschi tra i casi pediatrici e di ultra 65enni è invece più alta (quasi 40%) (Doretti, s.d.).

Nel 2011 con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale con capofila La Squadra di Grosseto.

Dal gennaio 2012 prende avvio la sperimentazione nelle altre Aziende sanitarie e Aziende Ospedaliere Toscane che si completa nel 2014.

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 (Doretti, s.d.).

2.3 LA FORMAZIONE

La formazione, che deve essere multi professionale, interdisciplinare e continua, è lo strumento essenziale per promuovere le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi. L'attività formativa progettata su temi specifici, coerente con gli aspetti organizzativi e progettuali, viene assicurata con continuità a livello regionale e aziendale ed è rivolta al personale dei gruppi operativi e alle sentinelle presenti presso le strutture e viene realizzata in collaborazione con Enti, Istituzioni e Centri Antiviolenza della rete territoriale. La Formazione viene sempre effettuata congiuntamente con gli operatori dei vari enti, istituzioni e associazioni di volontariato che operano in sinergia nella Task Force Codice Rosa (Regione Toscana, 2020).

I corsi sono fondamentalmente di 3 tipi:

- Corsi Specifici per operatori che possono entrare a far parte della Squadra
- Corsi Base per le “sentinelle” (tra cui anche farmacisti, insegnanti, operatori dei Centri di promozione sociale oltre al personale socio-sanitario e delle Forze dell’Ordine) in grado di dare “ascolto” a possibili vittime di violenza e di poter accompagnare o suggerire i servizi che possono offrire aiuto.
- Momenti di Informazione che possono coinvolgere tutta la popolazione per la massima diffusione del Progetto e la sensibilizzazione (Regione Toscana, 2020).

2.4 GLI OBIETTIVI DEL CODICE ROSA

Il principale ruolo della degli operatori sanitari di fronte alla vittima di violenza è quella di erogare una completa assistenza sanitaria, che implica una refertazione corretta degli elementi di prova e l'individuazione e l'emersione di tutti quegli episodi di violenza che le vittime faticosamente raccontano di esserne oggetto. Tra gli obiettivi di tale progetto vi è favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza assicurando l'attivazione dei successivi percorsi dedicati, nell'ottica di poter fornire così una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso e garantire una presa in carico globale e continuum assistenziale territoriale, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione della persona. Un altro obiettivo rilevante è evitare alla vittima di violenza passaggi ridondanti, inutili e dolorosi a più reparti o più professionisti, rendere quindi possibile la predisposizione di un apposito spazio nel Pronto Soccorso, chiamata "Stanza Rosa", che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, riservata per i controlli e le consulenze mediche (sono gli specialisti a raggiungere il/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 (Doretti, s.d.).

2.5 ACCOGLIENZA IN PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il servizio al quale le vittime di violenza si rivolgono per ricevere un supporto sanitario.

L'infermiere di triage effettua una prima valutazione e in base alle lesioni eventualmente riportate o sintomi riferiti, attribuisce una codifica di urgenza, solitamente il codice giallo. Oltre al codice di triage viene assegnato un identificativo di percorso "codice rosa", da annotare anche sulla scheda "Triage". Qualora la vittima riferisca espressamente di aver subito violenza (violenza dichiarata), il personale sanitario trasferisce la vittima in una stanza riservata entro un termine massimo di 20 minuti così da ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari, dato che esiste una criticità psicologica e probatoria tale da dover essere valutata rapidamente essendo un'attività "tempo-dipendente", evitando attese prolungate in luoghi non consoni. La stessa procedura deve essere eseguita in presenza di una violenza non dichiarata ma solo sospetta, qualora il personale sanitario abbia proceduto ad una prima rilevazione di indici di sospetto con

esito positivo. Nella zona riservata il professionista sanitario deve procedere poi ad una più accurata valutazione attraverso l'utilizzo di indicatori specifici, quali fisici, anamnestici e comportamentali utili per acquisire tutte quelle informazioni necessarie a sviluppare una prima risposta competente sul problema. Esegue una valutazione rapida dei segni evidenti (lesioni traumatiche, atteggiamento apatico/irascibile, pianto diretto), della sintomatologia riferita (stato d'ansia, dispnea, paura.) (ASP Enna, 2018).

L'accoglienza è il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la vittima e l'operatore sanitario e costituisce la fase più delicata e complessa nella quale l'operatore psicosociale si adopera nel gestire il percorso di cura del paziente. (Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013)

L'approccio è necessario che si focalizzi sull'ascolto, l'infermiere deve essere empatico e in grado di esprimere un atteggiamento di ascolto attivo e di allontanamento da qualsiasi giudizio, non sminuente, non accentuante, allo stesso momento procede con una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto (Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, 2018)

La vittima deve percepire con naturalezza che ha trovato il luogo giusto dove raccontare la propria storia e le deve essere garantita la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura.

Particolare attenzione deve essere prestata nel caso in cui il paziente è un minore: l'infermiere di triage deve interloquire utilizzando strategie adatte che riguardano lo spiegare in termini semplici tutto ciò che sarà eseguito. È importante garantire la riservatezza del dialogo mostrando disponibilità all'ascolto e aiuto per l'intero nucleo familiare e non soltanto verso il bambino, incoraggiare a raccontare l'accaduto rispettando il silenzio ed evitando inutili insistenze. (Ausl 4 Teramo, 2014)

La fase della raccolta dati è importante per documentare l'accaduto e fornire di conseguenza un'assistenza integrata anche con altre figure professionali e, eventualmente, le Forze dell'Ordine.

Nella stanza protetta, o "Stanza Rosa", luogo dove la vittima viene accompagnata per la raccolta dati, deve essere garantita la massima riservatezza alla vittima, con la presenza dei soli operatori necessari al servizio, quindi Medico di Pronto Soccorso, infermiere. Non potranno avere accesso gli accompagnatori al fine di evitare ogni contatto con il possibile autore delle violenze, salvo espressa richiesta della vittima.

Nel caso di minore, al fine di non influenzare i ricordi, l'operatore astenersi dal porre domande, che saranno poi affrontate in modalità di "audizione protetta". Evitare di far ripetere troppe volte le testimonianze o di insistere nei particolari (ogni gesto o parola può far alterare un equilibrio precario ed occorre una grande capacità di comunicazione e di osservazione), è sufficiente annotare solo ciò che la vittima riferisce spontaneamente, e, soprattutto, ricordarsi che non è compito dei sanitari accertare la veridicità del racconto o l'attendibilità della vittima. (Ausl 4 Teramo, 2014)

Il Medico del P.S. raccoglie l'anamnesi basandosi sulla raccolta delle informazioni dettate "scheda pronto soccorso" e riferite dalla vittima, le quali riguardano:

- Data e ora dell'evento;
- Luogo dell'evento: casa propria, casa altrui, strada, automobile, parcheggio, garage pubblico, bar, ristorante, discoteca, campagna, parco, bosco, spiaggia, stazione, mezzo pubblico, scuola, negozio, ufficio, albergo, altro.
- Tipo di violenza subita: sessuale, fisica, psicologica, mista, comportamenti persecutori; circostanze inerenti all'evento, numero di aggressori, possibile ingestione di alcolici o altre sostanze e/o eventuale perdita di coscienza, se sono state scattate delle foto o è stato girato un video;
- Responsabili della violenza e tipo di relazione con l'aggressore: partner, genitore, familiare, persona conosciuta, collega di lavoro, datore di lavoro, compagno di scuola, docente, religioso, altro.
- Modalità di violenza: spintonamento, soffocamento, stratonamento, tirata per capelli, schiaffo, minacce, uso corpo contundente, morso, calcio, investimento, ustione, stupro, tentato stupro, molestia fisica, molestia sessuale, costrizione a guardare materiale pornografico;
- Tempo trascorso tra violenza e la visita.

In caso di violenza sessuale il medico richiederà informazioni circa l'avvenuta pulizia delle zone lesionate o penetrate; cambio degli slip o degli indumenti, avvenuta minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale; assunzione farmaci dopo l'evento; eventuale utilizzo anticoncezionali; anamnesi patologica e fisiologica del paziente; descrizione dettagliata della sintomatologia riferita dal paziente.

2.6 CONSENSI INFORMATI

In sanità il consenso è espresso dal/la paziente non solo per autorizzare il professionista sanitario alla conoscenza e all'utilizzo dei propri dati sensibili, ma anche e soprattutto per manifestare la propria scelta in merito ad uno specifico trattamento od accertamento medico.

Il consenso informato deve essere più specificatamente descritto come il diritto di esprimere validamente la propria volontà di sottoporsi ad un dato atto sanitario solo dopo essere stati correttamente informati ed aver acquisito consapevolezza. Tale diritto trova la sua più importante consacrazione nella lettura combinata dell'art. 32 della Costituzione secondo cui "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", con l'art. 13 della stessa Carta costituzionale, che afferma l'inviolabilità della libertà personale (Stefania, et al., s.d.)

In caso di "Procedura Codice Rosa" la vittima, o presunta tale, è chiamata ad esprimere il consenso, non solo al trattamento sanitario, ma anche ai successivi accertamenti sanitari. Più nello specifico, la vittima deve essere messa nella condizione di acconsentire liberamente ad eventuali 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 e degli effetti personali indossati al momento della visita ed infine a trattamenti specifici, quali il test HIV. La vittima, inoltre, deve esprimere il consenso anche all'eventuale acquisizione di documentazione fotografica. La persona verrà adeguatamente informata dal professionista sanitario, sui "Percorsi extra-ospedalieri esistenti sul territorio" che, previo suo consenso, potranno essere attivati. Esprimendo tale consenso, il paziente accetta un percorso di presa in carico da parte dei servizi sul territorio che, nei casi più gravi, potrebbe concludersi con l'allontanamento fisico della stessa (Stefania, et al., s.d.).

Nel caso di vittima minorenni, i genitore/i o il tutore legale devono essere adeguatamente informati della ipotesi diagnostica di maltrattamento e/o violenza sessuale nei confronti del minore e di tutti i passi previsti dalla procedura; nel caso non diano il consenso alle procedure di repertazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla persona del minore, gli operatori devono far presente che, a fronte del rifiuto, il caso verrà segnalato all'Autorità Giudiziaria competente (Stefania, et al., s.d.).

2.7 FASE OPERATIVA: LA VISITA MEDICA

Durante l'esame fisico, il personale sanitario deve spiegare alla vittima le fasi e le finalità degli accertamenti e come verrà svolto l'esame fisico, chiedendo l'approvazione per ogni singolo intervento che viene svolto e il consenso all'esecuzione di fotografie affinché le lesioni possono essere documentate, all'ispezione corporale, alla raccolta dei materiali biologici utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica ed ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici, facendo firmare l'apposito modulo (Asp Siracusa, s.d.).

Qualora ritenuto necessario, la vittima viene sottoposta a indagini strumentali e consulenze appropriate, che comprendono il coinvolgimento di varie figure professionali, quali lo Psicologo, lo Psichiatra, il Pediatra, il Chirurgo, Ginecologo, l'Ortopedico, l'Oculista, l'Otorino, il Radiologo.

L'esame deve essere spiegato passo dopo passo nella sua esecuzione e i relativi risultati devono essere riesaminati con la paziente.

Il medico di Pronto Soccorso annota i parametri vitali e altri tipi di informazioni, come la data e l'ora sia dell'esame fisico che della violenza. Viene chiesta al paziente una descrizione, nei limiti del possibile, dell'evento di cui è stata vittima. Il racconto del paziente deve essere registrato accuratamente e con le sue stesse parole (Uboldi, s.d.)

In presenza di episodio di aggressione fisica alla vittima, adulto o minorenne, viene attivato il protocollo per la gestione delle lesioni subite e, nel caso di situazioni di urgenza o emergenza va eseguita una valutazione secondo l'ABCDE (Ausl 4 Teramo, 2014).

Nei casi di violenza sessuale, le vittime devono essere informate della possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmissibili o di restare incinta dopo l'episodio.

Il medico prescrive trattamenti di profilassi anti HBV e HIV (entro le 1-4 ore, mai oltre le 48) e antitetanica (Uboldi, s.d.). Se la paziente è a rischio di gravidanza si rende necessario eseguire un test e la somministrazione di terapia anticoncezionale.

Durante l'esame fisico, vengono annotati tutti i dettagli del trauma, come lesioni, abrasioni, lacerazioni, morsi, sangue o altre secrezioni, facendo particolare attenzione all'area genitale e rettale. Si appuntano anche altri tipi di ferite che possono presentarsi sul seno, sulla porzione superiore dell'interno coscia, sul collo, sul viso, sulle braccia, sui

polsi, sulle gambe, sulla testa, nel caso in cui il paziente sia stato spinto verso un oggetto o sul terreno (Uboldi, s.d.).

La persona deve essere informata della possibilità di poter sporgere querela entro i sei mesi successivi all'episodio, munendosi del referto rilasciato dal medico (Ausl 4 Teramo, 2014).

Il medico del PS, attenendosi al protocollo “Percorso assistenziale per le vittime di violenze sessuali in AV5”, dopo aver indossato i guanti monouso non sterili, esegue la prima raccolta di indumenti e/o di altri reperti connessi all'evento, che avverrà facendo spogliare la vittima su un lenzuolo bianco, che verranno consegnati sotto catena di custodia al Laboratorio Analisi o all'Autorità Giudiziaria su richiesta. Gli indumenti vengono conservati in buste di carta sigillate, prima fatti asciugare all'aria se bagnati, e controfirmate dalla vittima e dall'operatore che li ha raccolti e vengono accompagnati da apposito modulo che documenta la catena di custodia riportante le firme della vittima, dell'operatore che trasporta a mano i reperti in laboratorio e del tecnico in laboratorio che riceve gli stessi (AV5, 2018).

Il medico prescrive i seguenti prelievi di sangue venoso:

- Una provetta da siero tappo bianco da 10ml colma: per l'effettuazione di esami in urgenza o non;
- Tre provette da emocromo 3,5 ml tappo viola con EDTA (1 da analizzare e 2 per la catena di custodia): per alcolemia/dosaggio di farmaci/sostanze quando necessario
- Tre provette di urine tappo rosso (1 da analizzare e 2 per la catena di custodia): per dosaggio droghe d'abuso se necessario.
- L'importanza della repertazione e conservazione dei materiali raccolti assume rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché una incongrua repertazione o custodia può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore.
- Analisi Beta Hcg, per le donne in età fertile.

Il medico di PS, affinché assicuri alla vittima cure assistenziali a 360 gradi, attiva tutte le consulenze ritenute necessarie all'espletamento di un accertamento interdisciplinare, funzionale al rilascio di un referto medico quanto più possibile ben documentato e completo. Per i pazienti vittime di violenza con sintomi psichiatrici che giungono al Pronto Soccorso, può essere richiesta la consulenza dello Psichiatra, il quale valuterà le priorità, l'intervento terapeutico e deciderà quale sia l'ambiente idoneo verso il quale il

paziente può essere trattato in condizioni di sicurezza, per continuare la cura (Ausl 4 Teramo, 2014). Se la vittima è una donna e riferisce di avere subito violenza sessuale viene richiesta tempestivamente la consulenza dell'Unità Operativa di Ostetrica e Ginecologia. Se è un uomo a riferire di essere stato vittima di violenza sessuale viene coinvolta dell'Unità Operativa di Chirurgia. Nel paziente di minore età che ha subito violenza sessuale il medico assicura una consulenza Pediatrica.

La visita ginecologica/chirurgica dopo una delle esperienze più devastanti e mortificanti che possano capitare ad una persona, ha evidentemente degli aspetti peculiari (Ausl 4 Teramo, 2014).

L'attività del ginecologo o chirurgo consiste nel prendere atto della documentazione cartacea proveniente dal medico del PS che ha visitato la vittima e, in base a ciò, effettuare un colloquio e un'anamnesi più specifica, compilando la Scheda violenza ginecologica. Si predispongono il KIT VIOLENZA e si procede alla raccolta di tutti i reperti necessari ed elencati nel kit da consegnare sotto catena di custodia al laboratorio analisi o all'Autorità Giudiziaria.

La procedura è la seguente:

- Viene eseguito un prelievo nelle diverse cavità e superfici di materiale biologico: i tamponi per la ricerca di spermatozoi e tipizzazione genica devono precedere l'esplorazione vaginale e rettale e l'esecuzione dei tamponi per esami batteriologici, tutti i campioni devono essere prelevati in doppio e siglati dalla vittima (è necessario indossare guanti sterili), se si ricercano sulla cute saliva, sangue e sperma secchi, si inumidisce il tampone con fisiologica (presente nel kit). Il tampone per la ricerca di spermatozoi va strisciato su vetrino essiccato all'aria e conservato a temperatura controllata (-20°C). Debbono essere effettuati due campioni per ogni aggressore, per ogni sito di campionamento ritenuto necessario;
- Per la ricerca e raccolta di reperti ed esiti di graffi e tagli da unghie, peli e capelli dell'aggressore si procede allo scraping sub ungueale, se non possibile rimuovere da sotto l'unghia il contenuto da analizzare, tagliarle ed inserirle con descrizione di dito/mano nelle dieci provette predisposte;
- Nel Kit sono contenute delle buste per la raccolta degli indumenti e/o altri reperti connessi all'evento;

Se non effettuato dal medico di Pronto Soccorso, lo specialista prescrive gli esami necessari per l'individuazione di eventuali malattie a trasmissione sessuale (Sifilide, Epatite B, HIV, Germi Comuni, Clamydia t., Neisseria Gonorrhoeae, Thricomonas) e incoraggia il paziente affinché si sottoponga ad un test sei settimane dopo la violenza. La profilassi contro le deve essere somministrata di routine fin dal primo esame fisico. Il medico che ha preso in carico la vittima ha la massima responsabilità nel procedere ad una formalizzazione della “denuncia di reato”, in conformità alle disposizioni vigenti; la persona deve essere informata della possibilità di poter sporgere querela entro i sei mesi successivi all'episodio, munendosi del referto rilasciato dal medico (Ausl 4 Teramo, 2014).

Per una completa tutela della vittima si effettua la stima del rischio per la vittima. Si utilizza la scala denominata “Brief Risk Assessment for the Emergency Department”, uno strumento standardizzato per valutare la pericolosità della violenza manifestata; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

2..8 RUOLO DELLE FORZE DELL'ORDINE

Gli obblighi di referto (artt. 334 c.p.p. e 365 c.p.) e di denuncia (artt. 361 e 362 c.p.) sono obblighi di informazione all'Autorità competente a carico dell' esercente la professione sanitaria qualora venga a conoscenza di un fatto illecito qualificabile come reato procedibile d'ufficio. La loro omissione o grave incompletezza è penalmente sanzionata dall'ordinamento penale (Stefania, et al., s.d.).

Sono oggetto di Obblighi di Referto i casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il delitto è perseguibile d'ufficio quando l'azione penale deve essere avviata non appena giunga la notizia di reato, indipendentemente dalla manifestazione della volontà della persona offesa di perseguire il colpevole (denuncia-querela). È sufficiente che emerga anche solo un dubbio in capo all'operatore perché sorga l'obbligo di referto. Il professionista sanitario, adempiendo a tale obbligo, non si espone ad alcuna responsabilità penale per il reato di calunnia (art. 368 c.p.): infatti, non accusa nessuno ma si limita a riferire quanto visto ed appreso. Mancherebbe, inoltre,

l'elemento soggettivo del reato, ossia il dolo, dal momento che il professionista sanitario non incolpa volontariamente alcun soggetto che sa essere innocente (Stefania, et al., s.d.). Alcuni esempi di delitti perseguibili d'ufficio sono: delitti contro l'incolumità individuale, ovvero il reato di lesioni personali volontarie da cui deriva una malattia di durata superiore a 20 giorni, il reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime, il reato di lesioni personali dolose quando è finalizzato a commettere un altro delitto (per esempio la violenza sessuale o una rapina ecc.) o in occasione della commissione dei delitti di violenza sessuale, maltrattamenti, prostituzione minorile, pornografia minorile, il reato di lesioni personali colpose gravi (ad esempio superiori ai 40 giorni) o gravissime (ad esempio malattie certamente o probabilmente insanabili) solo se commesse con violazione delle norme di prevenzione agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali o relative all'igiene del lavoro, l'abbandono di minori o incapaci, le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili; delitti contro la libertà sessuale, dunque violenza sessuale commessa dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore o da altra persona cui sia stato affidato il minore per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia; violenza sessuale commessa da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; violenza sessuale su minore di anni 18; violenza sessuale di gruppo; corruzione di minorenni, violenza sessuale da cui sia derivata (nell'atto di commetterla) una lesione personale o vi sia connesso altro delitto perseguibile d'ufficio; delitti contro la famiglia: abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, maltrattamenti in famiglia.

I soggetti interessati all'Obbligo di Denuncia sono 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 (Stefania, et al., s.d.).

Qualora il professionista, nella veste di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, abbia appreso la notizia di un reato procedibile d'ufficio nell'esercizio o a causa delle sue funzioni è obbligato a fare denuncia e deve essere adempito a prescindere dal consenso della persona offesa. C'è solo un caso in cui l'inadempimento dell'obbligo di denuncia è scusato o giustificato dall'ordinamento: quando il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, redigendo la denuncia, esporrebbe sé stesso od un prossimo congiunto ad un grave nocumento alla libertà personale o all'onore (art 384

c.p.). Ad esempio, qualora il medico prestasse assistenza ad un soggetto da lui stesso ferito o ferito da un suo prossimo congiunto (Stefania, et al., s.d.).

L'operatore sanitario potrà chiedere l'intervento delle Forze dell'Ordine qualora vi sia esplicita richiesta della vittima, la quale richieda espressamente di sporgere querela o semplicemente di conferire con le stesse. A quel punto, la sala operativa decide di inviare personale formato, ove possibile in abiti civili e con una presenza femminile, per raccogliere la testimonianza della vittima. Le medesime, informate dal personale sanitario, procederanno al compimento di tutti gli atti di indagine necessari per assicurare le fonti di prova; a tale scopo, il personale sanitario potrà essere nominato ausiliario di Polizia Giudiziaria e le visite potranno essere documentate con rilievi fotografici ad opera dello stesso sanitario previa informativa e consenso della vittima (Stefania, et al., s.d.).

2.9 PERCORSI EXTRAOSPEDALIERI

Uno degli obiettivi del Codice Rosa è quello di assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale. Concluso il percorso intra-ospedaliero, si apre la costruzione della rete esterna (intorno alle esigenze della singola vittima) che inizia contestualmente all'attività di refertazione. Alla vittima viene indicato un percorso il follow-up ginecologico, psicologico e di altri servizi territoriali, compresi i servizi sanitari per la presa in carico a lungo termine (consultori e servizi di salute mentale), la scuola, in caso di minori coinvolti, o il luogo di lavoro, se la vittima è esposta sul lavoro ed occorrono tutele anche in quel luogo.

Gli operatori del Pronto Soccorso devono consegnare alla vittima l'elenco dei Centri Antiviolenza, Case Rifugio di prima e seconda accoglienza per donne vittime di violenza; se necessario un allontanamento immediato dal domicilio per condizione di pericolo, viene contattata la Casa di Emergenza, una struttura protetta che accoglie donne, anche con i figli minori a carico, in situazioni di emergenza.

CAPITOLO 3

LO STUDIO

3.1 INTRODUZIONE

La diffusione della violenza costituisce uno dei tratti salienti della società contemporanea. La violenza contro la donna e le categorie fragili (anziani, bambini, persone discriminate) è un importante e rilevante problema di salute pubblica che presenta un ampio spettro di tipologie e cause: tra di esse vi è principalmente la violenza da parte del partner o in ambito familiare; la discriminazione razziale; il tipo orientamento sessuale; in età pediatrica i principali contesti di violenza sono l'abuso sessuale, il bullismo e le liti familiari (The Family Violence Prevention Fund, 1999).

Ogni anno, più di un milione di persone perde la vita, e un numero ancora superiore è vittima di lesioni non mortali (World Health Organization, 2002).

L'abuso fisico e sessuale colpisce un terzo delle donne nel mondo, inflitta sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti (World Health Organization, 2002). Si stima che ogni anno, su scala mondiale, tra i 133 e i 275 milioni di bambini assistano a violenze familiari e circa 250 milioni di questi sono stati vittime di punizioni fisiche (UNICEF, s.d.).

Circa 150 milioni di bambine e 73 milioni di bambini sotto i 18 anni sono stati vittime di episodi di violenza e sfruttamento sessuale nel 2002 (UNICEF, s.d.).

Per molti bambini, i contesti educativi non sono spazi sicuri. Al contrario, a volte li espongono alla violenza e possono insegnare loro comportamenti violenti, attraverso punizioni corporali, forme crudeli e umilianti di punizione psicologica, abuso sessuale e di genere e bullismo (UNICEF, s.d.).

Da un report del Dipartimento di pubblica sicurezza all'Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa (OSCE) emerge che in Italia, i reati con matrice discriminatoria commessi nel 2019 sono 969 e si manifestano con aggressioni fisiche e/o verbali, minacce, atti di vandalismo. La maggior parte dei crimini d'odio riguardano razzismo e xenofobia (726), categorie che includono discriminazioni per razza-colore, etnia, nazionalità, lingua, religione. I reati legati alla discriminazione della disabilità sono 161, mentre quelli relativi all'orientamento sessuale e all'identità di genere, 82

(Adnkronos, 2020). Nel 2013, oltre il 25% delle persone LGBT intervistate nell'ambito di un ampio sondaggio ha affermato di aver subito una o più aggressioni o minacce fondate sul loro orientamento sessuale o identità di genere (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Malgrado ci siano poche informazioni sulla diffusione degli abusi nella popolazione anziana, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, uno studio promosso dall'Oms e pubblicata sulla rivista "The Lancet" ha messo in evidenza che nel mondo quasi il 16% delle persone di età superiore ai 60 anni ha subito un abuso: psicologico (11,6%), abuso finanziario (6,8%), trascuratezza (4,2%), un abuso fisico (2,6%) o sessuale (0,9%). (Yon, et al., 2017)

L'approccio alla violenza necessita l'impegno congiunto di settori diversi, come la salute, l'educazione e i servizi sociali, la giustizia e la politica. Ogni settore gioca un ruolo importante nell'affrontare il problema della violenza e, quando agiscono unitamente, gli approcci intrapresi da ciascuno possiedono il potenziale per determinare importanti riduzioni della violenza. (World Health Organization, 2002)

Le raccomandazioni in letteratura si concentrano maggiormente sull'importanza della formazione adeguata degli operatori sanitari e sull'esigenza di implemento di Linee Guida sistematiche. Difatti, anche l'UNICEF ha dichiarato che è essenziale che gli ospedali adottino protocolli e strumenti diagnostici allo scopo di facilitare l'identificazione dei casi di violenza ed intervenire tempestivamente (UNICEF, s.d.). Tale osservazione è supportata da diversi articoli scientifici. Una ricerca effettuata dalla Emergency Nurses Association sostiene che "un miglioramento del metodo di rilevazione di casi di violenza è uno passo molto importante per garantire alla vittima un percorso assistenziale individualizzato" (Btoush, et al., 2008).

In uno studio di tipo qualitativo condotto nel reparto di Pronto Soccorso pediatrico di un ospedale universitario in Arizona si è dimostrato che l'utilizzo dei programmi di screening per la rilevazione degli abusi fisici nei minori offre risultati significativi nel riconoscimento e, soprattutto, nella gestione dei singoli casi di violenza a seconda della tipologia subita (Carson, 2018).

Dall'analisi di vari articoli in letteratura è emersa una rilevante barriera conoscitiva riguardante il tema dell'identificazione dei casi di violenza che vengono trattati nei reparti di emergenza. Per far fronte a tale importante problematica, in Italia, attraverso un

progetto sperimentale avviato inizialmente in Toscana nel 2010, è stato introdotto il Codice Rosa, un codice virtuale affiancato ai codici di priorità, che ha la finalità di identificare un percorso prioritario riservato a tutte le vittime di violenza in particolare donne, bambini, anziani e persone discriminate che accedono al Pronto Soccorso. Esso nasce dall'esigenza di possedere un protocollo d'intervento che miri a standardizzare le azioni del personale coinvolto ad assicurare la massima tutela dei soggetti vittime di violenza e si realizza con l'attivazione di un percorso di accoglienza protetto mediante il quale vengono garantite la privacy e l'incolumità fisica e psichica della persona (Regione Toscana, 2020).

A livello nazionale il Codice Rosa entra in vigore il 30 gennaio 2018 attraverso l'attuazione di specifiche linee guida alle quali tutte le aziende sanitarie italiane hanno dovuto adeguarsi entro il 30 gennaio 2019.

Per quanto riguarda la realtà della provincia di Ascoli Piceno, l'attivazione del Codice Rosa in Area Vasta 5, e quindi nel Pronto Soccorso di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno, è avvenuta a febbraio 2019.

Il presente elaborato nasce dall'interrogativo postosi in merito all'incidenza e alle caratteristiche delle vittime di violenza che afferiscono ai Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, alle quali viene assegnato il Codice Rosa e attivato il relativo Protocollo di gestione.

3.2 OBIETTIVO

Il presente studio si pone come obiettivo quello di descrivere le realtà delle Unità Operative di Pronto Soccorso dei due nosocomi dell'AV5, "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. e G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, in merito all'attivazione del nuovo protocollo "Codice Rosa", avvenuto a febbraio 2019.

In particolare, il mandato del presente elaborato è quello di indagare sulla prevalenza dei Codici Rosa assegnati nei Pronto Soccorso di entrambi gli ospedali, prendendo in considerazione le caratteristiche di ciascun caso di violenza indicato come "Codice Rosa", al fine di individuare le cause e i fattori principali che inducono le persone vittime di violenza ad afferire a tale servizio.

3.4 MATERIALI E METODI

Lo studio condotto è un'indagine osservazionale-descrittiva ed è stato svolto dal 19 agosto 2020 al 3 ottobre 2020 presso le Unità Operative di Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Prima dell'inizio dello studio sono stati informati sia i coordinatori che i direttori delle Unità Operative circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro assenso, e secondo le indicazioni e modalità da loro fornite, è stata avviata l'indagine.

Per la selezione del campione sono state consultate le cartelle cliniche e infermieristiche delle persone accedute al Pronto Soccorso a cui è stato assegnato il Codice Rosa.

Per esaminare le cartelle è stata chiesta l'autorizzazione per l'accesso ai database dei Pronto Soccorsi al Direttore Sanitario dell'ASUR AV5, al Dirigente delle Professioni Infermieristiche, ai Direttori delle UOC di Pronto Soccorso del Polo Ospedaliero C.G. Mazzoni di Ascoli Piceno e Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Dopo l'avvenuta autorizzazione sono state richieste al servizio CED le credenziali d'accesso al Network Sanitario "Cure Primarie" dell'Asur-Area Vasta 5.

La raccolta dati è stata effettuata attraverso l'accesso all'area riservata del Network Sanitario "Cure Primarie", e, dopo essere entrati nella sezione del Codice Rosa, è stato scaricato l'intero elenco delle persone afferite con i relativi codici d'accesso, utilizzati successivamente come codici identificativi dei pazienti.

Con l'inserimento del codice d'accesso del paziente nella barra di ricerca della sezione "Elenco Dimessi", è stato possibile risalire alle cartelle utili all'indagine.

Analizzando le documentazioni cliniche nei database di entrambi i Pronto Soccorso sono stati selezionati tutti pazienti, adulti e bambini, codificati con Codice Rosa nel periodo compreso tra il 1°febbraio 2019 e il 3 ottobre 2020.

Sono stati esclusi i pazienti:

- Che abbandonato il Pronto Soccorso prima della visita senza aver fornito abbastanza informazioni al momento del triage;
- Non identificati con Codice Rosa;
- Che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso prima del 1°febbraio 2019 e dopo il 3 ottobre 2020.

L'analisi delle cartelle cliniche e infermieristiche è stata effettuata attraverso la ricerca delle seguenti informazioni:

- Pronto Soccorso d'accesso
- Genere;
- Età;
- Codice di gravità assegnato insieme al Codice Rosa;
- Cittadinanza;
- Tempo di permanenza al Pronto Soccorso;
- Modalità di accesso al Pronto Soccorso;
- Tipo di violenza subita;
- Segni e sintomi rilevati;
- Luogo in cui è avvenuto l'episodio;
- Autore dell'aggressione/violenza;
- Episodi di "violenza assistita";
- Consulenze richieste dal medico di Pronto Soccorso;
- Richiesta del referto clinico per l'Autorità Giudiziaria;
- Esito di dimissione.

I dati sono stati codificati ed inseriti in un foglio di calcolo per le analisi (Microsoft Office Excel®).

Per l'analisi delle cartelle cliniche e infermieristiche è stata stilata una legenda dove sono stati inseriti i dati da rilevare e il corrispondente valore numerico.

L'analisi ha poi compreso una statistica descrittiva e le variabili rilevate sono state sintetizzate mediante frequenze e percentuali.

3.5 RISULTATI

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione (n = 252)

Variabili	Campione
<i>Genere %</i>	
Maschi	6
Femmine	94
<i>Fasce d'età %</i>	
1-16	5
17-40	51
41-75	41
75-90	3
Età media (SD)	39.5
<i>Cittadinanza %</i>	
Italiani	75
Provenienti da altre Nazioni	25
<i>Continenti di provenienza degli stranieri %</i>	
Europa	50
Asia	24
Africa	13
America	11
Oceania	2

Tabella 2 – Caratteristiche di accesso

Variabili	Campione
<i>Pronto soccorso di accesso %</i>	
San Benedetto del Tronto	51
Ascoli Piceno	49

Modalità di accesso al Pronto Soccorso %

Autonomo	66
Accompagnato da altri	6
Ambulanza	28

Tabella 3- Tempo di permanenza di Pronto Soccorso

Variabili	Campione
<i>N° ore di permanenza in Pronto Soccorso %</i>	
0,5-4,5	79
4,5-8,5	17
8,5-14,5	3
14,5-18,5	1
<i>Tempo medio di permanenza h</i>	3.40

Tabella 4- Dati inerenti all'episodio di violenza

Variabili	Campione
<i>Codice di gravità assegnato %</i>	
Giallo	99
Rosso	1
Verde	0
<i>Tipo di violenza %</i>	
Violenza fisica	65
Violenza psicologica	26
Violenza fisica e psicologica	5
Violenza sessuale	4
<i>Violenza assistita %</i>	5

<i>Segni e sintomi %</i>	
Trauma fisico	59
Trauma psicologico	5
Trauma fisico e trauma psicologico	36
<i>Luogo %</i>	
Casa	53
Altro	47
<i>Autore della violenza %</i>	
Parente 1° grado	13
Parente 2° grado	1
Parente 3° grado	0.5
Parente 4° grado	0.5
Partner	34
Ex partner	8
Altro	7
Sconosciuto	36
<i>N° aggressori</i>	
1	93
>1	5
Non specificato	2
<i>Richiesta del referto clinico per l'Autorità Giudiziaria %</i>	
Si	97
No	3

Tabella 5- Decorso clinico

Variabili	Campione
<i>Consulenze Specialistiche %</i>	
Radiologica	59
Ostetrica/Ginecologica	4
Pediatria	1
Psichiatrica	3
Altra branca specialistica	14
Nessuna	19
<i>Esito di dimissione %</i>	
Dimissione a domicilio	93
Ricovero in reparto di degenza	2
Ricovero rifiutato	2
Il paziente abbandona il Pronto soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della pratica	2
Ricovero in altro istituto	1

Dall'analisi dei dati contenuti nelle cartelle cliniche e infermieristiche dei database di entrambi i Pronto Soccorso è stato rilevato un totale di 252 persone vittime di violenza codificati con Codice Rosa nel periodo compreso tra il 1° febbraio 2019 e il 3 ottobre 2020 accessi. 129 (51%) sono afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto e 123 (49%) al Pronto Soccorso dell'Ospedale G. C. Mazzoni di Ascoli Piceno.

Del campione complessivo, 237 (94%) sono pazienti di genere femminile e 15 (6%) di genere maschile e ha un'età media di 39,5 anni.

Rappresentando la distribuzione di frequenze divisa in fasce risulta che il 5% (n°12) dei pazienti ha un'età compresa tra 1 e 16 anni; il 51% (n°129) tra 17 e 40 anni, il 41% (n° 103) tra 41 e 75 anni, infine, il 3% (n° 8) ha un'età compresa tra 76 e 90 anni.

Il 75% (n°190) delle vittime sono di cittadinanza italiana, il 25% (n°62) di cittadinanza straniera.

Per quanto riguarda la modalità di accesso al Pronto Soccorso, è emerso che il 66% (n° 167) del campione ha fatto accesso autonomamente, il 28% (n° 71) in Ambulanza e il restante 6% (n° 14) è stato accompagnato in Pronto Soccorso da altri.

Al momento del Triage, è stato assegnato oltre al Codice Rosa anche il codice di gravità e al 99% (n°249) dei pazienti è stato assegnato il Codice Giallo, al 1% (n°3) il Codice Rosso. A nessun paziente è stato assegnato quello verde.

Dalla raccolta dati è emerso che il tempo di permanenza dei Codici Rosa in Pronto Soccorso, che inizia dalla registrazione al Triage del paziente e termina con la chiusura e la consegna del verbale, va da un minimo di mezz'ora a un massimo di 18 ore. Il 79% (n°200) ha avuto un tempo di permanenza compreso tra 30' e 4h30'; il 17% (n°42) tra 4h30' e 8h30'; il 3% (n°8) tra 8h30' e 14h30' e infine, l'1% (n°2) ha avuto un tempo di permanenza compreso tra 14h30' e 18h30'. Il tempo medio di permanenza risulta essere di 3h40'.

Le tipologie di violenza che sono emerse tra le cartelle sono: violenza fisica, violenza fisica associata a quella psicologica, violenza psicologica e violenza sessuale. Le vittime che hanno riferito di aver subito violenza fisica rappresentano il 66% (n°164) del campione totale; di violenza fisica associata a violenza psicologica ne è stata vittima il 26% (n° 66) del totale; il 5% (n°13) ha dichiarato di essere stato vittima di violenza psicologica, il 3% (n°9) ha accusato violenza sessuale.

Il 5% delle vittime ha dichiarato la presenza di minori durante l'episodio di violenza.

Le sintomatologie più frequentemente rilevate nei pazienti possono essere riassumibili in due categorie: sintomi da trauma fisico (ematomi, escoriazioni, graffi, morsi, fratture) e sintomi da trauma psicologico (stato di agitazione, ansia, shock emotivo, pianto, irrequietezza).

Il 59% (n°150) del campione rilevato ha manifestato sintomi da trauma fisico, il 5% (n°12) sintomi da trauma psicologico e il 36% (n°90) ha esteriorizzato sintomi sia da trauma fisico che da trauma psicologico.

Per quanto riguarda il luogo in cui è avvenuto l'episodio di violenza è stato rilevato che il 53% (n°133) non lo ha espresso esplicitamente o ha riferito varie tipologie di luoghi (supermercato, condominio, strada, scuola, bosco, locali vari, parco giochi, lavoro), mentre il 47% (n°119) ha riferito che l'episodio è avvenuto in casa.

Dall'analisi delle cartelle dei pazienti è stato osservato che nella la maggior parte dei casi, il 93% del totale (n°234), l'autore dell'episodio di violenza era solo. Il 5% (n°14), delle vittime ha riferito che gli autori erano più di una persona e il 2% (n°4), non ha fornito informazioni in merito.

Per quanto concerne l'identità dell'aggressore, 32 persone (13%) del campione totale ha dichiarato di aver subito violenza da parte di un parente di primo grado. 2 pazienti (1%) hanno rivelato che l'autore è stato un parente di secondo grado. 1 persona (0,5%) ha accusato un parente di terzo grado e 1 (0,5%) un parente di quarto grado.

85 persone in totale (34%) hanno riferito di esser stati vittima di violenza da parte del proprio partner. Da parte dell'ex partner hanno subito violenza in totale 21 persone (8%). 18 persone (7%), hanno riferito di esser stati aggrediti da altre persone (amici, colleghi di lavoro, vicini, suocero). 92 persone (36%), non hanno voluto rivelare l'identità dell'autore o non lo conosceva.

Dall'analisi delle cartelle di ogni Codice Rosa è emerso che il 97% delle vittime ha richiesto il referto clinico per l'Autorità Giudiziaria per esporre eventuale denuncia verso l'aggressore, mentre il restante 3% no.

Per il 59% (n°148) del campione è stata richiesta la consulenza Radiologica, per il 4% (n°9) la consulenza Ostetrica/Ginecologica, l'1% (n°2) ha ricevuto consulenza Pediatrica, il 6% (n°3) quella Psichiatrica. Per il 14% (n°38) delle persone sono stati coinvolti altri medici specialisti (Otorinolaringoiatra, Oculista, Ortopedico, Chirurgo). Il 19% (n°49) non ha ricevuto consulenze.

Per quanto riguarda la dimissione dal Pronto Soccorso, il 93% (235) dei pazienti è stato dimesso a domicilio; 6 pazienti (2%) sono stati ricoverati in reparto di degenza; 4 pazienti (2%) hanno rifiutato il ricovero in reparto di degenza, altri 4 (2%) pazienti hanno abbandonato il Pronto Soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della pratica; 3 pazienti (1%) sono stati trasferiti in altro istituto.

3.6 DISCUSSIONE

Il quadro che si figura in seguito alle osservazioni e ai dati riportati delinea una realtà dove gli accessi con Codice Rosa ha riguardato un totale di 252 persone in un periodo di tempo che va dal 1° febbraio 2019 al 3 ottobre 2020, in media 12 casi di accesso per violenza al mese.

Dall'analisi dei dati raccolti si possono trarre alcune discussioni sulle caratteristiche dei pazienti oggetto dello studio.

Il Pronto Soccorso non ha visto accedere solo pazienti di nazionalità italiana (190 su 252), ma anche persone di nazionalità straniera, che rappresentano circa un quarto del campione totale, tutte di genere femminile, provenienti da diversi Paesi di ogni Continente. Il rilevante numero di donne straniere vittime di violenza nel campione fa emergere le differenze delle condizioni socioculturali rispetto a quelle dell'Italia dei Paesi da cui provengono, i quali spesso sono spesso segnati di una diversa matrice culturale e religiosa che limitano la libertà e diritti della donna.

Si può osservare che è la donna ad essere nella maggior parte dei casi vittima di violenza e ciò è sostenuto anche dalle indagini statistiche effettuate dall'Istat, le quali mettono in risalto che in Italia le vittime di violenza sono soprattutto donne e, nel 2019, quasi sette milioni di loro hanno subito violenza fisica o sessuale per mano del proprio partner o ex partner nel corso della propria vita. (Istat, 2019).

Riguardo l'aggressore, dai risultati dello studio effettuato, si può notare infatti che sul totale di 237 donne, su 83 di queste l'abuso è perpetrato dal partner, 20, invece, dall'ex partner. Altrettanti significativi sono i casi in cui la violenza si è verificata in ambito familiare, dove sono stati spesso coinvolti anche i minori, considerati vittime di violenza assistita. Emerge quindi una significativa quantità di casi di violenza domestica, che si può notare dalla frequenza, rilevata dalle cartelle, di episodi avvenuti in casa. Nel 15% dei casi di violenza domestica è stata rilevata la presenza di minori durante l'episodio, i quali sono stati identificati come vittime di violenza assistita.

Nonostante siano una minoranza, si può notare che anche gli uomini sono stati vittime di violenza, in particolare fisica e psicologica, per mano di parenti di primo grado, partner ed ex partner. La violenza nei confronti del genere maschile è un fenomeno che nella società odierna a molti è sconosciuto, si può presumere che ciò dipenda dagli stessi

uomini che spesso non affrontano il problema e non cercano aiuto per vergogna o per paura di non essere creduti.

Si può notare come la più ampia fascia d'età che accede al Pronto Soccorso per violenza sia quella che va dai 17 ai 40 anni, seguita da quella di età compresa tra i 41 e i 75 anni; tali valori risultano in linea con quelli di alcuni studi internazionali riguardanti le fasce d'età più esposte a episodi di violenza. (World Health Organization, 2002).

Mostrando un'affluenza delle persone con età compresa tra 1 e 16 anni pari al 5% del totale, risulta molto preoccupante la violenza sui minori, inflitta nel 40% dei casi da parte di un familiare, spesso parenti di primo grado e farebbero pensare che i pazienti minori subiscano maltrattamenti frequenti; inoltre, sempre tra i minori, si osservano tre casi di violenza sessuale, pari al 30% dei casi totali di questa fascia d'età.

È stata notata una criticità in merito alla consulenza pediatrica, in quanto la richiesta di tale prestazione non è stata rilevata in tutte le cartelle dei pazienti di età compresa tra 1 e i 16 anni, ma solo nelle cartelle di 2 di essi. Questo dato è in contrapposizione con ciò che sostengono le linee guida del Codice Rosa, le quali indicano che deve essere assicurata una consulenza pediatrica a tutti i minori di 16 anni che hanno subito violenza fisica, sessuale o psicologica.

Risultati significativi sono stati ottenuti anche dall'analisi dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso, i quali vanno da un minimo di mezz'ora a un massimo di 18 ore. Il tempo di permanenza inizia dalla registrazione al Triage e termina con la chiusura e la consegna del verbale. L'aumento del tempo di permanenza dipende da diverse variabili quali la complessità del caso e la conseguente attivazione di consulenze specialistiche e/o esami strumentali. Altri fattori che rallentano i tempi di gestione sono in genere le pratiche di ricovero in reparti di degenza o altre strutture e il coinvolgimento delle figure di Autorità Giudiziaria.

In merito allo studio, la consulenza più richiesta è stata quella radiologica, in quanto sono state identificate, nei casi di violenza fisica, lesioni significative.

Nonostante i fattori descritti, la permanenza dei pazienti con Codice Rosa in Pronto Soccorso risulta non in linea con i tempi di gestione dei casi di violenza indicati nelle linee guida del Codice Rosa.

In relazione alla tipologia di violenza si osserva che tra le sintomatologie rilevate prevalgono quelle da trauma fisico, ciò è associabile al fatto che la violenza fisica è stata

rilevata più frequente nei casi studiati. Il sintomo da trauma fisico non è stato segnalato solo per i casi di violenza fisica, ma anche per quelli di violenza sessuale, in cui si manifesta generalmente con lesioni, eritemi e abrasioni genitali. Il trauma psicologico conseguente ad aggressione verbale, minacce e intimidazioni, è stato individuato con maggiore frequenza nelle donne e nei minori. Nei casi di stato emotivo gravemente alterato è stato necessario attivare la consulenza specialistica psichiatrica.

Un risultato particolarmente spiccante è la quantità di vittime che ha richiesto il referto clinico per l'Autorità Giudiziaria per poter esporre denuncia. Il fatto che il 97% delle vittime abbia richiesto tale referto risulta essere un dato molto positivo, poiché in genere una delle limitazioni più problematiche delle vittime è la paura di denunciare il fatto. Secondo l'Istat, infatti, oltre il 90% delle vittime non denuncia il fatto per tale motivo.

Attraverso un'approfondita ricerca sulla banca dati PubMed, è stato trovato uno studio condotto in un ospedale in Svizzera che riguarda l'individuazione delle caratteristiche delle vittime di violenza afferite al Pronto Soccorso. Lo studio ha rivelato che su un campione totale di 1.602 pazienti afferiti al nosocomio per violenza, ai quali sono stati somministrati dei questionari per la raccolta dei dati utili allo studio, il 42% casi ha segnalato solo violenza psicologica, il 18% solo fisica violenza, il 40% entrambi i tipi di violenza ed è stato riportato inoltre un importante tasso di violenza domestica nei confronti delle donne. (Hofner, et al., 2015). Nonostante i dati dello studio non siano pienamente paragonabili in quanto raccolti in un setting del tutto diverso è emerso che il fenomeno della violenza è diffuso in tutte le realtà. La persona che si reca in Pronto Soccorso per aver subito violenza ha bisogno di essere tutelata ed è importante attivarle un percorso riservato allo scopo di individuare in tempi limitati il problema e garantire un processo assistenziale individualizzato.

3.7 CONCLUSIONE

Con il presente studio si è cercato di illustrare la realtà del fenomeno di violenza in relazione agli accessi delle vittime nei Pronto Soccorso dell'Area Vasta 5 codificati con "Codice Rosa", in un periodo di tempo che va dal 1° febbraio 2019 al 3 ottobre 2020. A tal fine, è stata condotta un'indagine osservazionale-descrittiva attraverso la rilevazione dei dati dei pazienti nei database dei Pronto Soccorso.

Le rappresentazioni statistiche dei dati mostrano l'elevata incidenza delle vittime di genere femminile, dell'età media che va dai 17 ai 40 anni. Le vittime sono afferite ai servizi di Pronto Soccorso per episodi di violenza fisica, violenza psicologica e violenza sessuale. All'accesso, la maggior parte di loro ha presentato traumi fisici, manifestati in escoriazioni, ematomi, graffi, morsi, fratture, e sintomi da trauma psicologico espressi in stato di agitazione, ansia, shock emotivo, pianto, irrequietezza.

Una delle criticità colte riguarda le richieste di consultazione Pediatrica non garantite a tutti i minori vittime di episodi di violenza, ma solo a 2 di 12 in totale. Un'altra criticità rilevata ha come oggetto i tempi di permanenza dei pazienti con Codice Rosa. Nonostante sia stato assegnato il codice giallo al 99% dei pazienti, il 79% ha avuto un tempo di permanenza compreso tra 30' e 4h30' e il resto del campione ha avuto tempi di permanenza ancora più lunghi. Tali valori non sono in linea con quelli riferiti dal Protocollo Codice Rosa, che prevede un tempo breve di gestione, in modo da ridurre l'attesa e il rischio di ripensamenti da parte delle vittime.

Il risultato ottenuto da tale lavoro di ricerca rispecchia il quadro sociale della realtà odierna, una realtà in cui il fenomeno di violenza esercitata nei confronti di donne, bambini, anziani, persone discriminate, anziani, disabili e di tutte quelle categorie che vengono considerate fragili è sempre più parte integrante della cronaca quotidiana e si traduce in violazione dei diritti umani e conseguente lesione di ogni forma di libertà della persona colpita.

La violenza è un fenomeno multidimensionale e necessita, per un'adeguata presa in carico, la corretta applicazione dei Protocolli disponibili e di una formazione specializzata da parte del personale sanitario, particolarmente dagli infermieri, i quali sono i primi a relazionarsi con la vittima durante la fase dell'accoglienza in Triage. Come citato nell'Articolo 22, capo IV del Codice Deontologico del 2019 "salvo gli obblighi di denuncia,

l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato" e nell' Articolo 4, capo I "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura", è importante per l'infermiere possedere abilità comunicative e relazionali, al fine di non limitarsi ad erogare solo assistenza clinica, ma attuare comportamenti che tutelino la vittima e la agevolino nella presa di consapevolezza della situazione di violenza (FNOPI, 2019).

BIBLIOGRAFIA

Adnkronos, 2020, www.adnkronos.com , *Crimini d'odio, la maggior parte per razzismo e xenofobia*.

ASP Enna, 2018. *Procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento: percorso "codice rosa"*, Enna: s.n.

Asp Siracusa, s.d. *Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta*, s.l.: s.n.

Ausl 4 Teramo, 2014. *Linee Guida Codice Rosa*, Teramo: s.n.

AV5, 2018. *PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE VITTIME DI VIOLENZE SESSUALI IN AV5*. Ascoli Piceno: s.n.

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, 2018. *Percorso clinico assistenziale in emergenza della donna e del minore vittime di violenza*, s.l.: s.n.

Btoush, R., Jacquelyn, C. & Kristine, M. G., 2008. Visits coded as intimate partner violence in emergency departments: characteristics of the individuals and the system as reported in a national survey of emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*.

Butchart, A., Alison, P. H. & Marcellina, M., 2006. *“Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence”*, s.l.: s.n.

C.I.S.M.A.I., 2003. *Maltrattamento e Abuso all'infanzia Indicazioni e Raccomandazioni*. Firenze, s.n.

Caporossi, P., s.d., *Città di Venezia*, www.comune.venezia.it, *Cos'è la violenza di genere*.

Carson, S. M., 2018. Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*.

Clifton, E. G., 2020 *Manuale MSD*, www.msmanuals.com , *Violenza Domestica*.

Doretti, V., s.d. *Task Force Codice Rosa*, Grosseto: s.n.

EFUS, European Forum for Urban Security, 2017. In: *Prevenzione della violenza discriminatoria a livello locale: Pratiche e raccomandazioni*. s.l.:s.n.

FNOPI, 2019. art 4 capo I, art 22 capo IV. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*.

Fonzi, A., 2003. *IL BULLISMO IN ITALIA - Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia - Ricerche e prospettive d'intervento*". Piemonte: Giunti.

ForumPa, 2012, www.forumpa.it, *l Codice rosa presentato a FORUM PA: nei pronto soccorso della Toscana un percorso riservato alle vittime di violenza*.

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014. *Violence against women: An EU-Wide Survey*, Vienna: s.n.

Hofner, M.-C. et al., 2015. Prevalence of victims of violence admitted to an emergency. *Emergency Medicine Journal*, 24 Aprile.

Holmes, M. M., Resnick, H., Kilpatrick, D. G. & Best, C., 1996. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Science Direct*, Volume 175, pp. 320-325.

Hunghes, K., Mark, A. B. & Lisa, J., 2012. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, Volume 379, pp. 1621-1629.

Istat, 2019, www.istat.it, *Violenza sulle donne*.

Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, 2013. *Procedura unica interaziendale “assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta”*, s.l.: s.n.

Meucci, G., 2011. *Codice Rosa, il magico effetto domino*. s.l.:Pacini.

MIUR, s.d., www.miur.gov.it, *Bullismo e Cyberbullismo*.

Organizzazione delle Nazioni Unite, 1993. *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*. s.l., s.n.

Osservatorio Salute e Sicurezza, s.d., www.osas.tv, *La violenza sulle donne e le sue forme. Una panoramica sullo stato attuale*.

Regione Toscana, 2020, www.regione.toscana.it, *Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime della violenza*.

Save The Children, 2019, www.savethechildren.it, *Maltrattamenti sui minori: i segnali per capire se un bambino subisce abusi*.

Serra, M. A. et al., 2016. *Linee guida per la presa in carico sanitaria e assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza intra-famigliare ed extra-famigliare.*, Genova: s.n.

Stefania, S. et al., s.d. *Protocollo d'Intesa per l'attuazione delle Linee di indirizzo Giuridico-Forensi nella Rete Regionale Codice Rosa*, s.l.: s.n.

The Family Violence Prevention Fund, 1999. *Preventing Domestic Violence, Clinical Guidelines on Routin Screening*, s.l.: s.n.

Uboldi, E., s.d. *Violenza Sessuale, protocollo per adulti*, s.l.: s.n.

UNICEF, s.d. www.unicef.it, *Violenza sui minori, i dati della vergogna*.

Vinci, et al., 2013. *Linee Guida per l'Accoglienza e l'Assistenza alle vittime di maltrattamenti, violenza domestica, violenza sessuale, stalking e abuso*, s.l.: s.n.

World Health Organization, 2002. *World Report on Violence and Health*. s.l.: CIS.

Yon, Y., Christopher, R. M. & Zachary, D. G., 2017. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero ringraziare tutte le persone che hanno in qualche modo contribuito allo svolgimento della mia tesi e soprattutto al mio percorso di crescita professionale.

Desidero ringraziare la mia Relatrice, Dott.ssa Simonetti Valentina e la mia Correlatrice, Dott.ssa Andreucci Marida, per avermi sostenuto e aiutato nello svolgimento dell'elaborato di tesi.

Un immenso grazie alla mia famiglia, a cui dedico tutto. Grazie mamma, per esserti dedicata così tanto a noi. Grazie per i tuoi insegnamenti che da piccola ho spesso sottovalutato e a volte disprezzato, ma che ora da grande ne faccio tesoro e li custodisco preziosamente. Grazie papà, per tutti i sacrifici che hai fatto per costruire e mantenere l'opera d'arte più bella del mondo: la nostra famiglia. Ti ammiro così tanto papà, che il mio sogno più grande è quello di diventare almeno la metà di ciò che sei tu per me. Mamma e papà spero tanto che voi siate fieri della persona che sono diventata grazie al vostro amore, ve lo meritate. Grazie a mio fratello Ramon. Mio Bro, sin da piccoli abbiamo condiviso molti momenti insieme e io non potevo chiedere compagnia migliore. Grazie per il sostegno che mi hai sempre dato, grazie per stare sempre dalla mia parte, dimostrandomi amore puro. Non te lo dico mai, ma sono fiera di te, del tuo essere buono e corretto nei confronti degli altri.

Grazie a mia sorella Luisa. Luiss, sei e sarai sempre la mia sorellina da proteggere, ma anche la persona in cui cercare riparo in ogni situazione che si presenta. Grazie per i tuoi consigli sempre utili e mai scontati, e per i tuoi occhi pieni di amore quando esprimi gioia per me e per gli altri. La tua bontà e il tuo essere così vera, giusta, trasparente ti porteranno molto in alto, e ciò non fa altro che rendermi felice per la persona che sei. Grazie a mia sorella Fatma. Mia piccola principessa guerriera, stai crescendo troppo in fretta e con te cresce la forza e determinazione. Hai un cuore così enorme che spesso mi ci perdo. Grazie per le coccole condivise, che riescono ad annullare tutto ciò che c'è di negativo intorno a me. La tua gioia di vivere e la tua sensibilità mi rendono sempre di più orgogliosa di te. Grazie a tutti voi, quando vi guardo mentre siamo tutti insieme a tavola a parlare ridere e scherzare, penso che non sarò mai abbastanza grata alla vita per la fortuna che ho di avervi al mio fianco. Siete il mio tutto e il mio per sempre. Vi amo immensamente.

Grazie ai miei amici. Grazie ai “Lievitazzi”: Zyme, Gaia, Camilla, Sterlicchio, per aver trascorso insieme momenti indimenticabili, spensierati, pura pazzia e divertimento. Grazie per i discorsi fino a tarda notte, per il sostegno e per i consigli. “Chi trova un amico trova un tesoro”. Ecco, voi siete un tesoro prezioso e vi porterò sempre nel mio cuore. Grazie anche alle altre amicizie che hanno fatto parte della mia vita, specialmente in questi ultimi tre anni.

Un grazie particolare va alla mia migliore amica Zyme. Zinzi, morona mia, sei parte di me. Sei una delle poche persone di cui mi fido ciecamente e di cui ho la certezza assoluta che farà per sempre parte della mia vita. Grazie Zinzi, per esserci sempre, dimostrandomi sempre il bene che mi vuoi. Grazie perché parlare, ridere, piangere con te mi dà sempre forza. Grazie per credere sempre in me ed essere felice per i miei successi, il tuo sostegno è importantissimo e lo sarà sempre. Non ci sono parole per descrivere il bene che ti voglio, mi limito a dirti “per sempre insieme”.

Grazie a Gaia, mia collega di Università, con cui è nata inaspettatamente un’amicizia tanto forte. Mia Gaio, grazie per esserci stata sempre, per avermi sostenuto ed aiutato nei momenti più delicati che si sono presentati in questi tre anni. Grazie per essere entrata nella mia vita, per le risate che mi fanno sempre bene al cuore, per i baci sulla guancia con tanto di saliva. Senza di te il mio percorso universitario non sarebbe stato così bello. Ti amu, sei speciale per me lo sai?

Grazie al gruppo “Macchina”: Maurizio, Lucia e Gaia. I miei compagni di corso, con i quali ho condiviso infiniti viaggi in macchina. Ricorderò sempre i preziosi momenti passati insieme, come i viaggi silenziosi la mattina e la sera quando tornavamo stanchi dalle lezioni, le chiacchiere di prima mattina quando ci svegliavamo bene, le canzoni cantate a squarciagola, le riflessioni riguardo le giornate passate, le risate di cuore, le nostre discussioni. Grazie per le birre e i calici di vino, accompagnati da interminabili chiacchiere. Questi sono momenti preziosi che non scorderò mai, vi voglio tanto bene.

Ringrazio anche i colleghi di corso, per le gioie e le ansie condivise in questi tre anni pieni di esperienze vissute. Le ore infinite di lezione, le pause in cortile, la mensa, gli esami e i dibattiti. Mi sono tanto divertita con molti di voi, grazie.

E infine grazie all’UNIVPM per aver contribuito, insieme alla mia dedizione, impegno e amore, ad incoronare uno dei miei sogni più grandi: quello di diventare Infermiera.

