

INDICE

1. Introduzione	pag. 3
1.1. Gli effetti della violenza	pag. 5
2. Il fenomeno	pag. 7
2.1. Il fenomeno in Italia	pag. 7
2.1.1. La violenza psicologica ed economica	pag. 8
2.1.2. Lo stalking sulle donne	pag. 9
2.1.3. Chi sono le donne vittime di violenza	pag. 10
2.1.4. La dinamica della violenza	pag. 11
2.1.5. La consapevolezza e l'uscita dalla violenza	pag. 12
2.1.6. Cosa è accaduto negli ultimi 5 anni	pag. 14
2.2. Il fenomeno nel mondo	pag. 15
3. La legislazione	pag. 17
3.1. Legislazione internazionale	pag. 17
3.2. Legislazione italiana	pag. 19
3.3. Normativa della Regione Marche	pag. 21
4. Le Linee Guida Nazionali	pag. 23
4.1. Accesso al Pronto Soccorso e Triage	pag. 24
4.2. Trattamento diagnostico-terapeutico	pag. 25
4.3. Repertazione e conservazione delle prove	pag. 26
4.4. Dimissione dal Pronto Soccorso	pag. 26
4.5. Attivazione della rete antiviolenza territoriale	pag. 26
4.6. Il ruolo delle Aziende Sanitarie	pag. 28
4.7. La formazione professionale	pag. 29
5. L'approccio dell'Infermiere al Codice Rosa	pag. 30
6. Protocollo Area Vasta n. 3	pag. 33
6.1. Protocollo violenza sessuale dichiarata	pag. 33
6.1.1. Caso A – Accesso della Donna al Pronto Soccorso	pag. 33
6.1.2. Caso B – Donna ricoverata in reparto	pag. 34
6.1.3. Caso C – Accesso della Donna in ambulatorio	pag. 35

6.2.	Protocollo Violenza sessuale sospettata	pag. 35
6.2.1.	Caso A – Accesso della Donna al Pronto Soccorso	pag. 35
6.2.2.	Caso B – Donna ricoverata in reparto	pag. 36
6.2.3.	Caso C – Accesso della Donna in ambulatorio	pag. 36
6.3.	Equipe Codice Rosa in caso di violenza sessuale dichiarata	pag. 37
6.4.	Compiti dell'Equipe Codice Rosa	pag. 38
6.5.	Denuncia all'Autorità Giudiziaria	pag. 40
6.6.	Protocollo maltrattamento dichiarato o sospettato	pag. 41
6.6.1.	Caso A – Accesso della Donna al Pronto Soccorso	pag. 41
6.6.2.	Caso B – Donna ricoverata in reparto	pag. 42
6.6.3.	Caso C – Accesso della Donna in ambulatorio	pag. 43
7.	Diagnosi Infermieristiche	pag. 44
8.	Conclusioni	pag. 47
9.	Bibliografia e Sitografia	pag. 48

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

Con l'espressione "violenza nei confronti delle donne" si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata. L'espressione "violenza domestica" designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza della vittima (Convenzione di Istanbul, 2011). [1]

Secondo la definizione dell'OMS, invece, la violenza contro le donne è "L'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni" (OMS, 2002). [2]

Essa non è solo il frutto di un'aggressione individuale. Esiste una dimensione sociale della violenza e il fatto che gran parte della violenza si svolga in famiglia significa che la dimensione sociale include i rapporti coniugali, tra partner e genitoriali. Solo un'infinitesima parte degli aggressori è affetta da alterazioni più o meno momentanea (alcolisti, tossicodipendenti, persone con problemi mentali); è un fenomeno trasversale a ceti ed ambienti e bisogna andare a fondo per capire perché cittadini ritenuti assolutamente normali, di ogni professione e livello culturale, attaccano l'identità delle loro mogli o compagne e perché provano, e spesso riescono, ad umiliarla e distruggerla (Senato della Repubblica, 2012). [3]

La violenza sulle donne non è solo un problema delle donne. È la forma più odiosa di negazione del progresso, della libertà, della cittadinanza; la violenza è contro il corpo e lo spirito autonomo delle donne (Rapporto Urban, 2006). [4]

La violenza può assumere diverse sfaccettature, che possono essere raggruppate in:

- Violenza sessuale: tutte le situazioni in cui le donne sono costrette a compiere o subire atti sessuali di vario genere contro la loro volontà. Sono considerati: stupro, tentato

stupro, molestie sessuali, costrizione a rapporti sessuali con altre persone, rapporti sessuali indesiderati, le attività sessuali fatte per paura delle conseguenze, degradanti e umilianti;

- Violenza psicologica: si include denigrazione, controllo del comportamento, strategie di segregazione, intimidazioni, gravi restrizioni finanziarie imposte dal partner. In particolare vengono considerate come forme di isolamento le limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici, l'impedimento o il tentativo di impedire di lavorare o studiare; tra le forme di controllo compaiono l'imposizione da parte del partner di come vestirsi o pettinarsi, l'essere seguite e spiate, l'impossibilità di uscire da sole, fino alla vera e propria segregazione; tra le forme di svalorizzazione e violenza verbale vengono descritte le situazioni di umiliazioni, offese e denigrazioni anche in pubblico, le critiche per l'aspetto esteriore e per come la compagna si occupa della casa e dei figli e le reazioni di rabbia se la donna parla con altri uomini; infine tra le forme di intimidazione sono compresi dei veri e propri ricatti come portare via i figli, le minacce di fare del male ai figli e alle persone care o a oggetti e animali, nonché quella di suicidarsi. Nella legislazione italiana possono farvi riferimento una serie di reati quali la minaccia, la violenza privata, l'aborto di donna non consenziente, lo stato d'incapacità procurato mediante violenza, la violazione di domicilio, il sequestro di persona, l'abbandono di persona minore o incapace;

- Violenza fisica: va da forme relativamente miti a molto gravi, come la minaccia di essere fisicamente colpita, spinta, stratonata, picchiata, schiaffeggiata, presa a calci, minacciata o colpita con armi o sottoposta a tentativi di strangolamento, soffocamento, bruciature. Nella legislazione italiana possono fare riferimento a una serie di reati quali percosse, lesioni personali, maltrattamenti in famiglia, omicidi colposi e volontari;

- Violenza economica: sono considerati l'impedimento di conoscere il reddito familiare, di avere una carta di credito o un bancomat, di usare il proprio denaro e il costante controllo su quanto e come si spende. Possono farvi riferimento una serie di reati quali: violazione degli obblighi di assistenza familiare, sottrazione all'obbligo della corresponsione dell'assegno divorzile, violazione degli obblighi di assistenza familiare, danneggiamento, appropriazione indebita, estorsione;

- Stalking: atti persecutori di cui sono vittime uomini e donne. Per essere definiti come tali, questi atti devono ripetersi nel tempo e generare nella vittima ansia e timore al punto di condizionarne le abitudini. Si tratta quindi di qualsiasi "continuativo maltrattamento, minaccia o persecuzione di comportamento che: 1) provoca uno stato di ansia e paura nella vittima, o 2) genera all'interno della vittima una paura motivata per la propria sicurezza o per quella dei familiari o di altri che sono associati alla vittima da una

relazione affettiva, o; 3) forza la vittima a cambiare le proprie abitudini di vita” (ISTAT, 2014). [5]

1.2 GLI EFFETTI DELLA VIOLENZA SULLE DONNE

Il Rapporto del 2013 dell'OMS definito “Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute della violenza da parte di un partner intimo o da sconosciuti” in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council descrive l'impatto sulla salute fisica e mentale di donne e bambine vittime di atti di violenza. Le conseguenze variano da fratture a gravidanze problematiche, dai disturbi mentali ai rapporti sociali compromessi.

I dati sulle donne vittime di abusi da parte di un partner intimo evidenziano che:

- Morte e lesioni: lo studio ha riportato che il 38% di femminicidi nel mondo è causato dal partner intimo, mentre il 42% delle donne che hanno subito abusi fisici da parte del proprio compagno ha anche sofferto di lesioni;

- Depressione: subire un atto di violenza dal proprio partner contribuisce considerevolmente allo sviluppo di disturbi mentali. Le donne sottoposte ad abusi da parte del proprio compagno hanno, infatti, quasi il doppio delle probabilità di soffrire di depressione, in confronto a donne che non hanno subito violenze;

- Abuso di alcol: le donne che subiscono abusi per mano del proprio partner hanno quasi il doppio delle probabilità di sviluppare problemi con l'alcol;

- Malattie sessualmente trasmissibili: le donne vittime di abusi da parte del proprio partner o di sconosciuti, hanno l'1,5% di probabilità in più di contrarre infezioni, come la sifilide, la clamidia o la gonorrea. In alcune regioni (come l'Africa subsahariana) hanno l'1,5% di probabilità in più di contrarre l'HIV;

- Gravidanze indesiderate e aborti: sia la violenza subita dal partner, sia quella da parte di sconosciuti porta spesso a gravidanze indesiderate. Lo studio ha dimostrato che le donne che subiscono abusi fisici hanno quasi il doppio delle probabilità di avere un aborto, rispetto alle donne che non hanno subito violenze;

- Bambini nati sottopeso: le donne che subiscono abusi dal proprio partner hanno il 16% di probabilità in più di partorire bambini sottopeso (ASUR Marche, Area Vasta 3, 2015). [6]

Tabella n.1: Esempi di condizioni cliniche associate con violenza intrafamiliare e maltrattamenti

- Sintomi di depressione, ansia, sindrome da stress post-traumatico, disturbi del sonno;
- Autolesionismo e tentativi di suicidio;
- Uso di alcool e di altre sostanze;
- Sintomi gastrointestinali cronici senza spiegazione;
- Sintomi dell'apparato riproduttivo, compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali, senza spiegazione;
- Esiti avversi della riproduzione, incluse molteplici gravidanze indesiderate e/o interruzioni di gravidanza; ritardo nell'accesso ai servizi di cura prenatale; esiti avversi alla nascita;
- Sintomi genito-urinari, inclusi frequenti infezioni alla vescica e/o ai reni e simili, senza spiegazioni;
- Sanguinamenti vaginali ricorrenti e infezioni sessualmente trasmesse;
- Dolore cronico senza spiegazioni;
- Lesioni traumatiche, particolarmente se ripetute e con spiegazioni vaghe o poco plausibili;
- Problemi a carico del sistema nervoso centrale (mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito);
- Visite sanitarie ricorrenti senza una diagnosi chiara;
- Presenza intrusiva durante la visita del partner o del marito.

CAPITOLO 2: FENOMENO E LEGISLAZIONE

2.1 IL FENOMENO IN ITALIA

Il 31,5% delle 16-70enni (6 milioni 788 mila) ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale: il 20,2% (4 milioni 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% (1 milione 157 mila) le forme più gravi della violenza sessuale come lo stupro (652 mila) e il tentato stupro (746 mila).

Ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner il 13,6% delle donne (2 milioni 800 mila), in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner. La maggior parte delle donne che avevano un partner violento in passato lo hanno lasciato proprio a causa della violenza subita (68,6%). In particolare, per il 41,7% è stata la causa principale per interrompere la relazione, per il 26,8% è stato un elemento importante della decisione.

Il 24,7% delle donne ha subito almeno una violenza fisica o sessuale da parte di uomini non partner: il 13,2% da estranei e il 13% da persone conosciute. In particolare, il 6,3% da conoscenti, il 3% da amici, il 2,6% da parenti e il 2,5% da colleghi di lavoro.

Le donne subiscono minacce (12,3%), sono spintonate o stratonate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%). Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%). Meno frequenti le forme più gravi come il tentato strangolamento, l'ustione, il soffocamento e la minaccia o l'uso di armi. Tra le donne che hanno subito violenze sessuali, le più diffuse sono le molestie fisiche, cioè l'essere toccate o abbracciate o bacciate contro la propria volontà (15,6%), i rapporti indesiderati vissuti come violenze (4,7%), gli stupri (3%) e i tentati stupri (3,5%).

Le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner, parenti o amici. Gli stupri sono stati commessi nel 62,7% dei casi da partner, nel 3,6% da parenti e nel 9,4% da amici. Anche le violenze fisiche (come gli schiaffi, i calci, i pugni e i morsi) sono per la maggior parte opera dei partner o ex. Gli sconosciuti sono autori soprattutto di molestie sessuali (76,8% fra tutte le violenze commesse da sconosciuti).

Le donne straniere hanno subito violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della vita (31,3% e 31,5%). La violenza fisica è più frequente fra le straniere (25,7% contro 19,6%), mentre quella sessuale più tra le italiane (21,5% contro 16,2%). Le straniere sono molto più soggette a stupri e tentati stupri (7,7% contro 5,1%). Le donne moldave (37,3%), rumene (33,9%) e ucraine (33,2%) subiscono più violenze.

Le donne straniere, contrariamente alle italiane, subiscono soprattutto violenze (fisiche o sessuali) da partner o ex partner (20,4% contro 12,9%) e meno da altri uomini (18,2% contro 25,3%). Le donne straniere che hanno subito violenze da un ex partner sono il 27,9%, ma per il 46,6% di queste, la relazione è finita prima dell'arrivo in Italia (ISTAT, 2014). [5]

Tabella n.2: donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito nel corso della vita violenza fisica o sessuale da un uomo per tipo di autore, tipo di violenza subita e cittadinanza (per 100 donne con le stesse caratteristiche). Fonte: ISTAT, 2014

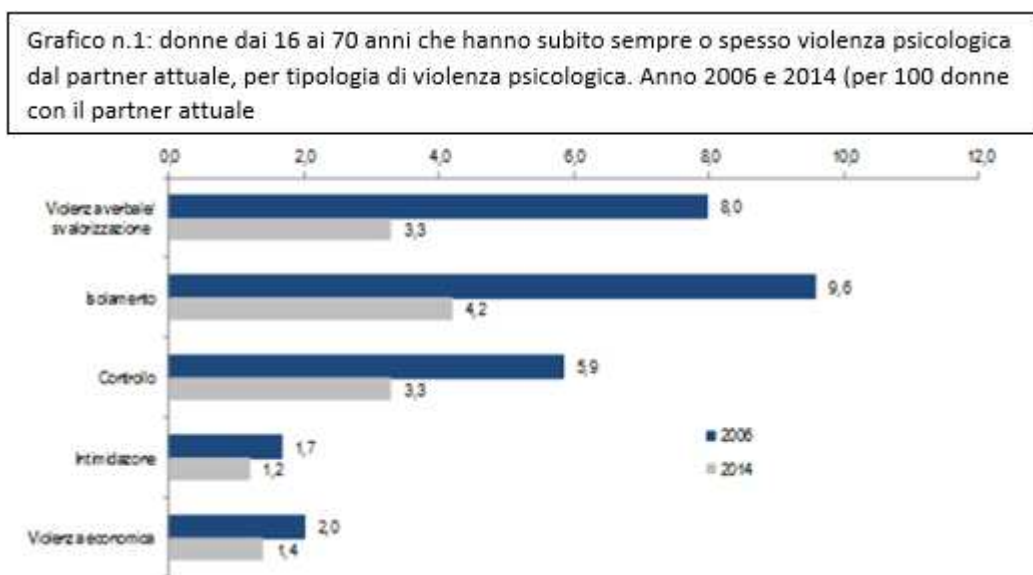
TIPO DI VIOLENZA			Partner attuale o ex (a)			Non partner (b)			Totale (b)
Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale	
Violenza fisica o sessuale	12,9	20,4	13,6	25,3	18,2	24,7	31,5	31,3	31,5
Violenza fisica	11,0	18,2	11,6	12,3	12,6	12,4	19,6	25,7	20,2
Violenza sessuale	5,5	9,1	5,8	18,3	9,7	17,5	21,5	16,2	21,0
Stupro o tentato stupro	2,2	4,2	2,4	3,3	4,6	3,4	5,1	7,7	5,4
Stupro	1,8	3,8	2,0	1,1	2,0	1,2	2,8	5,3	3,0
Tentato stupro	1,0	2,1	1,1	2,5	2,9	2,5	3,3	4,6	3,5
(a) per 100 donne con partner attuale o precedente									
(b) per 100 donne dai 16 ai 70 anni									

2.1.1 La violenza psicologica ed economica

Oltre alla violenza fisica o sessuale le donne con un partner subiscono anche violenza psicologica ed economica, cioè comportamenti di umiliazione, svalorizzazione, controllo ed intimidazione, nonché di privazione o limitazione nell'accesso alle proprie disponibilità economiche o della famiglia.

Nel 2014 sono il 26,4% le donne che hanno subito violenza psicologica od economica dal partner attuale e il 46,1% da parte di un ex partner.

La violenza psicologica è in forte calo rispetto al 2006, quella commessa dal partner attuale diminuisce dal 42,3% al 26,4%. Diminuisce l'incidenza soprattutto di quella meno grave, ovvero non accompagnata a violenza fisica e sessuale (dal 35,9% al 22,4%).



Nel 2014, le violenze psicologiche più gravi (le minacce e l'essere chiuse in casa o l'essere seguite) riguardano l'1,2% delle donne in coppia, per un totale di 200 mila donne, mentre i figli sono stati oggetto di minaccia e ritorsione per circa 50 mila donne (0,3%). Per le donne che si sono separate dall'ex la strumentalizzazione e la minaccia dei figli raggiunge il 3,4%, le violenze psicologiche più gravi il 13,5% (ISTAT, 2014). [5]

2.1.2 Lo Stalking sulle donne

Una percentuale non trascurabile di donne ha subito anche atti persecutori (stalking). Si stima che il 21,5% delle donne fra i 16 e i 70 anni (pari a 2 milioni 151 mila) abbia subito comportamenti persecutori da parte di un ex partner nell'arco della propria vita. Se si considerano le donne che hanno subito più volte gli atti persecutori queste sono il 15,3%.

Lo stalking è stato subito anche da altre persone, nel 10,3% dei casi per un totale di circa 2 milioni 229mila donne. Complessivamente, sono circa 3 milioni 466 mila le donne che hanno subito stalking da parte di un qualsiasi autore, pari al 16,1% delle donne.

Nel corso del solo anno relativo ai 12 mesi prima dell'intervista (nel 2014), le vittime di stalking da parte di ex partner sono 147mila, 1,5% delle donne (11,4% nel caso in cui le donne si siano lasciate dall'ex negli ultimi 12 mesi). Sono 478mila (2,2%) quelle che dichiarano di averlo subito da altre persone (ISTAT, 2014). [5]

Tabella n.3: donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito stalking nel corso della vita da un ex partner o da altre persone (per 100 donne con le stesse caratteristiche) (ISTAT, 2014).

	v.a. (in migliaia)	Per 100 donne
Donne che hanno riportato almeno una forma di stalking da un ex partner (a)	2,151	21,5
Donne che hanno subito più volte almeno una forma di stalking da un ex partner (a)	1,525	15,3
Donne che hanno subito più volte almeno 3 forme di stalking da un ex partner (a)	991	9,9
Donne che hanno subito più volte almeno una forma di stalking da altri uomini	2,229	10,3
Totale donne che hanno subito stalking	3,466	16,1
(a) per 100 donne che hanno un ex partner		

Nei casi di autore diverso da un ex-partner le donne hanno subito stalking da conoscenti (nel 4,2% dei casi), sconosciuti (3,8%), amici o compagni di scuola (1,3%), colleghi o datori di lavoro (1,1%), dai parenti e dai partner con cui la donna aveva al momento dell'intervista una relazione (entrambi nello 0,2% dei casi). Gli autori di stalking sono maschi nell'85,9% dei casi a fronte di un 14,1% di femmine.

Il 78% delle vittime non si è rivolta ad alcuna istituzione e non ha cercato aiuto presso servizi specializzati; solo il 15% si è rivolta alle forze dell'ordine, il 4,5% ad un avvocato, mentre l'1,5% ha cercato aiuto presso un servizio o un centro anti violenza o anti-stalking. Tra queste solo il 48,3% delle donne che si sono rivolte a istituzioni o servizi specializzati ha poi denunciato o sporto querela, il 9,2% ha fatto un esposto, il 5,3% ha chiesto l'ammonizione e il 3,3% si è costituita parte civile, a fronte di un 40,4% che non ha fatto alcunché.

Tra le vittime che non si sono rivolte a istituzioni o a servizi specializzati, una su due afferma di non averlo fatto perché ha gestito la situazione da sola (ISTAT, 2014). [5]

2.1.3 Chi sono le donne vittime di violenza

Le donne separate o divorziate hanno subito violenze fisiche o sessuali in maggiore misura rispetto alle altre (51,4% contro il 31,5% della media italiana). Incidenze maggiori si

riscontrano anche per le donne che hanno tra i 25 e i 44 anni, tra le più istruite (con laurea o diploma), tra quelle che lavorano in posizioni professionali più elevate o che sono in cerca di occupazione.

Più frequenti gli stupri e i tentati stupri da non partner anche tra le donne in cerca di nuova occupazione, le dirigenti, le imprenditrici e le libere professioniste. Il titolo di studio discrimina soprattutto le vittime di uomini diversi dal partner (caratterizzate da titoli di studio più alti), mentre la violenza nelle coppie appare decisamente più trasversale. Va comunque considerato che alcune di queste differenze possono essere dovute a una maggiore disponibilità a parlarne.

Analizzando i tassi della violenza fisica o sessuale subita negli ultimi 5 anni, sono le donne più giovani (fino a 34 anni), con tassi doppi rispetto alla media nazionale, le nubili, le separate o divorziate e le studentesse le donne più a rischio (ISTAT, 2014). [5]

2.1.4 La dinamica della violenza

Violenze da partner e violenze da non partner presentano dinamiche diverse. Per le violenze da non partner è interessante osservare i luoghi dove sono avvenute, il periodo, la reazione della donna, l'intervento di altre persone, mentre per le violenze da partner è importante porre l'attenzione agli eventi scatenanti.

In realtà si osserva come nella maggior parte dei casi non esistano delle vere cause contingenti, proprio a ribadire l'importanza delle basi culturali della violenza di genere. Infatti, per un congruo 28,1% dei casi la donna ha dichiarato che la lite è stata originata da futili motivi o addirittura da nulla di particolare (9,3%). Un fattore emergente è invece la gelosia del partner (27,9%) e la separazione (10,5%).

Se la maggior parte delle violenze da partner si verificano in casa, quelle da non partner avvengono, oltre che in casa, anche in strada, nei luoghi pubblici e sul lavoro.

L'autore della violenza era sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti nel 23,1% dei casi delle violenze da partner e nel 17,1% dei casi in cui si tratti di violenza da non partner. La quota delle non risposte è però elevata in questo secondo caso (13,5%).

L'uso di armi durante l'episodio di violenza ha riguardato il 4,5% delle violenze da partner (il 7% circa in caso di violenza sessuale) e il 3,5% di quelle commesse da parte di altri uomini. Per queste ultime al contrario è più elevata la presenza di armi nelle circostanze della violenza fisica (7,4%).

In circa la metà dei casi delle violenze da non partner era presente qualcun altro, quota che è più elevata nel caso delle molestie. Tuttavia, nel 37,2% dei casi nessuno è intervenuto (41,2% in caso di stupro o tentato stupro), nel 33,2% nessuno se ne è accorto e nel 25,5% i presenti sono intervenuti inducendo un miglioramento della situazione (ISTAT, 2014). [5]



2.1.5. La consapevolezza e l'uscita dalla violenza

La violenza di genere è un fenomeno ancora sommerso, è elevata, infatti, la quota di donne che non parlano con nessuno della violenza subita (il 28,1% nel caso di violenze da partner, il 25,5% per quelle da non partner), di chi non denuncia (i tassi di denuncia riguardano il 12,2% della violenza da partner e il 6% di quelle da non partner), di chi non cerca aiuto; ancora poche sono, infatti, le donne che si rivolgono ad un centro antiviolenza o in generale ad un servizio specializzato (rispettivamente il 3,7% nel caso di violenza nella coppia e l'1% per quelle al di fuori). Ma la cosa più preoccupante è che queste azioni sarebbero davvero essenziali per aiutare la donna ad uscire dalla violenza.

Per questo motivo le politiche di sensibilizzazione sono essenziali per trasmettere il messaggio che parlare della violenza subita ed entrare in contatto con le istituzioni e i servizi dedicati costituiscono una preziosa fonte di aiuto. Tant'è vero che le donne che provano ad uscire dalla violenza e lasciano il partner violento, spesso tornano con lui proprio perché non hanno cercato aiuto in risorse esterne all'ambiente familiare.

Inoltre, dai dati emerge che le vittime spesso non sanno dove cercare aiuto, basti pensare che il 12,8% di queste non sapeva dell'esistenza dei centri antiviolenza o dei servizi o sportelli di supporto per le vittime, percentuale che è pari al 10,3% per le donne che hanno subito violenza fuori dalla coppia.

Molte donne non considerano la violenza subita un reato, solo il 35,4% delle donne che hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner ritiene di essere stata vittima di un reato, il 44% sostiene che si è trattato di qualcosa di sbagliato ma non di un reato, mentre il 19,4% considera la violenza solo qualcosa che è accaduto. Similmente sono giudicate un reato il 33,3% delle violenze commesse da altri uomini, qualcosa di sbagliato il 47,9% e solo qualcosa che è accaduto il 17,3%. È importante quindi in tal senso far crescere la consapevolezza femminile rispetto a quanto subito.

Un caso particolare è rappresentato dalle donne straniere che sono caratterizzate da un comportamento di richiesta di aiuto maggiore (hanno denunciato le violenze dai partner nel 17,1% dei casi e si rivolgono con più frequenza a centri specializzati, 6,4%), sebbene la consapevolezza della violenza in quanto reato sia la stessa delle italiane (35%). Una chiave interpretativa riguarda la differenza delle reti informali a disposizione delle straniere, che essendo più sole, si trovano a cercare maggiormente supporto presso le istituzioni e i servizi.

Tutti questi comportamenti sono inoltre diversificati a seconda del tipo di violenza subita, più la violenza è grave più essa è considerata un reato e più viene denunciata, fatta eccezione per le violenze sessuali commesse da autori non partner che sono denunciate in misura minore, e dal tipo di autore che l'ha agita. Ad esempio, il comportamento di denuncia delle italiane cambia notevolmente se l'autore della violenza è straniero (il 15% degli stupri subiti dalle donne italiane al di fuori della coppia sono commessi da stranieri), basti pensare che la quota di vittime di stupro da un autore straniero che dichiara di aver denunciato è oltre 6 volte più alta rispetto al caso in cui l'autore è italiano. Per il tentato stupro la differenza è ancora più marcata: la quota di donne che denunciano nel caso di un autore straniero è 10 volte più alta rispetto al caso in cui l'autore sia un italiano.

Le donne non denunciano perché hanno imparato a gestire la situazione da sole (39,6% per le violenze da partner e 39,5% da non partner) o perché il fatto non era grave (rispettivamente 31,6% e 42,4%), ma anche per paura (10,1% e 5,0%), per il timore di non essere credute, la vergogna e l'imbarazzo (7,1% e 7,0%), per sfiducia nelle forze dell'ordine (5,9 e 8,0%) e nel caso della violenza nella coppia perché amavano il partner e non volevano che venisse arrestato (13,8%).

Nel caso in cui invece la donna abbia denunciato, alla denuncia hanno fatto seguito imputazioni nel 29,7% dei casi delle violenze perpetrate da autori diversi dai partner e sono state adottate misure cautelari nel 19,8% dei casi, che sono state poi violate per il 31,5% delle volte.

Al contrario, per le violenze da partner, il dato delle imputazioni è notevolmente più basso (2,3%), mentre sono maggiori le percentuali inerenti alle misure cautelari adottate (34,5%), che sono state violate anche in misura minore (9,1%) (ISTAT, 2014). [5]

2.1.6 Cosa è accaduto negli ultimi 5 anni?

Considerando gli ultimi 5 anni precedenti il 2006 e il 2014, emerge una maggiore consapevolezza della violenza subita. Considerando le violenze da parte dei partner o degli ex partner negli ultimi 5 anni, è evidente che le donne denunciano di più (11,8% contro 6,7%), ne parlano di più (la percentuale di chi non ne parla con alcuno è diminuita dal 32% del 2006 al 22,9% del 2014), si rivolgono di più ai centri antiviolenza, agli sportelli o ai servizi per la violenza contro le donne (dal 2,4% al 4,9%). Inoltre, più vittime la considerano un reato (dal 14,3% al 29,6%) e meno come qualcosa che è solo accaduto (in calo dal 35,2% al 20%). Un andamento simile si riscontra per le violenze subite da uomini diversi dai partner, sebbene negli ultimi 5 anni sia rimasta stabile la percentuale di donne che non ne parlano con alcuno (21%).

Le persone con cui le donne parlano di più della violenza subita sono sempre i familiari, gli amici e i parenti, ma nel 2014 è aumentato il ruolo di figure professionali specifiche come gli avvocati, i magistrati e le forze dell'ordine, coerentemente con l'aumento delle denunce.

Tra le donne che hanno subito violenza dai partner e che hanno denunciato il reato negli ultimi 5 anni, il 28,5% è "molto soddisfatta" di come le forze dell'ordine hanno gestito il caso e il 25,1% è "soddisfatta". Il giudizio è negativo per il 45,8%. Rispetto agli ultimi 5 anni precedenti il 2006, diminuisce la quota di donne "soddisfatte dell'operato delle forze dell'ordine" a favore delle "molto soddisfatte" e sono complessivamente in calo i giudizi negativi.

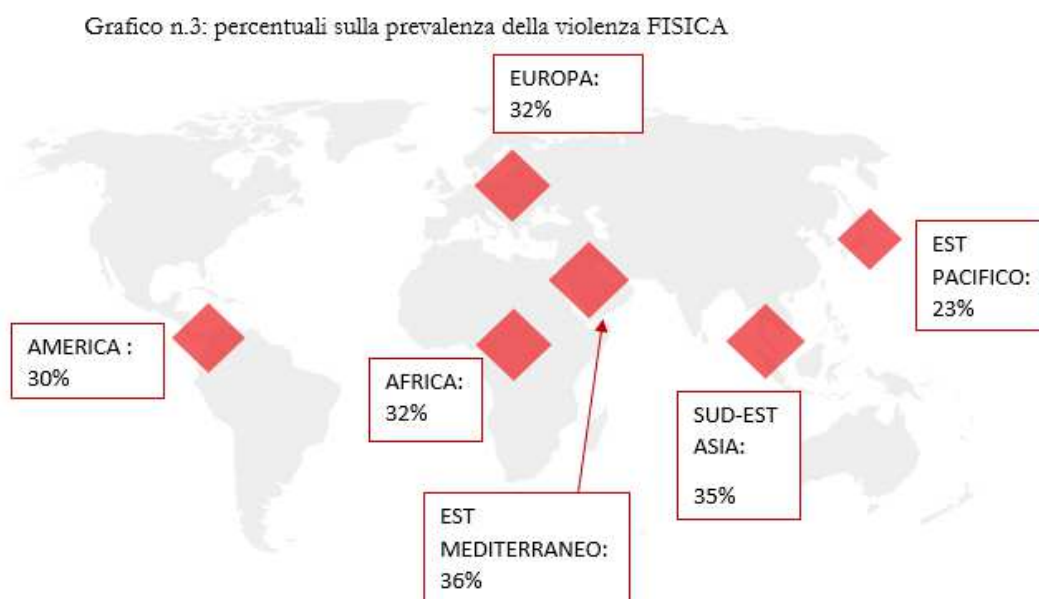
Un dato simile è riscontrabile per le violenze subite da parte di autori diversi dai partner. Il contatto con le forze dell'ordine è stato "molto soddisfacente" per il 23,9%, "soddisfacente" per il 37,3%, mentre sono rimaste "insoddisfatte o molto insoddisfatte" il 36,2%. Rispetto al 2006, si riducono gli estremi: è fortemente diminuita la quota delle donne

“per niente soddisfatte” (dal 28,1 al 16,9%), mentre aumentano, dal 9,7 al 23,9%, le donne che si dichiarano “soddisfatte”.

Le donne non pienamente soddisfatte del lavoro svolto dalle forze dell'ordine al momento della denuncia chiedono di essere prese più sul serio, di essere ascoltate di più, avrebbero voluto che emettessero un ordine di allontanamento e soprattutto nel caso di violenze da parte del partner avrebbero desiderato maggiore protezione, un aiuto ad andare via da casa e l'arresto, l'imputazione del partner stesso (ISTAT, 2014). [5]

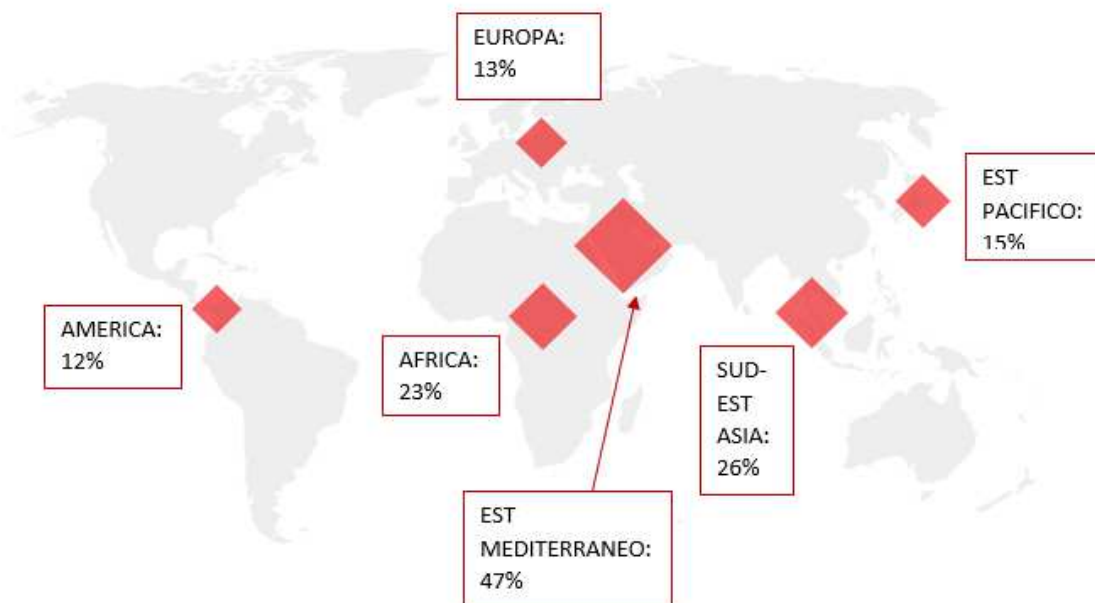
2.2 FENOMENO NEL MONDO

Secondo un rapporto dell'OMS del 2016, basato su moltissimi studi a livello mondiale, risulta che nel mondo il 30% delle donne è stata abusata da parte del partner (violenza fisica e/o sessuale) (OMS, 2016). [7]



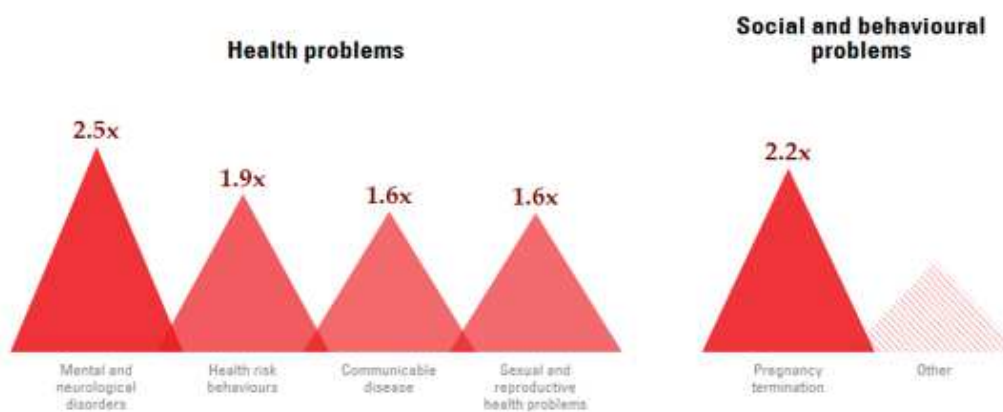
Fonte: OMS 2016

Grafico n.4: percentuali della prevalenza della violenza SESSUALE



Fonte: OMS 2016

Grafico n.5: principali conseguenze della violenza



Fonte: OMS 2016

CAPITOLO 3: LA LEGISLAZIONE

3.1 LA LEGISLAZIONE INTERNAZIONALE

- Il Consiglio d'Europa fin dal 1990 ha intrapreso una serie di iniziative per promuovere la protezione delle donne contro la violenza sulla scia del lavoro svolto dalle Nazioni Unite, (come la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne – CEDAW, approvata nel 1979). Tra i trattati internazionali sui diritti umani, la Convenzione occupa un posto importante nel portare la metà femminile dell'umanità al centro delle preoccupazioni relative ai diritti umani. Lo spirito della Convenzione è radicato negli obiettivi delle Nazioni Unite: riaffermare la fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità, nel valore della persona umana, negli stessi diritti degli uomini e delle donne. Essa quindi stabilisce non solo una carta dei diritti internazionale per le donne, ma anche un programma di azione da parte dei paesi per garantire il godimento di tali diritti;

- Queste iniziative hanno portato all'adozione, nel 2002, da parte del Consiglio d'Europa, della Raccomandazione Rec 05 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla protezione delle donne dalla violenza e la realizzazione di una campagna a livello europeo “Campaign to combat violence against women, including domestic violence” negli anni 2006-2008 (2002);

- L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha anche preso una posizione politica ferma contro ogni forma di violenza contro le donne. Ha adottato negli anni una serie di risoluzioni e raccomandazioni che chiedono norme giuridicamente vincolanti in materia di prevenzione, protezione contro la repressione delle forme più gravi e diffuse di violenza di genere;

- La Convenzione di Istanbul (2011) è il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante “sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica”. L'elemento principale di novità è il riconoscimento della violenza sulle donne come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione. La Convenzione prevede anche la protezione dei bambini testimoni di violenza domestica e richiede, tra le altre cose, la penalizzazione delle mutilazioni genitali femminili. Inoltre, il trattato stabilisce una serie di delitti caratterizzati da violenza contro le donne che gli Stati dovrebbero includere nei loro codici penali o in altre forme di legislazione o dovrebbero essere inseriti qualora non già esistenti nei loro ordinamenti giuridici.

I reati previsti dalla Convenzione sono: la violenza psicologica (art. 33); gli atti persecutori – stalking (art.34); la violenza fisica (art.35), la violenza sessuale, compreso lo stupro (art.36); il matrimonio forzato (art. 37); le mutilazioni genitali femminili (art.38),

l'aborto forzato e la sterilizzazione forzata (art.39); le molestie sessuali (articolo 40). La convenzione prevede anche un articolo che mira i crimini commessi in nome del cosiddetto "onore" (art. 42) (ISTAT, 2014). [5]

I principali obiettivi di questa Convenzione sono:

- Proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
- Contribuire ad eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne;
- Predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica;
- Promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
- Sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul, 2011). [1]

- Il 26 luglio 2017 il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (Cedaw) ha adottato la General Recommendation n. 35. La nuova raccomandazione fornisce un inquadramento più chiaro degli obblighi a carico degli Stati e delle aree in cui intervenire per contrastare la violenza basata sul genere. Viene inoltre ampliata la definizione di violenza contro le donne includendo forme di violenza che riguardano il diritto alla salute riproduttiva della donna e le forme di violenza che si esercitano online e in altri ambienti digitali creati dalle nuove tecnologie (ISTAT, 2014). [5]

3.2 LEGISLAZIONE ITALIANA

La normativa rientra interamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul (2011).

- Legge 15 febbraio 1996, n. 66 “Norme contro la violenza sessuale” (cp artt.609bis-octies);
- Direttiva Presidente del Consiglio “Azioni volte a promuovere l’attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire libertà di scelte e qualità sociale a donne e uomini”, G.U. 21 maggio 1997;
- Legge 3 agosto 1998, n. 269 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori quali nuove forme di riduzione in schiavitù”;
- Legge 5 aprile 2001, n. 154 “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”;
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115 “Testo unico in materia di spese di giustizia”;
- Codice penale: art. 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili);
- L. 23 aprile 2009, n. 38, Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori;
- Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l’11 maggio 2011;
- La c.d. legge sul femminicidio (d.l. 14 agosto 2013, n. 93, convertito in Legge 15 ottobre 2013, n. 119, in materia di contrasto alla violenza di genere);
- Art. 14, comma 6, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 che inserisce il comma 1-ter dopo il comma 1-bis dell’articolo 30 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Art. 1, comma 16, della Legge 13 luglio 2015, n. 107 “Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti”;
- Art. 24 del D. lgs. 15 giugno 2015, n. 80 “Congedo per le donne vittime di violenza di genere”;
- D. Lgs. 15 dicembre 2015, n. 212;
- DDL 2719, “Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici”;

- Legge 19 luglio 2019, n. 69, “Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”, meglio conosciuta come “codice rosso” (ISTAT, 2014). [5]

La nuova legge si pone l’obiettivo di affrontare e contrastare, in particolare dal punto di vista procedurale e penale, le diverse sfaccettature della violenza, inasprendo le pene per i diversi reati, a partire dallo stalking e soprattutto per quelli che vedono vittime minori e persone in condizioni di inferiorità fisica e/o psichica, prevedendo una corsia preferenziale per alcuni di questi ad esclusione del cosiddetto “revenge porn” (diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti), a cui non viene esteso l’obbligo di ascolto per la vittima entro i previsti tre giorni dalla denuncia.

Diverse le novità introdotte, tra cui:

- l’obbligo di riferire la notizia di reato al pubblico ministero, anche in forma orale per ragioni di urgenza, per i reati di violenza sessuale, violenza sessuale di gruppo, atti sessuali su minori, su persona in condizioni di inferiorità fisica e/o psichica e per lo stalking;
- la condanna alla reclusione da 6 mesi a 3 anni per coloro che non osservano gli obblighi di allontanamento e i divieti di non avvicinamento ai luoghi frequentati dalla vittima di reato;
- la formazione degli operatori di polizia e dei carabinieri;
- la sospensione condizionale della pena subordinata alla partecipazione a specifici percorsi di recupero;
- l’introduzione dell’art. 558-bis nel codice penale, che punisce con la reclusione da uno a 5 anni, stabilendo per questo tipo di reato il principio della extraterritorialità, se commesso all’estero da cittadino italiano o straniero residente in Italia, chi costringe altra persona a contrarre matrimonio o unione civile (da 2 a 7 anni se vittima minore di anni 14);
- l’aumento del fondo in favore degli orfani di femminicidio, comprese misure di sostegno in favore delle famiglie affidatarie;
- l’introduzione dell’art. 612-ter che punisce con la reclusione da 1 a 6 anni la diffusione di immagini o video sessualmente espliciti senza il consenso della vittima (pena aumentata se commessa da coniuge, anche se separato, o compagno della vittima, o ai danni di persona in condizioni di inferiorità fisica o psichica);

- l'inasprimento della pena, da 8 a 14 anni, per il reato di deformazione e lesioni permanenti al viso;
- l'aumento della reclusione da 6 a 12 anni, anziché da 5 a 10, per i reati contro la sfera sessuale, aggravati di un terzo se commessi ai danni di minori di 14 anni (CISL). [8]

3.3 NORMATIVA DELLA REGIONE MARCHE

Sul versante legislativo regionale, la Regione Marche è attiva da anni nel contrastare la violenza sulle donne attraverso la Legge regionale 11 novembre 2008, n.32 avente ad oggetto "Interventi contro lo violenza sulle donne". Nella legge vengono definite le funzioni della Regione, degli Enti locali e dei soggetti titolari di Centri Case aventi il comune obiettivo di contrastare il fenomeno della violenza di genere e di prevenirlo. Successivamente con la Legge regionale 1 dicembre 2014, n.32, ad oggetto "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", sono state apportate alcune modifiche ed integrazioni alla stessa LR n.32/2008 che prevedono: - l'inserimento di specifiche risorse per il contrasto alla violenza di genere all'interno del "Fondo delle politiche { socialnart.14); - il raccordo fra criteri e modalità di concessione dei contributi e le indicazioni del "Piano sociale regionale"(art.12) di durata triennale; - il coordinamento degli "Indirizzi attuativi" previsti dalla LR n.32/2008 con la programmazione regionale nei settori del lavoro e della formazione (art.11), oggetto del presente documento.

In attuazione di quanto previsto dall'art.4 bis della Legge regionale n.32/2008 relativo agli interventi in ambito sanitario, gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) hanno definito specifiche procedure assistenziale per le donne vittime di violenza (v. par. 6.2).

In particolare, con DGR n.1413 del 27/11/2017, su proposta del Servizio Sanità, la Giunta Regionale delle Marche ha deliberato "Modalità operative per la presa in carico in ambito sanitario delle donne vittime di violenza di genere": tale significativo atto predispone un codice regionale di esenzione (RMVG) che esonera la donna vittima di violenza e gli eventuali figli minori dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per visite/prestazioni sanitarie necessarie, assicurando peraltro anche l'anonimato dei dati anagrafici delle vittime.

Con DGR Marche n.999 del 23/07/18 la Giunta regionale, su proposta del Servizio Sanità, ha poi recepito il D.P.C.M. 24/11/17 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e alle Aziende ospedaliere in tema di soccorso assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" stabilendo che le Direzioni Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale debbano provvedere entro un anno (gennaio 2019) all'adeguamento dei protocolli operativi

per l'assistenza alle donne vittime di violenza definiti a livello aziendale sulla base delle indicazioni stabilite nello stesso DPCM.

Per completezza va richiamata anche la LR 11.02.2010, n.8 ad oggetto "Disposizioni contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o identità di genere", con la quale la Regione Marche ha aperto un percorso di sensibilizzazione verso tale tipo di discriminazione, che può purtroppo sfociare anche in atti di violenza, nelle sue possibili diverse declinazioni.

Con LR 23.07.2012, n.23 - Integrazione delle politiche di pari opportunità di genere nella Regione Modifiche alla Legge regionale 5 agosto 1996, n. 34 "Norme per le nomine e designazioni di spettanza della Regione" e alla Legge regionale 11 novembre 2008, n. 32 "Interventi contro la violenza sulle donne- sono state apportate integrazioni migliorative al testo originario della LR n.32/2008, quali, fra le altre, l'integrazione dell'art. con disposizioni in materia di "Interventi in ambito sanitario" (art.4 bis) (Regione Marche, 2018). [9]

CAPITOLO 4: LE LINEE GUIDA NAZIONALI

Il DPCM del 24 novembre 2017 decreta all'art.1: “Sono adottate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, con la denominazione «Percorso per le donne che subiscono violenza»”

Le presenti Linee guida nazionali sono state recepite dalle Aziende sanitarie e dalle Aziende ospedaliere che al loro interno hanno un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti, compatibilmente con le risorse disponibili stanziare per il Fondo Sanitario Nazionale. Obiettivo delle Linee guida nazionali è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Il Percorso per le donne che subiscono violenza deve garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dall'esperienza di violenza subita. Destinatario del Percorso sono le donne (con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni come previsto dall'art. 3 lettera f) della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza. Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni.

Le Linee guida nazionali si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio-sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che a diverso titolo operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne, come di seguito individuati:

- Servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ospedalieri e territoriali;
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri antiviolenza e Case rifugio;
- Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali;
- Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni;
- Tribunale (civile-penale-per i Minorenni);
- Enti territoriali (Regioni - Province - Città metropolitane - Comuni).

Ogni attore della rete antiviolenza territoriale agisce secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere. Gli attori della rete potranno formalizzare protocolli operativi di rete specifici e strutturati che garantiscano il raccordo operativo e la comunicazione tra la struttura sanitaria e ospedaliera e i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento. Tali protocolli dovranno individuare interventi comuni e condivisi tra tutti gli attori della rete territoriale, per assicurare adeguata assistenza, accompagnamento e orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna. Le Regioni, in virtù della loro competenza di tipo concorrente in materia di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi socio-sanitari ai sensi dell'art. 117 Cost., devono adoperarsi affinché le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere diano puntuale attuazione alle presenti Linee guida nazionali.

4.1 Accesso al Pronto Soccorso e Triage

La donna può accedere al Pronto Soccorso:

- Spontaneamente (sola o con prole minore);
- Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle FF.OO;
- Accompagnata dalle FF.OO;
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza;
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati;
- Accompagnata da persone da identificare;
- Accompagnata dall'autore della violenza.

Il personale infermieristico addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi ai Pronto Soccorso del territorio da parte della donna.

Nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

- Tipologie di violenza;
- Effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;
- Normativa di riferimento;
- Indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;

- Servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza;
- Indicazioni relative al numero di pubblica utilità 152.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. Alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico. L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del Percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice di triage verrà assegnato un identificativo di Percorso definito nell'ambito dell'organizzazione del Pronto Soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso. Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

4.2 Trattamento diagnostico - terapeutico

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy. L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà:

- Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;
- Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;
- Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva della presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
- Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche;
- Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;

- Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;
- Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso (al fine di rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati);
- Verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza;
- Informare la donna della presenza sul territorio dei Centri anti violenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;
- Avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri anti violenza o con gli altri attori della rete anti violenza territoriale;
- Informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO qualora previsto per legge.

4.3 Repertazione e conservazione delle prove

Per evitare la contaminazione, la degradazione e la perdita di tracce biologiche, ed ottenere risultati fruibili per successivi ed eventuali procedimenti giudiziari, sono indispensabili una corretta repertazione, una successiva corretta conservazione, e la predisposizione della catena di custodia dei reperti.

4.4 Dimissione dal Pronto Soccorso

L'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna deve refertare tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso e redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD9-cm:

- 995.50 abuso/maltrattamento minore;
- 995.53 abuso sessuale minore;
- 995.80 abuso/maltrattamento adulto;
- 995.83 abuso sessuale adulto;
- 995.51 violenza psicologica su minore.

4.5 Attivazione della rete anti violenza territoriale

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna utilizza lo strumento di rilevazione "Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5", indicato dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata

rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite:

- Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso: l'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale;

- Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto: l'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale.

La *Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5* - (Snider et al., 2009) è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

Si tratta di uno strumento di ausilio alle/agli operatrici/tori dei Pronto Soccorso che consente loro di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave.

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)

1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?

|Si |No

2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?

|Si |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?

|Si |No

4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?

|Si |No

5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?

|Si |No

In mancanza di possibili soluzioni immediate, e se previsto da accordi con la Direzione Sanitaria di riferimento, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza. L'operatività deve essere consentita H24, attraverso il ricorso

a specifiche procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità organizzativa, atte a garantire la continuità della protezione del Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali. L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati. I Centri anti violenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni generali.

4.6 Il ruolo delle Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali.

Dovranno di conseguenza impegnarsi a:

- Realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete anti violenza territoriale;
- Garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale, compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici), partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi, anche avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni a partire dal proprio territorio;
- Partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete anti violenza territoriale;
- Assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del triage, schede di dimissione);
- Effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente del Percorso per le donne che subiscono violenza che deve interfacciarsi con gli altri attori della

rete antiviolenza territoriale. Le Aziende sanitarie locali, in attuazione delle presenti Linee guida nazionali e nel rispetto degli indirizzi e degli assetti organizzativi definiti a livello regionale, dovranno coordinare e supervisionare il Percorso per le donne che subiscono violenza e trasmettere periodicamente, ai competenti referenti regionali, una relazione aggiornata sullo stato e sugli esiti delle procedure, nonché comunicare e far confluire i dati raccolti nell'ambito del sistema di monitoraggio previsto a livello regionale e nazionale.

4.7 Formazione professionale

La formazione professionale e l'aggiornamento continui di operatrici e operatori sono indispensabili per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione. I moduli formativi dovranno fornire una adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza maschile contro le donne in merito a:

- Dinamiche della violenza da parte dei soggetti autori di violenza: come nasce e si sviluppa, il ruolo degli stereotipi e degli atteggiamenti sessisti;
- Conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i;
- Tutela delle categorie vulnerabili: quali sono, specifici obblighi e possibili percorsi per donne disabili, in gravidanza, minori ecc.;
- Criteri e metodologie per instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza;
- Conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio;
- Collaborazione fattiva con la rete territoriale intra ed extra ospedaliera;
- Lettura della rilevazione del rischio in Pronto Soccorso di recidiva e letalità;
- Promozione condivisa e sinergica di un sapere comune, volto al confronto e alla conseguente crescita professionale (PCDM, 2017). [10]

CAPITOLO 5: L'APPROCCIO DELL'INFERMIERE AL CODICE ROSA

Per gli operatori che lavorano con vittime di violenza è importante conoscere la complessa relazione che lega la donna e il partner. Vi sono varie teorie sul modo di manifestarsi della violenza. La psicologa americana Lenore Walker ha elaborato la "Teoria del ciclo della violenza". La violenza maschile in una relazione di intimità si manifesta in modo estremamente variabile da caso a caso e molte donne maltrattate affermano di essersi ritrovate coinvolte senza accorgersene: la disparità di potere, difficilmente riconoscibile perché consueta e culturalmente accettata, può degenerare in una relazione segnata da violenza. La violenza maschile diventa particolarmente grave quando l'aggressore sente che sta perdendo il controllo sulla relazione e non riesce a tollerare che la vittima si liberi dal suo dominio, per esempio quando la donna decide di separarsi. Le aggressioni tendono a continuare anche dopo la separazione. Anche se meno frequenti per le minori opportunità concrete, sono di solito più gravi e pericolose sia sul piano fisico che su quello psicologico. Di fatto la maggior parte degli omicidi si produce in circostanze di separazione e di rottura.

Anche se l'inizio della violenza è variabile, quello che appare più evidente è il carattere ciclico degli episodi violenti: una volta che è apparso un episodio di violenza, la cosa più probabile è che torni a ripetersi. La "Teoria del ciclo della violenza" individua tre fasi cicliche che descrivono il comportamento violento e di controllo del maltrattante:

1. I Fase: accumulo della tensione: in questa fase si verificano episodi di microconflittualità (aggressioni psicologiche, cambi repentini e imprevisi dello stato d'animo, incidenti "minori" di maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo sempre più stretti). La donna cerca di calmare il partner, controllarne la rabbia ed evitare un'escalation di violenze: tende quindi a non reagire. Il maltrattante, di fronte all'apparente accettazione passiva della donna, si convince che la violenza sia una forma efficace per ottenere ciò che lui vuole.

2. II Fase: esplosione: quando la prima fase arriva al limite, di solito esplode il maltrattamento fisico, sessuale o psicologico grave. Questa fase si distingue dalla precedente per l'assenza di controllo negli atti da parte del maltrattante: si producono per la vittima i danni maggiori, che possono arrivare anche a causarne la morte. È a questo punto del ciclo che la donna può cercare delle strategie di difesa chiamando la polizia, andando all'ospedale o scappando. La durata di questa fase è solitamente breve: statisticamente da 2 a 24 ore.

3. III Fase: riconciliazione o luna di miele: in questa fase il maltrattante si pente e chiede perdono, promettendo che non accadrà mai più. Si comporta in modo affettuoso e romantico con la donna, arrivando a farle credere che sarà capace di controllarsi. A questa

convinzione si affianca sempre anche quella che lei abbia “imparato la lezione”, per cui se lei non si comporterà più in “modo inadeguato” lui non si vedrà “obbligato a maltrattarla di nuovo”. L’aggressore di solito nega la propria responsabilità attribuendola a fattori esterni: i comportamenti provocatori della donna, lo stress, il lavoro, l’alcool o più raramente a difficoltà personali, rifiutando però qualsiasi possibilità di aiuto esterno. Questa fase causa difficoltà emotiva per la donna ad interrompere la relazione, è raro però che la calma duri molto: passato lo spavento, dalla fase della luna di miele si torna rapidamente alla fase dell’accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo. Gli episodi di violenza ad ogni ripetizione del ciclo sono più intensi e pericolosi. Mostrare comprensione o sottovalutazione nei confronti dei primi comportamenti violenti non ne diminuisce la frequenza, ma ne facilita l’incremento progressivo; è quindi importantissimo per gli operatori cercare di porre fine alla situazione di violenza immediatamente, perché con il passare del tempo aumenta il pericolo di morte per la vittima.

Il rapporto OMS del 2013 evidenzia la necessità di offrire una migliore assistenza alle donne vittime di atti di violenza. Esse spesso cercano l’assistenza di un medico senza rivelare le cause di lesioni o malattie conseguenti. Le nuove direttive pubblicate dall’OMS hanno tra i molti obiettivi quello di fronteggiare l’inesperienza dei clinici nell’assistere vittime di abusi sessuali. Le direttive, infatti, mettono in rilievo l’importanza di insegnare al personale medico come riconoscere le donne che sono a rischio di subire violenze dal proprio partner e fornire un’assistenza adeguata.

Le direttive, inoltre, indicano come sia auspicabile che alcuni ospedali, come quelli che si occupano di assistenza prenatale o di test per HIV, offrano sostegno a coloro che hanno subito violenze, purché posseggano dei requisiti minimi specifici:

- Lo staff clinico deve essere stato preparato a fare domande sulla violenza di genere;
- Devono essere utilizzate procedure standard;
- I consulti devono avvenire in luoghi che assicurino la privacy;
- La riservatezza deve essere garantita;
- Occorre assicurarsi che ci sia un sistema attraverso il quale una vittima possa avere accesso ai servizi sanitari adeguati alla propria situazione;
- In caso di aggressione fisica, l’ospedale deve essere attrezzato per fornire un supporto adeguato alle necessità della donna e affrontare qualsiasi possibile conseguenza fisica o mentale.

È fondamentale che il Personale Sanitario, dopo aver ricevuto una formazione adeguata, riconosca questi segnali e sappia affrontarli. Tutte queste situazioni potrebbero nascondere una storia di violenza domestica e/o di violenza sessuale anche pregressa, per cui è necessario prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- C'è un ricorso ripetuto al Pronto Soccorso per ferite o traumi;
- C'è un racconto di dolore pelvico cronico, di continue infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche;
- C'è una storia di depressione, abuso di droga o farmaci, tentati suicidi.

Possibili indicatori che dovrebbero indurre i sanitari a sospettare situazioni di violenza di genere sono:

- Presenza di traumi giustificati con una storia confusa e contraddittoria;
- Continue preoccupazioni per la salute non definite e uno stato ansioso non sedabile con rassicurazioni sul piano sanitario;
- Partner sempre presente alle visite e screditante, a cui la donna tende a delegare le decisioni;
- Difficoltà a seguire le prescrizioni sanitarie, mancata risposta ai trattamenti prescritti;
- Rifiuto di visite domiciliari da parte di assistenti sociali, personale dei consultori familiari o pediatrici.

Non bisogna temere di fare domande anche dirette su eventuali violenze fisiche o sessuali da parte del partner, evitando però di esprimere giudizi, minimizzare o mettere in dubbio l'attendibilità della paziente. Soprattutto bisogna cercare di effettuare almeno qualche visita in assenza del partner. Mai interrogare direttamente il partner nei casi in cui la donna decida di parlare della violenza subita. È importante avere tempo e un ambiente riservato quando si affrontano temi così delicati, sapere ascoltare con un atteggiamento empatico e non giudicante. Va soprattutto tenuta presente la tutela della donna da violenze più gravi, compreso il rischio di omicidio. Quando c'è un racconto esplicito di violenza domestica bisogna essere in grado, oltre che di occuparsi del problema dal punto di vista sanitario, di attivare una rete di aiuto e sostegno, con la possibilità di integrazione tra diverse figure professionali, soprattutto psicosociali. Il percorso di uscita da una situazione familiare o relazione violenta è lungo, comporta ripensamenti da parte della donna, determina una molteplicità di bisogni che richiedono un intervento complesso, non affrontabile dal singolo operatore (ASUR Marche, Area Vasta 3, 2015). [6]

CAPITOLO 6: PROTOCOLLO AREA VASTA 3

Nell'ambito del processo di integrazione avviato nella Regione Marche e in Area Vasta 3, si ritiene obiettivo significativo e rilevante, la definizione di un percorso di accoglienza e gestione delle persone adulte vittime di violenza di genere, in particolare le donne che ne rappresentano la maggioranza.

Il problema può riguardare due diversi scenari:

1. L'intervento nell'emergenza: rappresenta il primo livello di coinvolgimento del sistema salute, fortemente raccomandato dall'OMS nel rapporto 2013 sulla violenza contro le donne (Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partnersexual violence), al fine di assicurare un'assistenza di qualità e garantire servizi di diagnosi e trattamento anche attraverso strumenti giuridicamente idonei. Si realizza nel Pronto Soccorso ospedaliero a cui si rivolge la vittima di violenza, quasi sempre donna;

2. L'intervento di più lungo periodo: rappresenta la continuità assistenziale e di sostegno alla vittima di violenza di genere a cui sarà offerta la possibilità di un intervento di tipo psico-sociale e legale, in stretta interconnessione con il territorio e con il privato sociale.

Il protocollo viene applicato nei casi di violenza sessuale e/o maltrattamento (dichiarati o sospetti, e quando in quest'ultimo caso sussistano gli estremi di procedibilità d'ufficio) subiti dalle donne/uomini di età maggiore di anni 18 (o che rientrino nella particolare casistica di seguito descritta) che afferiscono alla Struttura Ospedaliera di Civitanova Marche. (ASUR Marche, Area Vasta 3, 2015). [6]

6.1 PROTOCOLLO VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

6.1.1 Caso A – Accesso della donna al Pronto Soccorso

Quando la donna giunge al Pronto Soccorso, **l'infermiere di Triage** provvede alla:

- Identificazione del bisogno;
- Accettazione della donna e attribuzione del codice di priorità giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso), affiancato dall'identificativo Codice Rosa relativo alla violenza/maltrattamento;
- Segnalazione al Medico del PS;
- Attivazione immediata della procedura per la convocazione dell'Equipe CR1 (Codice Rosa);

- Collocazione della donna nel locale identificato nel nuovo DEA.

Successivamente, la donna viene accolta in idoneo locale del PS per essere visitata dal medico del Pronto Soccorso (con la presenza dell'infermiere) evitando in maniera categorica la presenza del compagno/marito/accompagnatore. Il colloquio e gli accertamenti previsti nel Protocollo devono svolgersi con modalità che diano massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala. Inoltre, il medico e l'infermiere devono:

- Garantire la presenza continua di un operatore sanitario (infermiere o medico o assistente sociale o operatore sociosanitario o personale volontario specificatamente formato); qualora possibile attivare l'Infermiere di PS in pronta disponibilità, unitamente al Medico nelle ore notturne;
- Fornire una continua e chiara informazione sulle procedure previste dal Protocollo, richiedendo alla paziente la firma per sua attivazione;
- Offrire la possibilità di chiamare un familiare o altra persona gradita.

Il medico del Pronto Soccorso:

- Prende atto dell'avviata procedura di attivazione dell'Equipe CR1 da parte dell'infermiere del Triage;
- Provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna;
- Prende attivamente parte alle procedure relative dell'equipe CR1, fatte salve eventuali urgenze mediche per la tutela della salute della donna,
- Utilizza, durante la raccolta dati, la cartella clinica specifica per le vittime di violenza sessuale.

Qualora sussistano gli estremi per un reato procedibile d'ufficio, il Medico può consultarsi con il Medico Legale (se presente e/o attivabile) e procedere successivamente a segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

6.1.2 Caso B – Donna ricoverata in Reparto

Qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, al **medico di reparto o al medico consulente**, venga dichiarata una violenza sessuale, il medico che ha in cura la paziente deve attivare immediatamente la procedura per la convocazione dell'Equipe CR1.

In ogni caso alla donna deve essere prospettata la possibilità di coinvolgere:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;

- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

6.1.3 Caso C – Accesso della Donna in qualsiasi Ambulatorio

La donna accolta in ambulatorio deve essere visitata dal **Medico** (con la presenza di un **infermiere**) evitando in maniera categorica la presenza del compagno/marito/accompagnatore. Una volta dichiarata la violenza sessuale, deve essere prospettata alla donna la possibilità di coinvolgere:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Si ritiene di non dover indirizzare la donna al Pronto Soccorso se non sussistono indicazioni cliniche e se non si ravvisi la necessità di procedere a specifici accertamenti laboratoristici. Il medico compila un certificato di violenza sessuale che deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale. Una copia del certificato di violenza sessuale verrà rilasciata alla donna, la quale deciderà se presentare o meno atto di querela; una copia verrà trattenuta dal medico. Qualora sussistano gli estremi per un reato procedibile d'ufficio, il Medico può consultarsi con il Medico Legale e procedere successivamente a segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

6.2 PROTOCOLLO VIOLENZA SESSUALE SOSPETTATA MA NON DICHIARATA

6.2.1 Caso A – Accesso della Donna in Pronto Soccorso

Quando la donna giunge al Pronto Soccorso, **l'infermiere di Triage** provvede a:

- Identificare il bisogno ed assegnare il relativo codice di priorità;
- Se in seguito la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata.

Il medico del Pronto Soccorso:

- Qualora a seguito di visita effettuata alla donna, per motivi diversi, sospetti una violenza sessuale non dichiarata, dovrà prospettare alla paziente la possibilità di essere valutata dallo specialista Ginecologo e del successivo coinvolgimento di:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la paziente rifiuta la visita ginecologica e/o il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna. Se in seguito la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata.

6.2.2 Caso B – Donna ricoverata in Reparto

Il medico di reparto o il medico consulente, qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, sospetti una violenza sessuale, non dichiarata dalla donna, il medico che ha in cura la paziente deve avvertire il Servizio Sociale Ospedaliero e/o territoriale; se in seguito la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata. In ogni caso dovrà prospettare alla paziente la possibilità di essere valutata dallo specialista Ginecologo e del successivo coinvolgimento di:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la paziente rifiuta la visita ginecologica e/o il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna. Qualora sussistano gli estremi per un reato procedibile d'ufficio, il Medico può consultare il Medico Legale (se presente e/o attivabile) e procedere successivamente a segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

6.2.3 Caso C – Accesso della Donna in qualsiasi ambulatorio

Il medico dell'ambulatorio qualora a seguito di visita, effettuata per motivi diversi, sospetti una violenza sessuale non dichiarata, dovrà prospettare alla paziente la possibilità di essere valutata dallo specialista Ginecologo e del successivo coinvolgimento di:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;

- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la paziente rifiuta la visita ginecologica e/o il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna. Se in seguito la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata. Se sussistano gli estremi per un reato procedibile d'ufficio, il Medico può consultarsi con il Medico Legale (se presente e/o attivabile) e procedere successivamente a segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

6.3 EQUIPE CODICE ROSA IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

Sono ipotizzabili due diverse configurazioni, ovvero:

- Equipe Codice Rosa 1 (CR1): dichiarazione della subita violenza sessuale rilasciata in PS;
- Equipe Codice Rosa 2 (CR2): dichiarazione della subita violenza sessuale rilasciata in Reparto di Degenza.

CR1 - Composta da: Medico di Pronto Soccorso, Medico Ginecologo, Medico Legale se presente e/o attivabile, Assistente Sociale se presente e/o attivabile, Psicologa se presente e/o attivabile;

CR2 - Composta da: Medico del reparto di degenza, Medico Ginecologo, Medico Legale se presente e/o attivabile.

L'Infermiere del Triage, il Medico del PS e/o Ginecologo, e/o Medico di Reparto per attivare l'Equipe CR devono:

PRONTO SOCCORSO:

- Provvedere, qualora le condizioni cliniche lo consentano, alla collocazione della donna nel locale del PS appositamente adibito;
- Convocare gli altri componenti dell'Equipe CR1;
- Compilare il modulo di attivazione dell'equipe da trasmettere successivamente alla Direzione Medica di Presidio;

REPARTO:

- Convocare gli altri componenti dell'Equipe CR2;
- L'Equipe CR2 si riunirà nella sede di ricovero, in idoneo locale;

- Compilare il modulo di attivazione dell'equipe da trasmettere successivamente alla Direzione Medica di Presidio;

I professionisti sono tenuti in entrambi i casi a garantire tempestivamente la prestazione richiesta e comunque nel più breve tempo possibile.

L'Equipe CR1 e/o CR2:

- Valuta i prelievi di materiale biologico da effettuare, e predispone, in regime di urgenza, la richiesta dei relativi esami di laboratorio, attivando la catena della custodia;
- Valuta la necessità di eseguire eventuali indagini strumentali o di richiedere consulenze specialistiche finalizzate ad una migliore definizione del caso relativo alla violenza sessuale.

L'Equipe provvede all'invio dei campioni raccolti ai laboratori di competenza. Nel caso in cui l'equipe CR venga attivata al di fuori della fascia oraria di presenza degli operatori del Servizio Sociale Ospedaliero dovrà essere inviata opportuna informativa nel rispetto della privacy.

6.4 COMPITI DELL'EQUIPE CODICE ROSA (CR1-CR2)

MEDICO DEL PS E/O GINECOLOGO E/O MEDICO DI REPARTO:

- Deve informare ed illustrare dettagliatamente alla donna tutti gli steps previsti dalla procedura che sarà attivata. Il consenso alla procedura dovrà essere formalizzato da parte dei componenti dell'Equipe, in apposita sezione della cartella clinica;
- Collabora con i componenti.

GINECOLOGO:

- Deve informare ed illustrare dettagliatamente alla donna tutti gli steps previsti dalla procedura, nel caso in cui sia egli stesso a fornire primariamente assistenza;
- Cura la compilazione dell'apposita cartella clinica guidata predisposta;
- Raccoglie le notizie circostanziali (se possibile e/o attivabile insieme al Medico Legale); è opportuno che la donna riferisca una sola volta i dettagli della vicenda relativa alla violenza subita;
- Raccoglie le notizie anamnestiche: anamnesi fisiologica, patologica remota, patologica prossima, ginecologica;

- Visita la donna in estrema riservatezza, e non in presenza del compagno (o marito o accompagnatore);
- Procede all'esame obiettivo generale completo e ad un esame obiettivo ginecologico;
- Si avvale, se presente e/o rintracciabile della diretta collaborazione del medico legale per il rilievo obiettivo di lesioni di natura traumatica o sospette tali;
- Procede, se del caso, ad effettuazione di rilievi fotografici, secondo le indicazioni del Medico Legale;
- Esecuzione tamponi biologici secondo linee guida validate;
- Richiesta esami sierologici;
- Si fa carico del follow-up della donna quale medico che ha attivato la procedura.

EQUIPE CR1 – CR2:

- Raccoglie le notizie circostanziali;
- Descrive in dettaglio eventuali lesioni di natura traumatica e procede, qualora necessario, a rilievo fotografico;
- Se meritevoli di approfondimento, provvede alla catalogazione e conservazione in singoli contenitori (sacchetti di carta, ecc.), degli indumenti della paziente da conservare nella sede individuata nei locali MORG. Nel caso in cui gli indumenti vengano trattenuti, la donna verrà temporaneamente provvista di indumenti sostitutivi;
- Compila l'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- Compila, nei casi in cui non sussistano gli estremi per la procedibilità d'ufficio, il certificato di violenza sessuale.

Tale certificato deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale e l'indicazione che è stata compilata apposita cartella clinica dedicata di cui la donna può fare in qualsiasi momento richiesta.

Il certificato verrà datato e sottoscritto da ciascun componente dell'Equipe CR;

- Una copia verrà rilasciata alla donna, la quale deciderà se presentare o meno atto di querela;
- Una copia verrà inserita in Cartella Clinica e/o allegata al verbale di Pronto Soccorso.

ASSISTENTE SOCIALE (se presente e/o attivabile – ospedaliero o territoriale):

- Raccoglie l'anamnesi sociale per definire gli elementi di criticità e le risorse della situazione socio familiare della paziente;
- Si rende disponibile alla eventuale attivazione di un sostegno psicologico e/o di una valutazione psicodiagnostica della donna, finalizzata ad un adeguato intervento di continuità terapeutica con gli operatori territoriali;
- Dopo aver valutato il livello di sicurezza ambientale della persona, e qualora non ci siano in ambito familiare persone di riferimento idonee e disponibili ad un sostegno, individua i Servizi Socio-Sanitari Territoriali competenti affinché questi possano programmare e attivare il collocamento presso idonee strutture protette.

Qualora la donna, dichiarata la violenza sessuale, dopo essere stata adeguatamente informata di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposta a valutazione da parte dei componenti dell'equipe CR1 o CR2, viene dimessa, compatibilmente al suo quadro clinico. I componenti compilano un certificato di violenza sessuale ove viene fatto presente il rifiuto della donna di sottoporsi alle procedure previste dal protocollo. Tale certificato di violenza sessuale deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale. Il certificato verrà datato e sottoscritto da ciascun componente dell'equipe CR1:

- Una copia verrà rilasciata alla donna, la quale deciderà se presentare o meno atto di querela;
- Una copia verrà inserita in Cartella Clinica e/o allegata al verbale di Pronto Soccorso.

6.5 DENUNCIA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Quando si ha notizia, nell'esercizio o a causa di funzioni di servizio, di una violenza sessuale unitamente a un delitto perseguibile d'ufficio il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio è obbligato a redigere la "denuncia" all'autorità giudiziaria. L'obbligo della denuncia ricorre anche quando l'esistenza del delitto procedibile di ufficio si prospetti soltanto possibile; nel dubbio ragionevole la denuncia deve essere presentata.

L'invio della denuncia deve essere preceduto da contatto telefonico con il Commissariato di Civitanova, per un eventuale interessamento del Magistrato di turno.

Nella denuncia deve essere indicato quanto di seguito riportato:

- Elementi essenziali del fatto (ora, giorno, luogo, ufficio od incarico rivestito);
- Generalità e domicilio e quanto altro valga all'identificazione o della persona alla quale il fatto è attribuito o della persona offesa o di coloro che siano in grado di riferire su circostanze dei fatti.

La denuncia deve essere inoltrata all'autorità giudiziaria senza ritardo.

Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, possono redigere e sottoscrivere un unico atto.

La denuncia, secondo quanto previsto dal comma 3 dell'art. 331 cpp, deve essere redatta e sottoscritta in un unico atto da tutti i componenti dell'equipe CR1 o CR2 e deve contenere i pareri diagnostici di tutti i componenti, anche se difformi fra loro, con relative motivazioni. Nella denuncia deve essere precisato che è stata compilata apposita cartella dedicata contenente in dettaglio tutti i dati raccolti, gli accertamenti eseguiti e gli eventuali rilievi fotografici effettuati.

Il sistema informatico in uso al PS genererà comunque una denuncia, nella quale il Medico che chiude la pratica annoterà il riferimento dell'allegato di cui sopra (ASUR Marche, Area Vasta 3, 2015). [6]

6.6 PROTOCOLLO MALTRATTAMENTO DICHIARATO, O SOSPETTATO MA NON DICHIARATO

Il protocollo, pur essendo dedicato in maniera specifica alla donna vittima di violenza, può naturalmente essere applicato anche nei casi che le vittime siano minori o anziani senza distinzione di sesso.

6.6.1 Caso A – Accesso della Donna in Pronto Soccorso

L'Infermiere di Triage provvede alla:

- Identificazione del bisogno;
- Accettazione della donna e attribuzione del codice di priorità giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso);
- Segnalazione al Medico del PS;
- Collocazione della donna nel locale del Pronto Soccorso appositamente adibito o in sala, secondo condizioni cliniche della paziente;
- Verifica di eventuali precedenti accessi al PS per patologia traumatica.

Successivamente, la donna deve essere visitata dal medico del PS (con la presenza di un infermiere) evitando in maniera categorica la presenza del compagno (o marito o accompagnatore). La visita deve svolgersi con modalità che assicurino massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala. Inoltre, **il medico e l'infermiere** devono:

- Garantire la presenza continua di un operatore sanitario (infermiere o medico o assistente sociale o operatore sociosanitario o personale volontario specificamente formato);
- Offrire la possibilità di chiamare, al termine della visita, un familiare o altra persona gradita.

Il medico del Pronto Soccorso:

- Provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna;
- Richiede le consulenze specialistiche del caso;
- Consulta (se possibile) il Medico Legale;
- Procede a segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
- Informa la donna sulla possibilità di attivare:
 - Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
 - Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
 - Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
 - Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la donna rifiuta il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna.

6.6.2 Caso B – Donna ricoverata in Reparto

Il Medico di reparto e/o il Medico consulente, qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, venga a conoscenza o sospetti un maltrattamento, può consultare il Medico Legale. Il Medico deve procedere a segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

In ogni caso, deve essere prospettata alla donna, la possibilità di coinvolgere:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;

- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la donna rifiuta il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna e riportare in cartella la sua decisione.

6.6.3 Caso C – Accesso della donna in qualsiasi ambulatorio

Il Medico, qualora in corso di attività ambulatoriale (diverso dal Pronto Soccorso), venga a conoscenza o sospetti un maltrattamento, può consultare il Medico Legale.

La donna accolta in ambulatorio, deve essere visitata evitando in maniera categorica la presenza del compagno, marito, o accompagnatore. Il Medico deve procedere a segnalazione all'Autorità Giudiziaria. In ogni caso, deve essere prospettata alla donna, la possibilità di coinvolgere:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna Comune di Civitanova.

Se la donna rifiuta il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna riportando la sua decisione sul referto ambulatoriale (ASUR Marche, Area Vasta 3, 2015). [6]

CAPITOLO 7: DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

DIAGNOSI: COPING INEFFICACE (00069)

Definizione: incapacità di fare un'adeguata valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili.

Caratteristiche definenti: disturbi del sonno, fatigue, modificazione degli abituali modelli di comunicazione, scarsa concentrazione

Fattori correlati: crisi situazionali, incertezza, minaccia grave

NOC (obiettivi) + relativi indicatori	NIC (interventi) + relative attività
<p>1) <u>Qualità della vita</u> (2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dignità (1→4); -Stato di salute (2→4); -Circostanze sociali (1→4) <p>2) <u>Livello di ansia</u> (1211):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inquietudine (1→4); -Attacchi di panico (1→4); -Dichiarazione di ansia (1→4); -Atteggiamento di rinuncia e chiusura in sé (1→4); -Angoscia (1→4) <p>3) <u>Sostegno sociale</u> (1504):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Volontà di chiamare altri per l'assistenza (2→5); -Assistenza emotiva fornita da altri (2→5); -Rete di assistenza sociale (2→5); -Contatti di sostegno sociale (2→5) 	<p>1) <u>Miglioramento del coping</u> (5230):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni; -Usare un approccio calmo e rassicurante; -Assicurare un'atmosfera di accoglienza; -Incoraggiare un atteggiamento di speranza realistica come modo di affrontare il senso di impotenza; -Valutare i bisogni/desideri di sostegno sociale della persona; <p>2) <u>Intervento in casi di crisi</u> (6160):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Garantire un clima di sostegno; -Fornire un rifugio; -Prendere le precauzioni necessarie per mettere al sicuro l'assistito o altre persone dal rischio di danni fisici; -Mettere in contatto la persona e i suoi familiari con le risorse fornite dalla comunità; <p>3) <u>Miglioramento dell'autostima</u> (5400):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incoraggiare la persona a identificare i propri punti di forza; -Esprimere fiducia nella capacità dell'assistito di gestire la situazione; -Facilitare un'ambiente e delle attività che possono accrescere l'autostima; -Fare affermazioni positive sull'assistito

DIAGNOSI: SINDROME DA TRAUMA DA STUPRO (00142)

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

Caratteristiche definenti: agitazione, alterazione del modello di sonno, ansia, cambiamento nelle relazioni, depressione, imbarazzo, paura, senso di colpa, sentirsi indifesi, umiliazione, scarsa autostima, sbalzi d'umore, incubi, paranoia, fobie, trauma fisico, vergogna, shock.

Fattori correlati: stupro

NOC (obiettivi) e relativi indicatori	NIC (interventi) e relative attività
<p>1) <u>Recupero dall'abuso</u> (2514):</p> <ul style="list-style-type: none">-Riconoscimento di relazioni violente (2→4);-Guarigione dai danni psicologici (1→4);-Guarigione dai danni fisici (1→4);-Manifestazione di autostima (1→4) <p>2) <u>Stato di benessere: psico spirituale</u> (2011):</p> <ul style="list-style-type: none">-Benessere psicologico (1→4);-Concetto di sé (1→4);-Calma e tranquillità (1→5);-Depressione (1→4) <p>3) <u>Livello di paura</u> (1210):</p> <ul style="list-style-type: none">-Angoscia (1→4);-Irrequietezza (1→4);-Dichiarazione di paura (1→4);-Pianto (1→5);-Panico (1→5)	<p>1) <u>Trattamento del trauma da stupro</u> (6300):</p> <ul style="list-style-type: none">-Fare in modo che con la donna rimanga una persona di sostegno;-Spiegare quali sono i mezzi legali che la donna può utilizzare;-Spiegare il protocollo relativo allo stupro e ottenere il consenso a procedere in base a esso;-Registrare lo stato mentale, quello fisico, la storia dell'incidente, i segni della violenza subita e la precedente storia ginecologica;-Determinare la presenza di tagli, contusioni, sanguinamento, lacerazioni etc;-Applicare il protocollo relativo allo stupro;-Procurarsi dei campioni a fini legali secondo il protocollo;-Provvedere a garantire un counseling appropriato;-Offrire farmaci per la prevenzione della gravidanza se appropriato;-Offrire antibiotici per la profilassi delle malattie veneree, se appropriato e previsto dal protocollo;Informare la donna degli esami per l'HIV;-Indirizzare a programmi di tutela delle vittime. <p>2) <u>Ricorso ad altri operatori o servizi</u> (8100):</p> <ul style="list-style-type: none">-Identificare l'assistenza infermieristica/sanitaria necessaria;-Stabilire la disponibilità di un'appropriata assistenza di sostegno a casa o nella comunità;-Valutare i punti di forza e di debolezza dei familiari o di altre persone significative in rapporto alla responsabilità dell'assistenza <p>3) <u>Sostegno emozionale</u> (5270):</p> <ul style="list-style-type: none">-Dichiarare sostegno o empatia nei confronti della persona;-Rimanere accanto alla persona e garantirle rassicurazione e protezione

DIAGNOSI INFERMIERISTICA PER L'INFERMIERE

DIAGNOSI: SINDROME POST TRAUMATICA (00141)

Definizione: prolungata risposta non adattiva a un evento traumatico opprimente

Caratteristiche definenti: alterazione della concentrazione, alterazioni dell'umore, ansia, depressione, flashback, pensieri intrusivi, irritabilità, attacchi di panico

Fattori correlati: eventi al di fuori delle abituali esperienze umane, essere testimoni di mutilazioni

NOC (obiettivi) + relativi indicatori	NIC (interventi) + relative attività
<p>1) <u>Coping</u> (1302):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Usa sistemi di sostegno personali (2→4); -Esprime il bisogno di assistenza (1→4); -Cerca e ottiene l'assistenza di un professionista della salute (1→5); -Riporta un aumento del benessere psicologico (1→4); -Riferisce una diminuzione dello stress (1→5) <p>2) <u>Equilibrio dell'umore</u> (1204):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dimostra un umore costante (2→5); -Dimostra concentrazione (2→5); -Mostra un appropriato livello di energia (1→5); -Assolve le attività quotidiane (2→5) <p>3) <u>Stato di benessere: psico spirituale</u> (2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Benessere psicologico (1→5); -Calma e tranquillità (2→5); -Stress (1→5); -Ansia (1→5) 	<p>1) <u>Counseling</u> (5240):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dimostrare empatia, calore e autenticità; -Assicurare la riservatezza; -Incoraggiare l'espressione delle emozioni; -Aiutare la persona a identificare il problema o la situazione che provoca sofferenza <p>2) <u>Gruppo di sostegno</u> (5430):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinare gli scopi del gruppo e la natura dei processi al suo interno; -Creare un'atmosfera rilassata e di accettazione; <p>3) <u>Gestione dell'umore</u> (5330):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Assistere la persona a mantenere un normale ritmo sonno/veglia; -Monitorare le funzioni cognitive (es. concentrazione, attenzione, memoria, decisione, ragionamento etc); -Assicurare o indirizzare la persona al trattamento psicoterapico); -Interagire con la persona a intervalli regolari per comunicare premura e/o fornirle un'occasione di parlare delle proprie sensazioni; -Assistere la persona a monitorare consapevolmente il proprio umore; -Assistere la persona a identificare i pensieri e le sensazioni dipendenti dal disturbo dell'umore;

CAPITOLO 8: CONCLUSIONI

La creazione di un percorso di tutela il quale permette tempestività di intervento, riferimenti chiari per tutta la Task Force e per la vittima stessa risulta fondamentale per poter far fronte a questo enorme problema che vede protagonista la nostra società. Con lo sviluppo del Codice Rosa si spera in un “effetto domino” in quanto più persone ruotano intorno a tale Percorso e più vittime potranno emergere dal loro stato di silenzio e paura e sentirsi aiutate ed accolte da varie e disponibili figure professionali dove l’infermiere ha un ruolo cardine. La parola chiave da associare a “Violenza” è PREVENZIONE, che può essere primaria per contrastare il fenomeno prima che accada, secondaria e terziaria attraverso l’applicazione del Codice Rosa che sembra essere un valido aiuto nella presa in carico delle vittime. Purtroppo, riconoscere le vittime non è facile, soprattutto quando queste “indossano” quella maschera che copre una verità, seppur cruda e difficile da raccontare. Ma dietro queste vittime spesso c’è una richiesta rivolta a chi le soccorre, accudisce, sostiene e l’infermiere, come professionista sanitario, è chiamato a rispondere in prima linea a questa richiesta.

9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- (1) Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica "Convenzione di Istanbul", 2011.
- (2) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3664_listaFile_itemName_10_file.pdf "Definizione di violenza OMS", 2002.
- (3) <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00691660.pdf> Senato della Repubblica, Disegno di legge 3390 "Norme per la promozione della soggettività femminile e per il contrasto al femminicidio", 2012.
- (4) Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, Rapporto nazionale Rete Antiviolenza tra le città Urban-Italia, "Rapporto URBAN", 2006.
- (5) <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza> "Rapporto Istat", 2014.
- (6) ASUR Marche, Area Vasta 3, "Protocollo Codice Rosa, Percorso assistenziale per le vittime di violenza di genere", 2015.
- (7) <http://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence> "Violence Info", OMS, 2016.
- (8) <https://www.cisl.it/grandi-temi/politiche-di-genere-e-giovani/13815-violenza-domestica-e-di-genere-pubblicata-sulla-gazzetta-ufficiale-la-legge-sul-codice-rosso.html>
- (9) Regione Marche, Giunta Regionale, delibera n.1631 del 3/12/2018. Oggetto: Art. 11 L.R. n.32/2008 – Interventi contro la violenza sulle donne. Approvazione "Indirizzi attuativi"
- (10) "Adozione delle Linee Guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza", Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21/11/2017.