

La violenza contro le donne è un fenomeno diffuso, oscuro, antico, trasversale tra i diversi status sociali, spesso tollerato e rappresenta una violazione dei diritti della persona riconosciuta in tutte le sedi istituzionali di ogni Paese civile ed organizzazione internazionale. Nonostante ciò, si registra tuttora una diffusione e una gravità di tale fenomeno, soprattutto in Italia, inaccettabile con un sommerso fino al 90%. Negli ultimi cinque anni si osservano segnali di miglioramento rispetto all'incidenza del fenomeno e una maggiore consapevolezza da parte delle donne, soprattutto giovani. Tuttavia lo zoccolo duro della violenza non è intaccato ed è in crescita la violenza assistita dai figli. La violenza contro le donne è una **violazione dei diritti umani** [1-5]. È un problema sociale complesso con manifestazioni multiple; alcune molto visibili come la violenza fisica, e altre difficilmente rilevabili come il linguaggio e le battute sessiste, gli stereotipi o i micro-maschilismi. Sono però questi tipi di violenza più sottili nascosti nella nostra quotidianità quelli che conformano la cultura patriarcale che rende possibile tutte le altre forme di violenza. Le donne spesso non parlano con nessuno della violenza subita e poche denunciano alle forze dell'ordine. Il maltrattamento e la violenza sessuale comportano per le donne numerosi danni sia in termini di integrità psico-fisica che in termini di riduzione del benessere, inoltre creano indirettamente problemi sociali e culturali di tutta la popolazione perché limitano la libertà personale, influenzano la sicurezza collettiva, condizionano la crescita del capitale umano e del sistema economico/sociale nel suo complesso, su un lungo orizzonte temporale [6]. Rispetto alla scarsa emersione del fenomeno, i Servizi sanitari, nelle varie articolazioni, ed in particolar modo il servizio di Emergenza-Urgenza (DEU) detengono un ruolo centrale in quanto sono quelli presso cui le donne accedono in misura prevalente. Alla luce di ciò è, quindi, indispensabile che i DEU migliorino complessivamente le capacità di accoglienza e di ascolto dei bisogni delle donne, anche quelli inespressi. In particolare, il personale del Pronto Soccorso (PS), tra le varie figure professionali, è una sentinella fondamentale nel riconoscere i primi segni e sintomi della violenza sulle pazienti e sui loro figli che assistono alla violenza. Molto spesso sono il primo punto di riferimento per le donne vittime di violenza ed è per questo che risulta essenziale sensibilizzarli e formarli per migliorare le procedure della prima accoglienza alle donne offese al fine di favorire l'emersione del fenomeno. L'accesso al PS è quindi un passaggio molto delicato in quanto costituisce un momento in cui è possibile: riconoscere la violenza, "svelare" la violenza avvenuta, intercettare la domanda di aiuto della donna (non sempre esplicita), far fronte ad intense emozioni e molteplici bisogni della donna, fornire informazioni sui servizi del territorio e della rete antiviolenza. Con questo studio si è voluto offrire ai colleghi medici e infermieri che, quando si trovano a gestire casi di maltrattamenti e violenza sessuale, compiono mansioni e attività di grande responsabilità con notevoli difficoltà professionali, emotive e medico legali, uno strumento per conoscere meglio il fenomeno violenza ma soprattutto capire gli effetti che questa crea; capire come accogliere, comunicare con la persona offesa e supportarla nel difficile percorso per la raccolta delle fonti di prova per l'accertamento della verità processuale fino alla presa in carico territoriale. Questo lavoro si occuperà quindi della problematica della violenza contro le donne, della raccolta e dell'analisi dei dati del Codice Rosa Area Vasta Nord Ovest ex ambito territoriale Lucca (PS di Lucca e Valle del Serchio) a partire dal 2012 ed infine dell'assistenza alle donne vittime di maltrattamento e violenza sessuale.

VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Dati statistici

Secondo l'indagine ISTAT 2014, in Italia quasi 7 milioni di donne hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della loro vita. In particolare, nella fascia di età fra 16 e 70 anni sono vittime il 31,5% , delle quali il 20,2% ha subito violenza fisica, 21% violenza sessuale, il 5,4% stupri o tentati stupri. Ancora: 8 milioni di donne hanno subito violenza fisiche o sessuali dal partner o ex partner e 4,4 milioni hanno subito violenza psicologica dal partner attuale; infine quasi 3,5 milioni di donne sono vittime di stalking [7]. In Italia la violenza domestica è la prima causa di morte o invalidità permanente delle donne con età compresa tra i 15 e i 50 anni. Dalle ricerche empiriche disponibili in Italia e all'estero sappiamo che variabili come la classe sociale, il livello di istruzione e la professione non sono particolarmente significative, che un retroterra di povertà e disagio non genera, di per sé, violenza. Gli aggressori sono spesso incensurati e capaci di intendere e di volere, la precedente storia di abusi subiti da uno dei due partner o l'aver assistito a episodi di violenza domestica in età infantile hanno una correlazione debole con comportamenti violenti in età adulta e la dipendenza da sostanze sembra essere un fattore aggravante, ma non una vera concausa. Si stima che almeno 400.000 bambini e bambine siano vittime di violenza assistita in famiglia. La percentuale dei figli che hanno assistito a episodi di violenza sulla propria madre è pari al 65,2% nel 2014. Osservare la violenza ed esperirla anche in forma indiretta all'interno della famiglia è dannoso per i bambini di tutte le età; anche se molto piccoli infatti l'età e il grado di sviluppo del bambino non impediscono la percezione della violenza [2,8].

Attraverso l'analisi dei dati inseriti nell'applicativo della regione (VGRT), viene fornito nell'undicesimo rapporto sulla violenza di genere in Toscana (2019) un quadro complessivo delle donne che si rivolgono ai Centri antiviolenza. Nella nostra regione ogni giorno dieci donne si rivolgono per la prima volta ad un Centro antiviolenza e si conferma una continua tendenza all'aumento delle utenti. Nel 2018/2019 l'accesso delle donne al Centro antiviolenza è avvenuto in modo diretto nel 66,1% dei casi. A segnalare le donne sono stati soprattutto i Servizi sociali (22%), le Forze dell'Ordine (14,7%), Codice Rosa (8,1%) e Consulitori (1,4%). Le informazioni anagrafiche inserite nell'applicativo ci permettono di fornire una fotografia delle utenti che, nel corso del tempo, non presenta mutamenti rilevanti. Come nei periodi precedenti, anche nel 2018/19 a iniziare un percorso di uscita dalla violenza sono soprattutto donne dai 30 ai 50 anni, con una maggior frequenza delle più giovani tra le donne straniere, le quali rappresentano meno del 30% del totale. Anche dal punto di vista del titolo di studio e del tipo di occupazione le oscillazioni che si notano nel corso degli anni non sembrano tali da poter permettere di individuare tendenze rilevanti. A fronte di un aumento di donne con titoli di studio elevati nella scorsa rilevazione, negli ultimi dodici mesi sono cresciute le donne con titoli di studio medi. La situazione socioeconomica è un dato importante per capire quali siano gli interventi necessari per agevolare il percorso di uscita delle donne. L'instabilità economica è un elemento altamente frenante per decidere di uscire da una relazione violenta, a prescindere dal livello culturale o dal benessere del nucleo familiare: discriminante è la possibilità di contare su una propria autonomia economica. Circa il 45% di donne italiane e oltre il 65% di quelle straniere non può contare su un'occupazione stabile. il 43,8% afferma di aver subito violenza anche in passato, più di due terzi in età adulta, un terzo nell'infanzia e il 29,1% in adolescenza. La violenza si manifesta in più occasioni nella vita delle donne: la metà di loro la colloca in almeno due fasi della propria vita. Il tipo di maltrattante varia a seconda della fase di vita: in età adulta è il partner o l'ex partner, nell'infanzia

prevalentemente il padre. La forma di violenza più diffusa è quella psicologica (90%), sempre presente anche in caso di violenza fisica (70%). La violenza domestica coinvolge tutto il nucleo familiare: figlie e figli che vi-vono in ambienti in cui la madre o un'altra figura di riferimento subisce violenza, ne subiscono gli effetti. Il fenomeno è particolarmente rilevante: più della metà delle donne che si è rivolta ai Centri negli ultimi dodici mesi (57,3%) ha almeno un figlio o una figlia.

Codice Rosa USL Toscana Nord Ovest amb. territoriale Lucca

Il Codice Rosa definisce le modalità di accesso ed il percorso socio-sanitario, per le donne che subiscono violenza” (cd. PERCORSO DONNA – in linea con le Linee guida nazionali DPCM del 24 XI 2017 – GU n.24 del 30/01/2018) e per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione (PERCORSO PER LE VITTIME DI CRIMINI D’ODIO - implementazione della direttiva 2012/29/EU sugli standard minimi di diritti, supporto e protezione delle vittime di crimini d’odio) e definisce anche le modalità di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell’ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale. Il percorso può comunque essere attivato in qualsiasi modalità di accesso al SSN, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria, come più dettagliatamente specificato da procedure aziendali. Il Codice Rosa opera in sinergia con Enti, Istituzioni ed in primis, nel cd. Percorso Donna, con la rete territoriale del Centri antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali e rappresenta il risultato della messa a regime degli assetti organizzativi necessari all’inserimento di questa tipologia di risposta nel sistema complessivo dell’offerta del Sistema Sanitario Regionale.

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell'ex Azienda USL 9 di Grosseto come progetto pilota. L'Assessore al Diritto alla Salute e il Procuratore Generale della Repubblica di Firenze, con la firma del Protocollo d'Intesa del 13 Giugno 2011, hanno dato avvio in fase sperimentale al progetto regionale Codice Rosa che, a partire dal 1° Gennaio 2012 ha coinvolto le quattro ex Aziende USL 2 Lucca, 4 Prato, 8 Arezzo e 12 Viareggio. Dal gennaio 2013 il progetto si è esteso alle Aziende sanitarie di Pisa, Livorno, Empoli e alle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer. Dal gennaio 2014 è stata completata la diffusione a livello regionale con l'ingresso delle Aziende sanitarie di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e Aziende ospedaliere Pisana e Senese. A partire dal 2010 il Codice Rosa è arrivato a coprire tutto il territorio regionale, coinvolgendo le Aziende sanitarie, fino al costituirsi alla fine del 2016, come Rete Clinica tempo-dipendente, cioè un sistema in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone, per il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici. La Rete Codice Rosa quindi è costituita da tutti i nodi che concorrono all'erogazione di risposte sanitarie, in emergenza e nell'immediata presa in carico successiva, per le diverse tipologie di vittime di violenza, mediante percorsi specifici dedicati ai diversi target. Il Codice Rosa USL Toscana Nord Ovest amb. territoriale Lucca è attivo dal 1° gennaio 2012 e fa parte della rete antiviolenza della Provincia di Lucca. L'efficacia di questa rete dipende dal grado di collaborazione tra gli attori che, indipendenti ed autonomi al tempo stesso, si scambiano risorse di varia natura per raggiungere obiettivi comuni. Nel corso degli anni, obiettivo prioritario quindi è stato quello di uniformare e condividere le procedure a livello locale e regionale promuovendo la conoscenza diffusa della rete dei servizi. Attraverso il lavoro dei gruppi appositamente costituiti e delle Comunità di pratica sono state applicate le indicazioni regionali relative a: la corretta refertazione e catena di custodia; il 118 nella rete Codice Rosa; il pronto

soccorso su violenza sessuale in caso di adulto/a; il pronto soccorso su violenza sessuale in caso di minore; funzioni e composizione del team di valutazione multidisciplinare. L'implementazione del modello della Rete è stato sostenuto con specifiche azioni formative rivolte a tutto il personale operante nell'ambito della cura e della tutela della donna vittima di violenza, con un'attività formativa di tipo multiprofessionale, interdisciplinare e continua, finalizzata a promuovere le conoscenze, a condividere le procedure e a sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi.

MATERIALI E METODI

Questo studio è stato realizzato grazie alla collaborazione dell'Ospedale di Lucca e Valle del Serchio. Si tratta di uno studio osservazionale descrittivo di tipo retrospettivo. La raccolta dati è stata effettuata grazie ai referti emessi dalle Unità Operativa Complessa Pronto Soccorso Lucca e Unità Operativa Semplice Pronto Soccorso Valle del Serchio in un periodo di sette anni e quattro mesi, dal 1° Gennaio 2012 al 1° maggio 2020, ovvero dall'anno in cui è entrato in vigore il Codice Rosa fino al mese scorso. Il criterio di inclusione nello studio è stato l'aver effettuato un accesso al Pronto Soccorso durante il quale sia stato assegnato il Codice Rosa.

Una volta individuati tutti gli accessi con Codice Rosa, ho poi analizzato quelli relativi alle donne con età maggiore di diciotto anni.

Distribuzione della casistica

Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Luca di Lucca e dell'Ospedale Santa Croce in Valle del Serchio a Castelnuovo di Garfagnana (Azienda Toscana Nord ovest ex ambito territoriale Lucca 2) dal 1° gennaio 2012 al 1° Maggio 2020, sono stati registrati come Codice Rosa 2639 pazienti.

Riducendo inizialmente la voce violenza a 2 macro-categorie: 376 sono stati individuati come maltrattamenti o abusi su minori e 2263 come maltrattamenti, abusi o stalking su adulti. Dei 2263 casi adulti, 1932 sono stati individuati come maltrattamenti, abusi o stalking su donne adulte con range di età 18-93 anni.

Grafico 1: *distribuzione per sesso*

2263 Codici Rosa Adulti (1932 = 85,4% e 331 uomini = 14,6%)

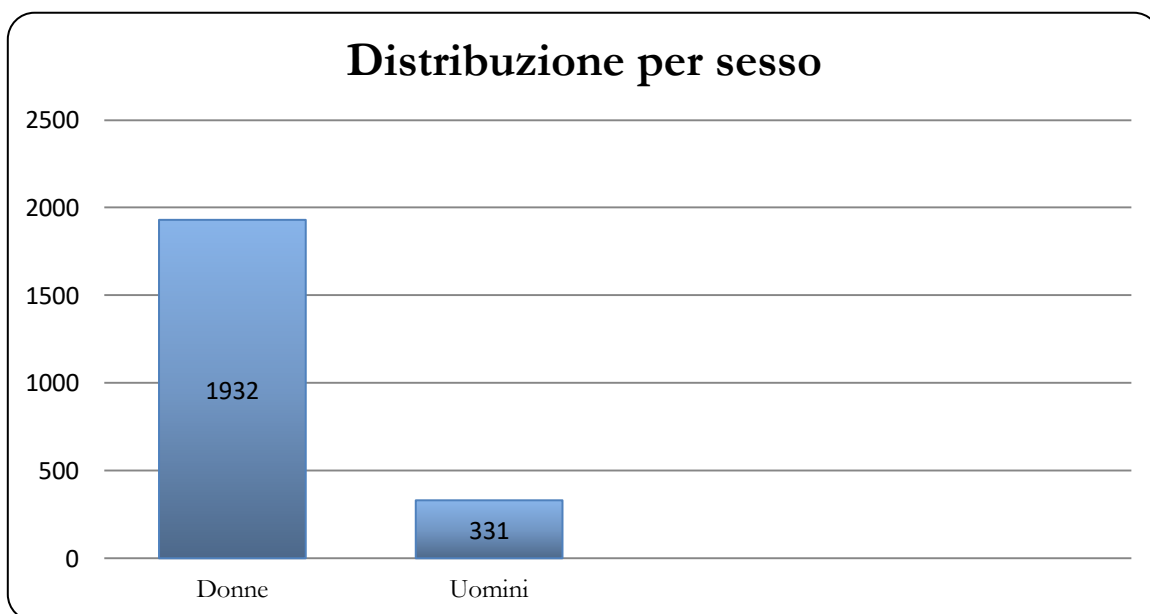


Grafico 2: *distribuzione per cittadinanza*

1932 Codici Rosa donne adulte 1932 (1321 Italiane il 68,4% e 611 Straniere il 31,6%)

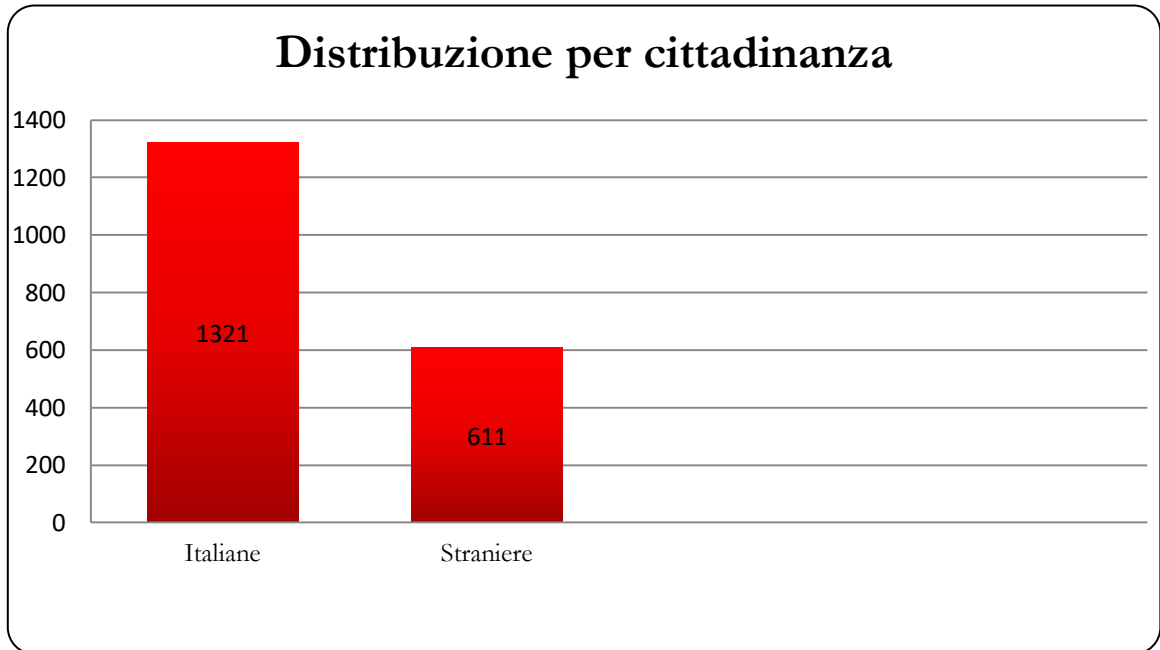


Grafico 3: *distribuzione per età*

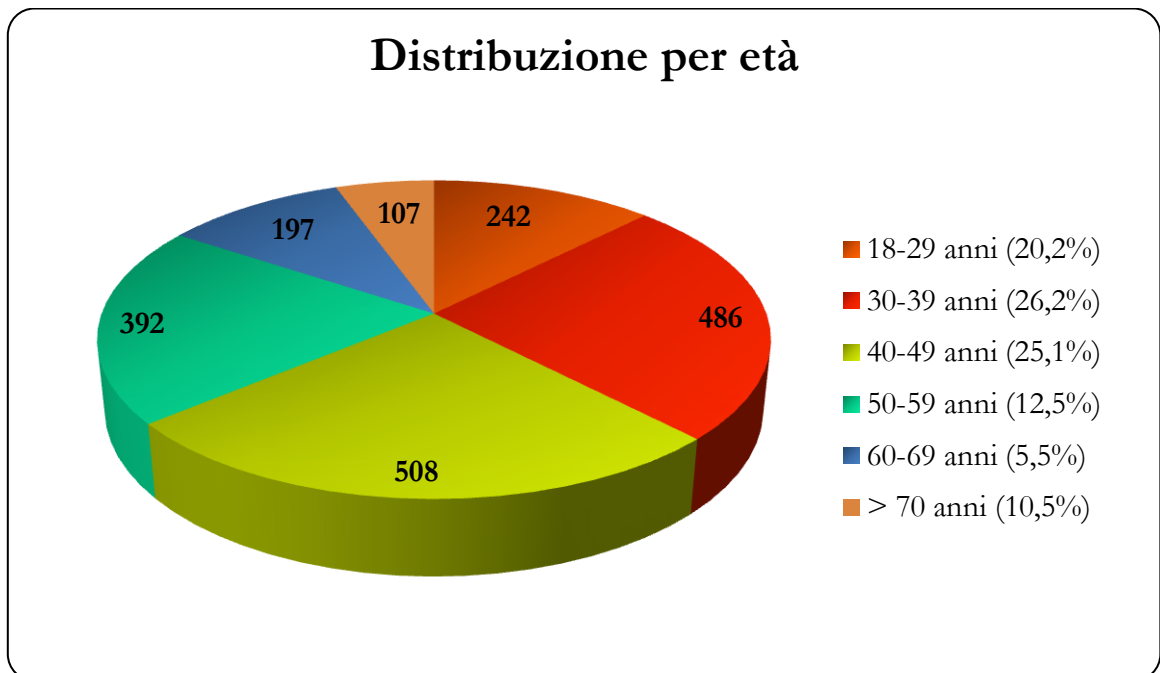


Grafico 4: *Tipo di violenza riferita*

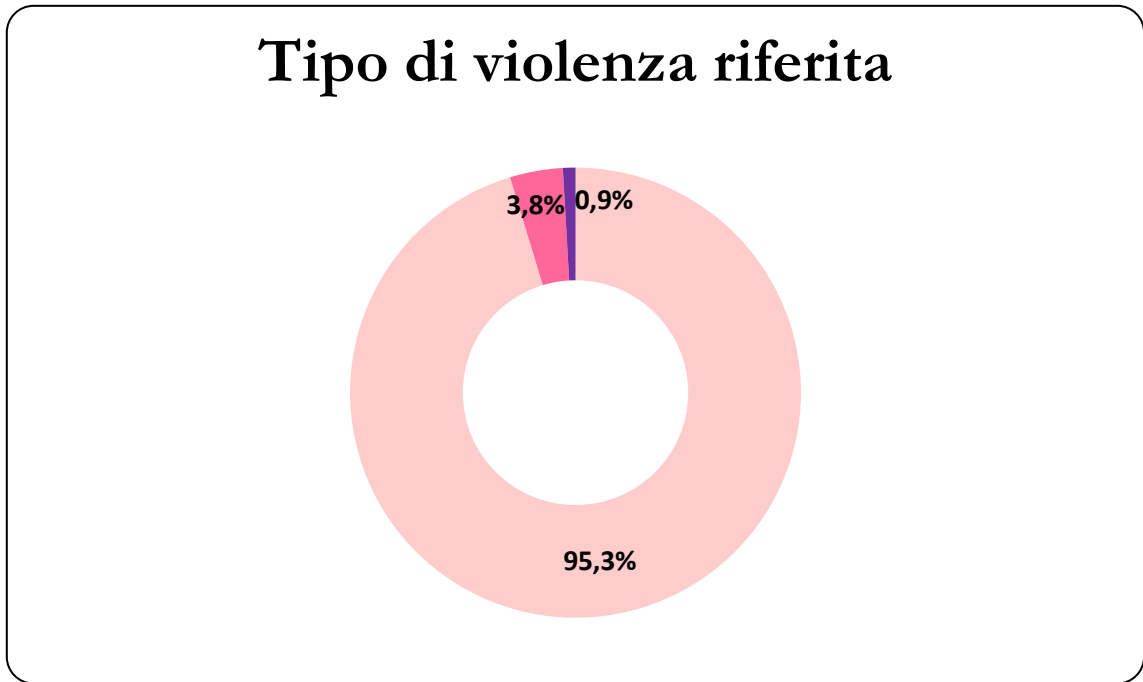


Grafico 5: *Tipo di violenza associata*

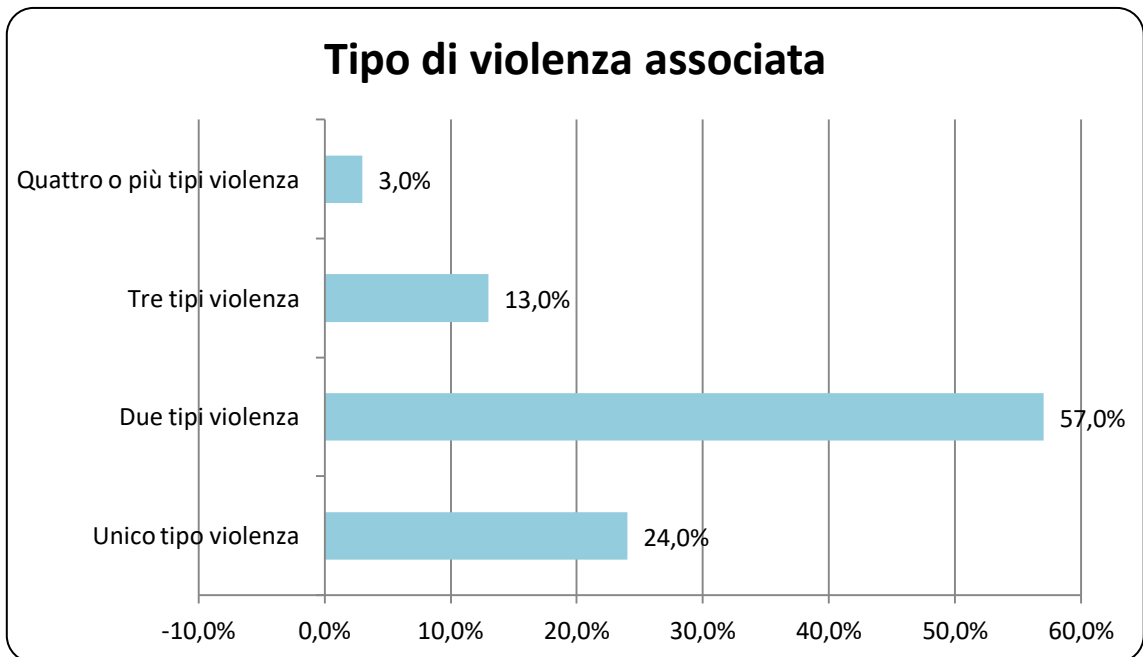


Grafico 6: *Tipo di violenza riferita*

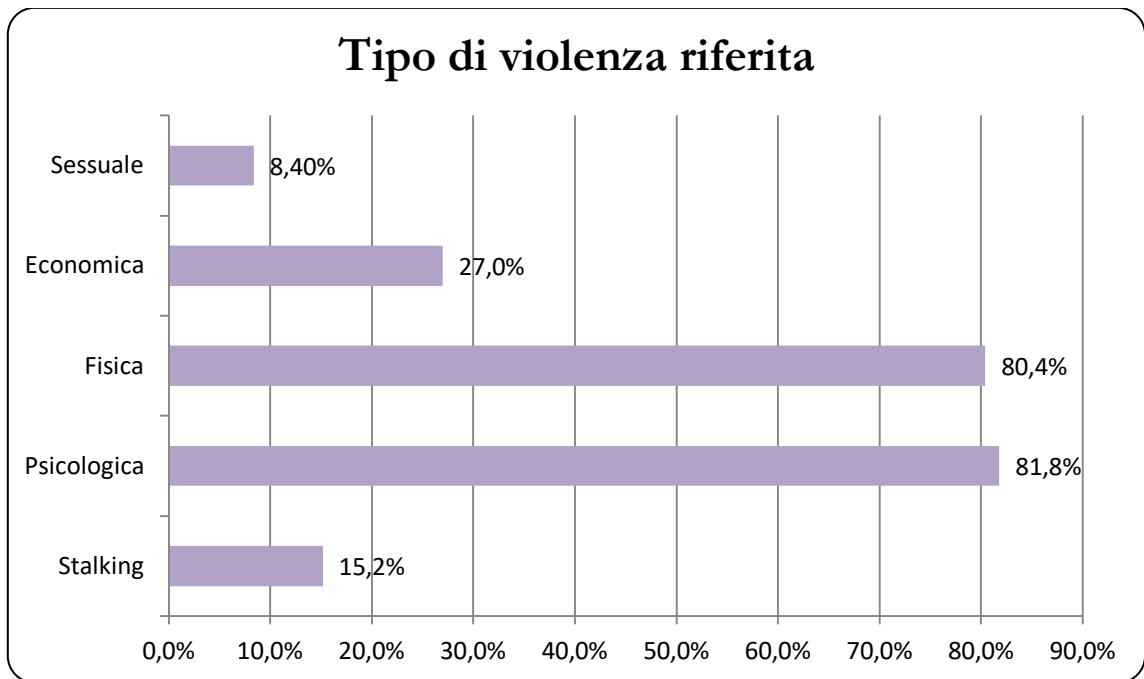


Grafico 7: *Luogo dove avviene la violenza*

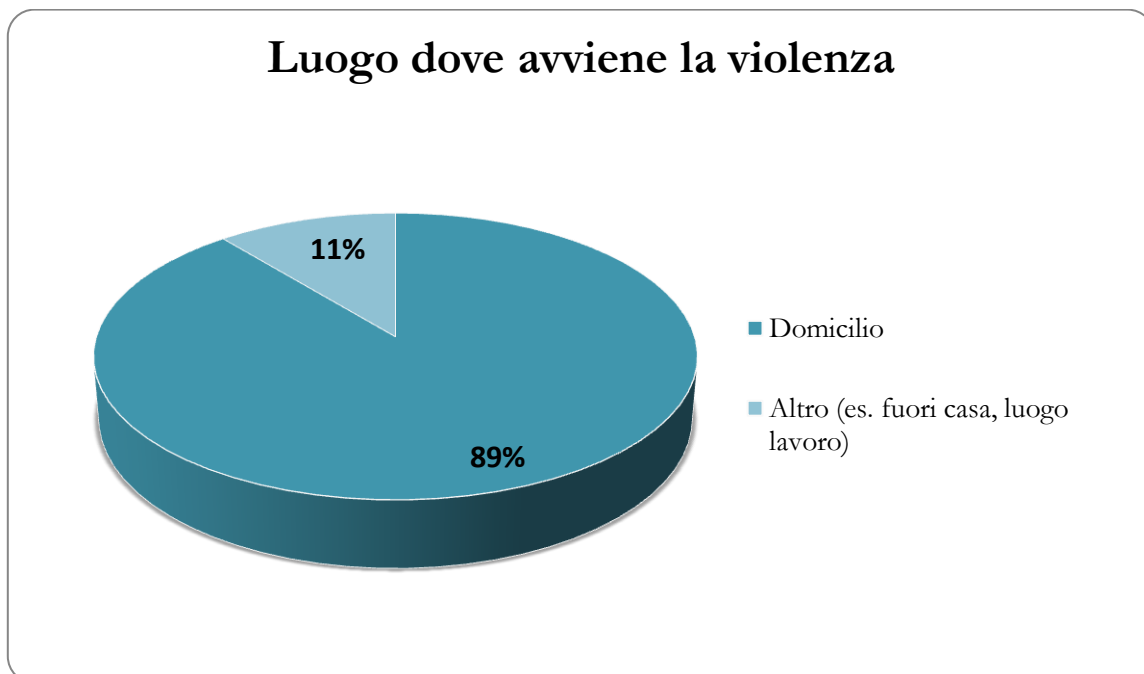


Grafico 8: *Tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima*

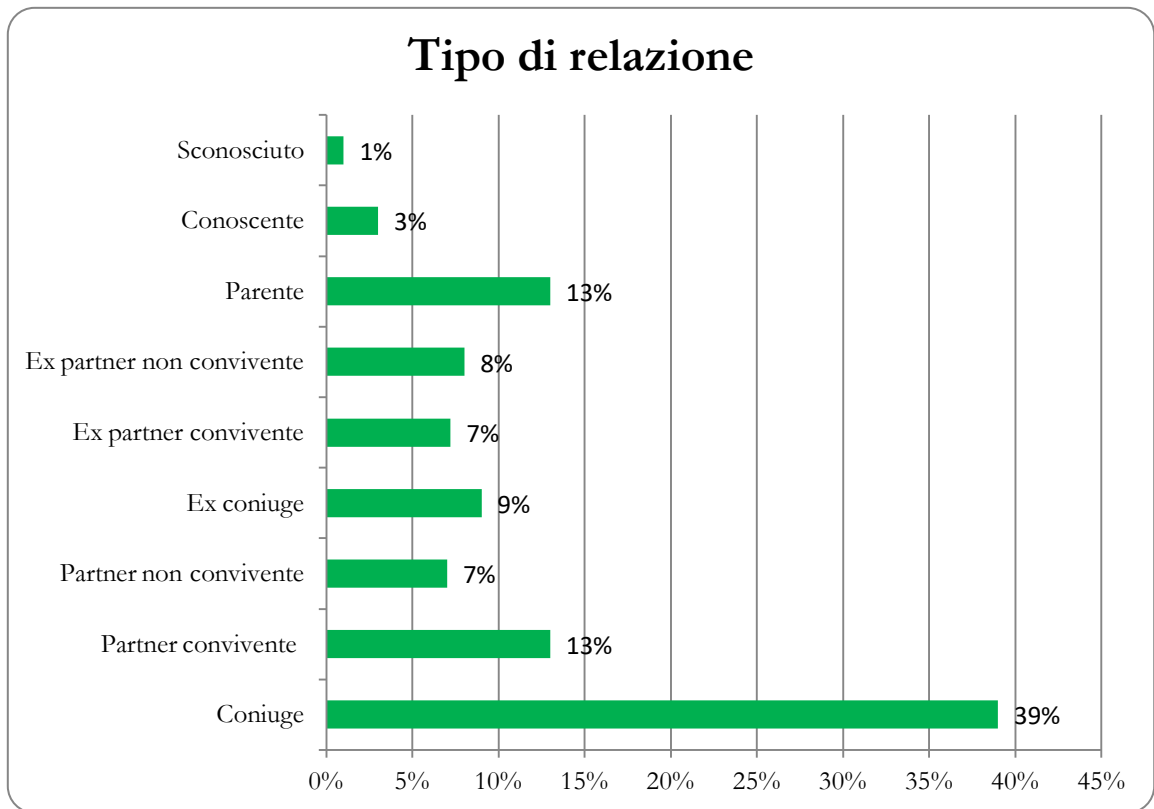


Grafico 9: *Su 1923 donne che si sono rivolte al Codice Rosa Lucca dal 1° gennaio 2012 al 1° maggio 2020 per cittadinanza, stato di convivenza e stato reddituale. Valori percentuali*

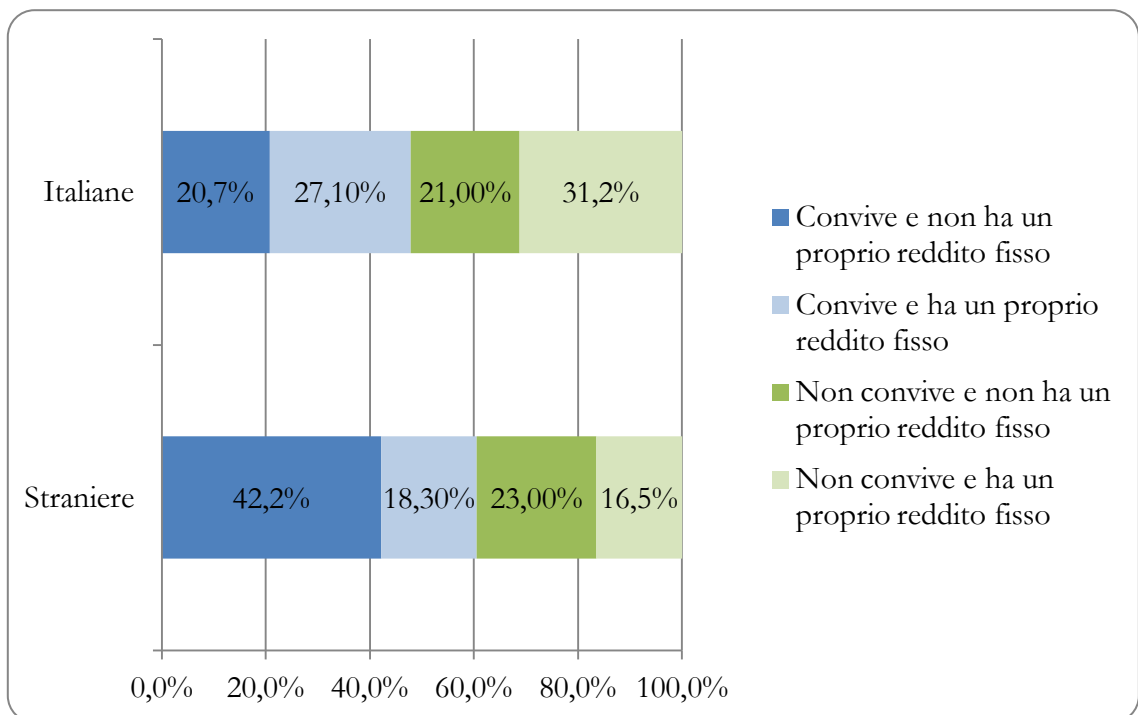


Grafico 10: *Violenza assistita. Su 1931 casi codice rosa donna adulta in 739 (56%) donne italiane i figli hanno assistito alla violenza; in 384 (63%) donne straniere i figli hanno assistito alla violenza)*

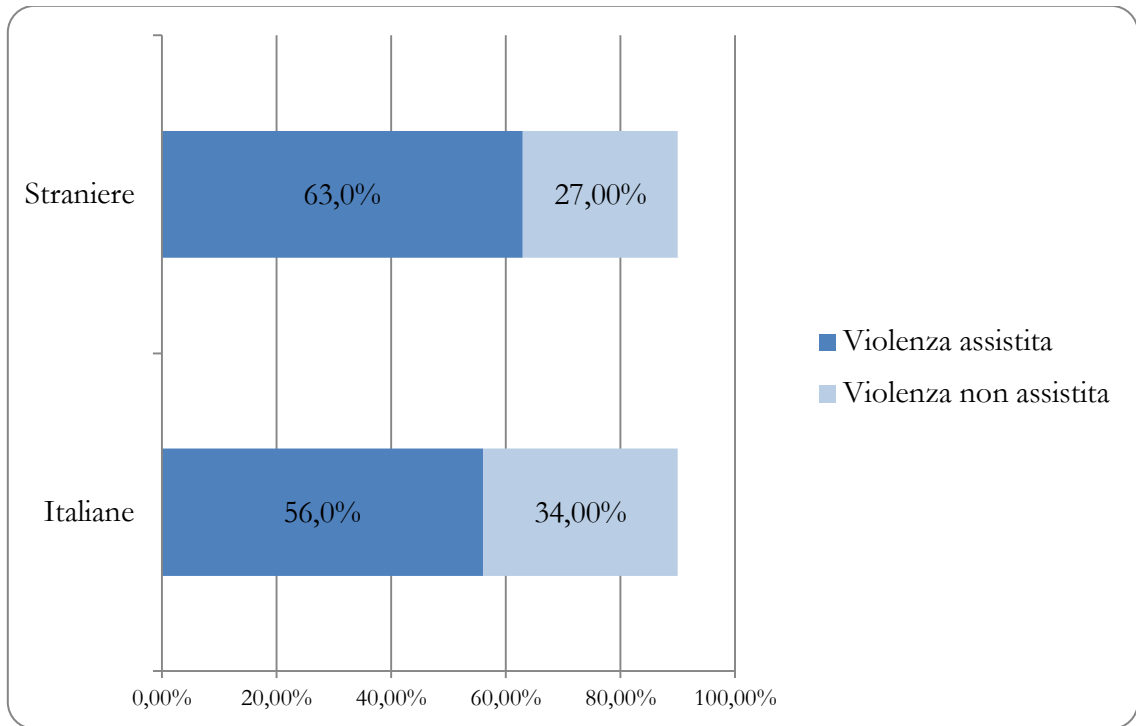


Grafico 11: *Progetto fili e trame dell'Associazione Artemisia Firenze Rilevazione e valutazione del rischio ai fini della predisposizione di interventi di protezione. Dal 1° gennaio 2012 al 31° dicembre 2016 al Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio valutate 1298 donne su 1932 Codici Rosa donne (67,2%)*

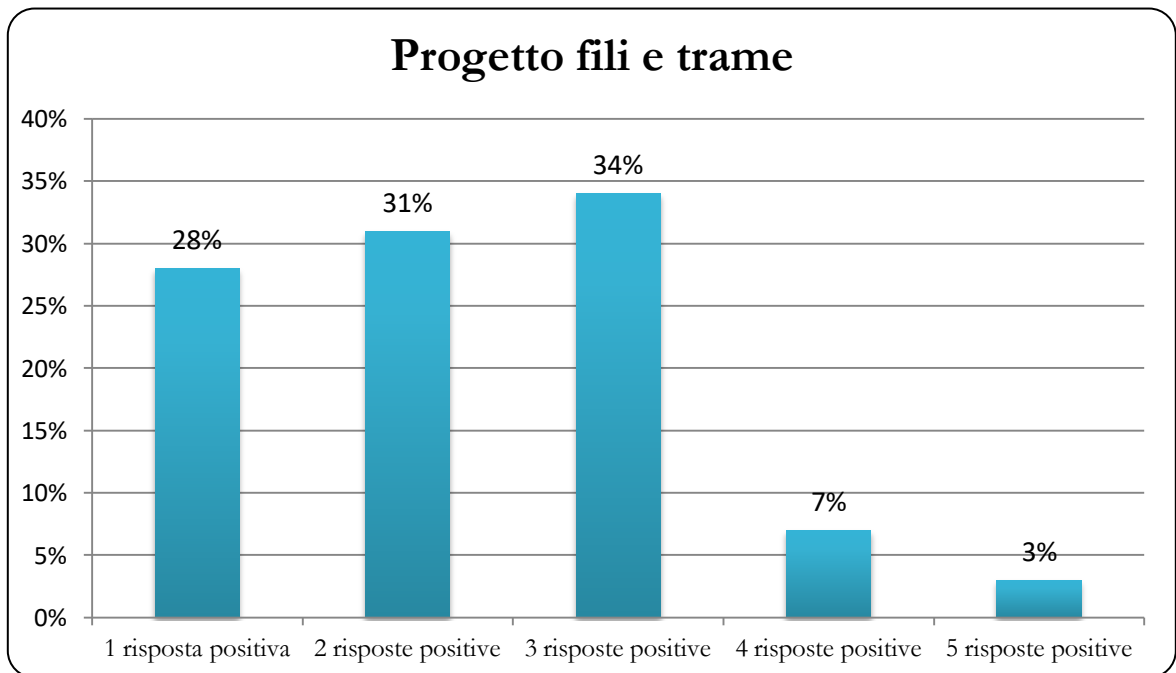


Grafico 12: *DA5 - Intimate Partner Violence Danger Assessment - Valutazione breve del rischio al Pronto Soccorso Lucca e Valle del Serchio dal 1° gennaio 2017 al 1° maggio 2020 di 634 donne su 1932 Codici Rosa donne (32,8%)*

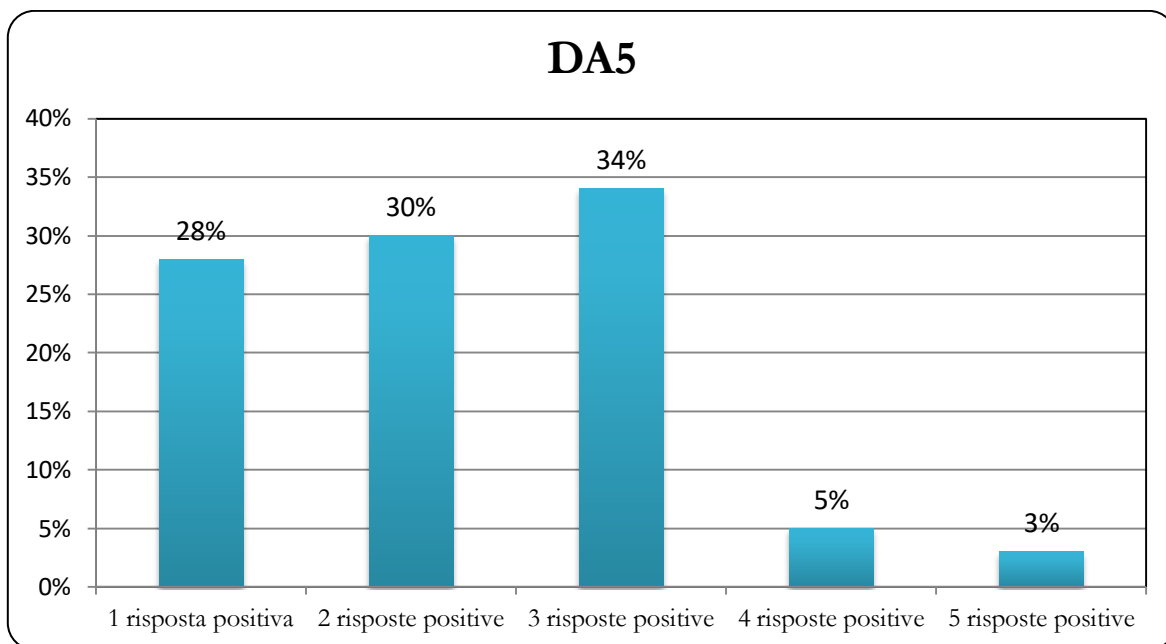
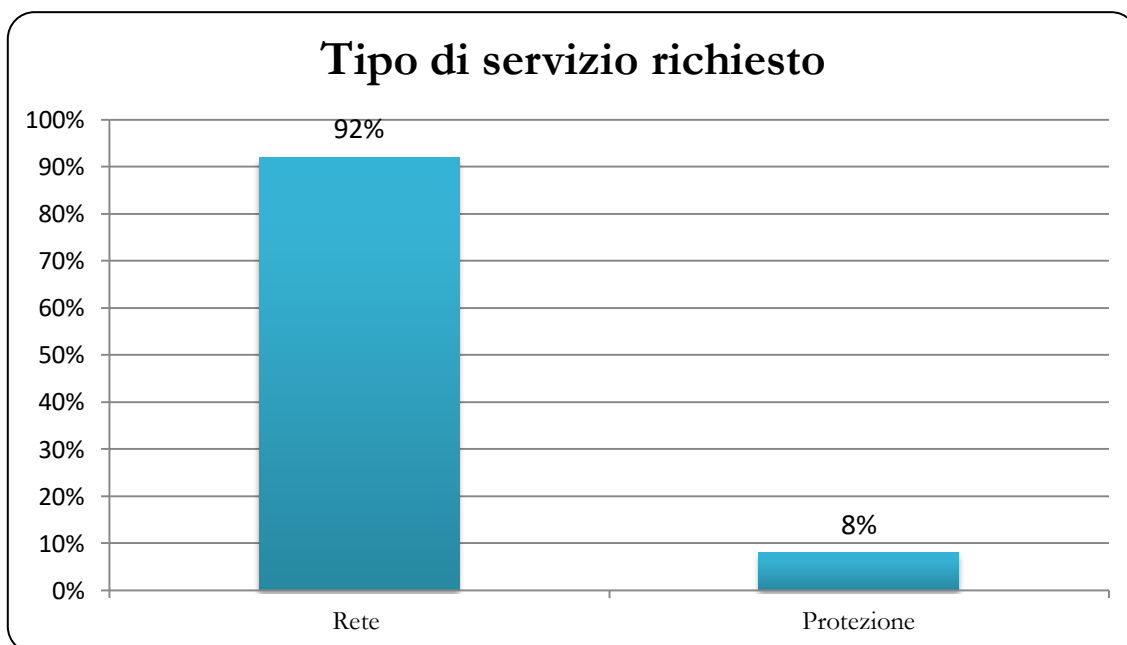
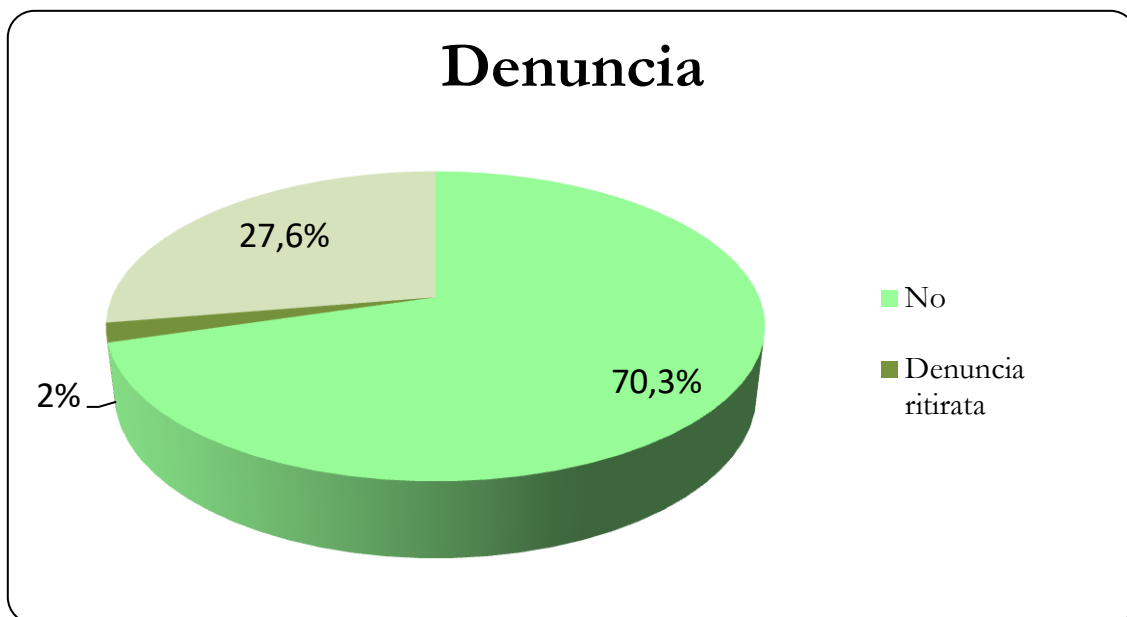


Grafico 13: *Tipo di servizio richiesto*



Protezione: allontanamento dalla famiglia e casa rifugio
 Rete: servizio sociale, MMG e rete familiare

Grafico 14: *Denuncia*



Accoglienza e dialogo al triage e nella stanza rosa

Tra tutti i servizi sanitari, il Pronto Soccorso è il luogo dove prima o poi, nel corso della storia di maltrattamenti la donna giunge. Tale contesto rappresenta, quindi, un anello, spesso il primo, della catena di luoghi e di azioni che la donna percorre e compie e che costituiscono il complesso percorso di uscita da una relazione violenta. L'accesso al PS, soprattutto nel breve tempo successivo all'aggressione subita è un momento molto delicato e particolarmente proficuo per iniziare a raccontare la situazione di maltrattamento. Infatti la violenza espresa, cioè la seconda fase del ciclo della violenza (L.Walker), il momento che segue la crescita della tensione, è anche quello in cui la donna può reagire con rabbia e quando questo accade può essere che essa sia maggiormente disponibile a raccontare l'accaduto. L'accesso al PS è quindi un passaggio molto delicato in quanto costituisce un momento in cui è possibile: riconoscere la violenza, “svelare” la violenza avvenuta, intercettare la domanda di aiuto della donna (non sempre esplicita), far fronte ad intense emozioni e molteplici bisogni della donna, fornire informazioni sui servizi del territorio e della rete antiviolenza. È bene ricordare che il primo passo per attivare un qualsiasi intervento consiste nel riconoscere il tipo di violenza che la donna subisce e le sue ripercussioni sulla vita e sul benessere psicofisico suo e degli eventuali figli (vittime e/o testimoni della violenza intrafamiliare). L'accoglienza rappresenta, pertanto, la fase più complessa della relazione tra la donna e l'altro sia che si tratti di un operatore sanitario, di un rappresentante delle Forze dell'Ordine o di un operatore psicosociale. La donna “deve percepire” che ha trovato un luogo appropriato dove raccontare la propria storia ed è perciò importante che senta di potersi fidare del suo interlocutore. In Pronto Soccorso è proprio l'infermiere del triage il primo operatore che viene in contatto con la donna e può creare e indurre un senso di fiducia se sa come trattare il problema, se sente di poter proporre delle possibili soluzioni nell'emergenza, nonché dei riferimenti affidabili sul territorio. Talvolta operatori non adeguatamente formati si sentono sopraffatti dalle storie di maltrattamento e possono sentirsi impotenti, esattamente come la donna di fronte al

proprio aggressore. Quando una donna con sospetto maltrattamento o violenza sessuale giunge in PS, è raccomandabile che l'accoglienza in triage segua un protocollo specifico. In particolare, dovrebbe esserci un'infermiere/a dedicata a seguire la persona vittima di violenza, in modo da favorire il crearsi di un rapporto di fiducia che, oltre a facilitare il racconto, le permetta di meglio tollerare i tempi d'attesa, spesso lunghi, per gli accertamenti diagnostici riducendo così il rischio che la donna abbandoni le cure e si allontani dal PS. Chi accoglie una donna che giunge dopo aver subito violenza, si può trovare dinanzi a due possibili scenari: nel primo la donna verbalizza la violenza subita; nel secondo la donna non effettua alcun racconto di violenza, ma le lesioni sono compatibili con un possibile scenario di violenza domestica. Alla incoerenza del racconto si può aggiungere una comunicazione non verbale contrastante con il racconto stesso. La donna può sembrare reticente, schiva, poco disponibile a raccontare i particolari dell'accaduto, tenere un atteggiamento difensivo e di chiusura rispetto alle domande dell'operatore. Oppure la donna può contraddirsi, manifestare sintomi psichici quali ansia, tristezza, pianto, rabbia, confusione, paura, non consoni all'evento che racconta. Queste modalità relazionali e l'incompatibilità tra racconto e lesioni dovrebbero rappresentare un campanello d'allarme nel personale sanitario. Importante sempre ricordare che solo se c'è una conoscenza del fenomeno è effettivamente possibile individuarlo e favorirne l'emersione, impossibile è far emergere ciò che non si conosce. Ovviamente, nel secondo caso lo "svelamento" della violenza risulta essere l'azione prioritaria da condurre in modo tale da poter poi portare avanti un percorso di valutazione e gestione del rischio, nonché l'avvio del percorso di uscita dalla relazione maltrattante. Quando una donna vittima di violenza giunge in PS, sia in caso di accesso diretto (la donna può giungervi da sola o accompagnata da altre persone) o da accesso attraverso il 118 o le Forze dell'Ordine, l'infermiere addetto al triage deve effettuare una prima valutazione e attribuire il codice triage di priorità in base al suo bisogno clinico e alla complessità assistenziale richiesta basandosi su tre rilevazioni: condizioni cliniche e rischio evolutivo, assorbimento di risorse e bisogni assistenziali. Al momento dell'arrivo gli operatori del 118 segnalano all'infermiere quanto emerso durante il trasporto e mantengono traccia del contesto in cui è stata prelevata la vittima nel certificato di PS. Nel caso siano intervenute le Forze dell'Ordine è importante annotare il nominativo di chi è presente. Nel caso in cui la donna arrivi accompagnata dal 118 l'infermiere di triage dovrebbe anche cercare di capire cosa è successo all'aggressore, quindi chiedere se sono intervenute le Forze dell'Ordine e se l'uomo è stato allontanato dal domicilio. Questi dati sull'aggressore sono fondamentali per la successiva gestione del rischio. Molto diversa è la situazione di rischio quando il maltrattante è rimasto nell'abitazione familiare o se è in stato di fermo o se è stato allontanato dal domicilio con un provvedimento urgente. Raccogliere le informazioni da parte di chi è intervenuto a domicilio o comunque nel luogo in cui è avvenuta l'aggressione, permette di iniziare a contestualizzare l'episodio e di aprire una finestra sull'ipotesi di maltrattamento. Alla luce di quanto sopra descritto la conduzione del momento dell'accoglienza per la sua complessità potrebbe rappresentare un punto di forza o al contrario una criticità che rischia di avere delle conseguenze sul percorso dell'assistenza alla vittima e sui successivi provvedimenti. La donna maltrattata è una donna traumatizzata che evidenzia un fortissimo bisogno di comprensione per via della sua marcata ipersensibilità. Se chi la deve proteggere, accogliere, curare e difendere, tradisce questa aspettativa, la traumatizza a sua volta, anche se in un modo diverso, non meno lesivo (un fallimento relazionale in quel momento può avere effetti devastanti). In sintesi l'operatore che effettua il "primo contatto" con la vittima, deve essere preparato ad accoglierla in modo efficace: riducendo i tempi di attesa; escludendo la presenza di terzi - anche di familiari - al colloquio e agli eventuali accertamenti; evitando risposte inadeguate del tipo: "torna a casa ... vedrai che si aggiusta tutto"; evitando banalizzazioni: "sicuramente non voleva farle così male..."; "in tutte le famiglie capita di litigare"; evitando un atteggiamento

giudicante e/o a volte accusatorio: “perché l’ha picchiata?”, “cosa ha fatto lei per farlo arrabbiare?”. Tali tipi di domande sono ostative all’instaurazione di una alleanza terapeutica perché tendono ad attribuire alla donna la responsabilità di quanto accaduto aumentando in lei il senso di colpa e la consapevolezza di non poter essere capita; evitando di razionalizzare, minimizzare o scusare chi fa violenza; evitando di raccomandare una terapia familiare né una mediazione familiare; evitando di insistere affinché interrompa la relazione (solo la vittima può prendere tale decisione); valutando l’eventualità di dover fare un progetto di protezione condiviso con la donna, stabilire un piano di tutela momentaneo, rivalutare i fattori di maggiore rischio e spiegare – o ricordare – alla donna il ciclo della violenza. Una domanda, che tra tutte, non deve mai essere posta è “come mai non lo lascia?” in quanto ancora una volta sposta il focus sulla donna considerata “responsabile” del suo destino, incapace di sottrarsi. È paradossale che le vittime debbano subire, oltre all’aggressione, anche dei pregiudizi negativi, colpevolizzanti per loro e de-colpevolizzanti per gli aggressori, pregiudizi frequenti purtroppo presenti anche tra gli operatori sanitari e le Forze dell’Ordine. Alla donna deve essere garantita: la privacy, la dignità e la riservatezza; la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, la possibilità di scegliere che cosa accettare o non accettare delle proposte di intervento, il rispetto dei suoi tempi (importante ricordare che ogni donna ha i suoi tempi ed è inutile, anzi controproducente cercare di forzare la situazione e costringerla a presentare una querela contro il maltrattante). Infine, è importante non standardizzare la storia della vittima, non dare per scontata la sua fuoriuscita dalla situazione violenta, non tentare di etero-dirigerla, non costringerla a dissimulare, producendo una relazione di sostegno destinata a fallire. Anche il progetto di uscita dalla relazione maltrattante deve essere condiviso, deciso insieme alla donna e non deve esserle imposto. La relazione professionale, fin dalla prima accoglienza si deve quindi caratterizzare per la condivisione e la partecipazione della donna. Bisogna restituire alla donna la possibilità di scegliere in modo autonomo, al contrario di quanto lei sperimenta nella relazione violenta in cui non ha alcun potere decisionale (ruolo attivo). Per l’operatore può essere estremamente facile cadere nella tentazione di considerare le donne maltrattate semplicemente “vittime” e quindi adoperarsi per assisterle, sostituendo ai diktat dei partner violenti un atteggiamento “assistenzialista” bonario e/o intransigente che non promuove, però, l’autonomia e l’autodeterminazione della donna. Sbagliato è praticare un’accoglienza basata su una spesso non consapevole proprietà transitiva: “è buono per la vittima quello che è buono per me, operatore”. Il primo obiettivo della vittima è di uscire dalla violenza che significa riprendere attivamente il controllo della propria vita (empowerment). La relazione maltrattante ha infatti privato la donna del potere e del controllo su di sé. Fondamentale è che l’operatore non si sostituisca alla donna, non decida per lei, per fare questo deve essere professionale, consapevole delle proprie modalità di aiuto e delle proprie istanze interne che vengono mobilitate nella relazione con la donna; può capitare come abbiamo detto di sentirsi impotenti di fronte al dolore ma può anche capitare di sentirsi onnipotenti e di voler “salvare” la donna, a volte anche contro la sua volontà. Avere coscienza dei propri limiti professionali come operatori sanitari è basilare per stabilire una corretta relazione terapeutica con le donne vittime di violenza. L’empatia non deve tramutarsi in un eccessivo coinvolgimento emotivo, ma è importante mantenere una corretta distanza relazionale, che consenta di interagire in modo efficace. L’infermiere di triage si occupa sia di assegnare il codice di priorità e di inserire i dati del paziente sul database (First-Aid), ponendo particolare attenzione sulla schermata dei dati socio-anagrafici relativi a: data di nascita, sesso, nazionalità, stato civile, situazione occupazionale, titolo di studio. Tali elementi permetteranno in un secondo momento l’elaborazione delle statistiche utili a promuovere strategie mirate contro la violenza, campagne di sensibilizzazione e di informazione, come anche ad indirizzare eventuali indagini dell’autorità giudiziaria. Inoltre all’infermiere di triage spetta il compito di compilare

L'apposita casella del dissenso alla diffusione di dati personali della paziente e la prima stesura della dinamica dell'evento, precisando il tipo di violenza subita (es. violenza sessuale, maltrattamenti, stalking etc.) e il profilo dell'aggressore (es: coniuge, partner convivente, partner non convivente, collega, datore lavoro, padre, madre, figlio etc.), preferibilmente specificando con nome e cognome. Al triage al codice di priorità opportuno, l'infermiere affianca il codice criptato "Codice Rosa", attivando in tal modo il Percorso Rosa, cosicché la paziente entro 20 minuti deve essere visitata dagli operatori sanitari e iniziare il " Percorso Rosa che garantisce la tempestiva presa in carico e l'attivazione del percorso di orientamento e di accompagnamento per l'uscita dalla violenza. A questo punto, sottopone il caso al medico di PS e agli infermieri dedicati, precedentemente prestabiliti sull'orario di servizio. Finito il triage la donna è accompagnata verso una stanza riservata all'interno del Pronto Soccorso: la Stanza Rosa. Questa è una sala visite dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza e il colloquio, la visita medica e le consulenze, alla quale possono accedere anche altri professionisti della rete come psicologi, assistenti sociali, personale del centro antiviolenza e delle forze dell'ordine. Durante l'accoglienza l'infermiere ed il medico che effettuano la presa in carico hanno il compito di rassicurare la donna sul fatto che ciò che dirà sarà riservato, entro i limiti previsti dalla legge, e che non verrà riferito né all'aggressore né a nessun altro senza il suo consenso. È necessario parlare con lei delle possibili implicazioni nel caso in cui la legge preveda una denuncia d'ufficio, considerando la sua sicurezza la massima priorità nella situazione. Nella stanza rosa la donna deve essere lasciata libera di raccontare l'accaduto secondo l'ordine logico e temporale che ritiene più opportuno. Ciò consente di evitare qualsiasi tipo di condizionamento nel racconto. Solo terminata la fase del racconto libero, dovranno comunque essere poste tutte quelle domande finalizzate a chiarire il racconto stesso. In ogni caso, nel porre le domande alla persona offesa, dovranno essere evitate domande suggestive, le domande dovranno tendere a verificare, con riferimento ai singoli episodi, la natura e le modalità delle violenze subite, con quale mezzo siano state realizzate (ad es. schiaffi, pugni), le espressioni usate, la loro frequenza qualora sia stata vittima di più azioni lesive, l'eventuale presenza di elementi di riscontro documentale (es pregresse certificazioni mediche, fotografie) ovvero testimoniali (con riferimento a persone presenti ai fatti ovvero ai quali i fatti sono stati riferiti), l'eventuale reazione intrapresa a fronte dei singoli episodi ovvero i motivi della mancata reazione.

Procedure di repertazione e catena di custodia

Nella stanza rosa la corretta repertazione delle tracce biologiche e la loro conservazione, il mantenimento della catena di custodia, la cristallizzazione mediante fotografie della lesività riscontrata sul corpo della donna, rappresentano un fondamentale strumento a garanzia della vittima stessa, in quanto utilizzabili e fruibili nel corso dell'eventuale iter giudiziario e fanno parte, come ribadito nelle Linee Guida Nazionali, dell'assistenza che necessariamente ogni vittima di violenza dovrebbe ricevere (DPCM del 24 XI 2017). E' infatti, proprio in queste prime fasi di raccolta e prelievo fino all'arrivo del campione in laboratorio (genetica forense, tossicologia forense, microbiologia, etc...) che si hanno le maggiori criticità in riferimento a possibili contaminazioni, degradazione della traccia biologica, etc... in quanto non vi è stata una corretta esecuzione del prelievo, corretta conservazione dello stesso e non mantenimento della catena di custodia.

Il percorso che si va a delineare, onde evitare quanto sopra, è ispirato ai seguenti principi:

- massima tutela della privacy della vittima

- massimo contenimento del numero di operatori interessati
- massimo contenimento degli spazi interessati dalle varie fasi del percorso
- massima limitazione delle possibili sorgenti di criticità di processo

Le Linee guida allegate al DPCM del 2017, recitano inoltre:

In caso di violenza sessuale è previsto da parte del personale sanitario:

- *“Ricerca e repertazione, nell’ambito della visita stessa, delle tracce di materiale biologico, avendo cura di adottare tutte le procedure capaci di evitare eventuali fenomeni di contaminazione (operatore reperto, reperto, ambiente-reperto, ecc.), qualora l’operatore sanitario sospetti l’ipotesi di un contatto tra liquidi biologici dell’aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell’epidermide, etc.) e corpo e/o indumenti della donna;*
- *Effettuazione, nel caso di evidenza o sospetto di violenza sessuale, previa adeguata comunicazione e consenso da parte della donna vittima di violenza, di accertamenti diagnostici tramite prelievo ematico o tampone mucosale (cervico-vaginale, rettale, uretrale), volti ad escludere o accertare la presenza di eventuali infezioni sessualmente trasmissibili di natura batterica (Sifilide, Gonorrea, Clamidia, altri), virale (HIV, Epatite B e C, Herpes Simplex, Mononucleosi), protozoaria (Tricomoniiasi) o micotica (Candidosi)”.*

Dal 1° gennaio 2012 c/o il Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio la maggior parte delle donne vittima di violenza (sessuale o domestica) hanno seguito due percorsi di repertazione delle tracce biologiche e loro conservazione e per tale motivo sono stati creati due KIT: uno per la violenza sessuale adulto e l’altro per la violenza non sessuale includendo casi di maltrattamenti, di violenza domestica, di delitti di odio e discriminazione.

Sia nei casi di violenza sessuale che non violenza sessuale è fondamentale descrivere le lesioni dettagliatamente, precisando le circostanze dell’episodio in base al racconto fatto dalla paziente. A tal fine è utile poter effettuare una fotografia delle lesioni e dei traumi. Da ciascuna fotografia deve essere possibile risalire in maniera univoca all’identità della vittima (ad esempio fotografare anche il braccialetto identificativo o il regolo forense accanto alla lesione) (Foto1-4).

Foto 1



Foto2



Foto 3



Foto 4



DA5 e presa in carico della vittima

Subito dopo il momento di cura erogato in Pronto Soccorso, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle donne vittime di violenza, nella stanza rosa, viene valutato il rischio di revittimizzazione per la presa in carico territoriale. Dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2016 al Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio è stato utilizzato dal personale medico e infermieristico un questionario di rilevazione e valutazione del rischio al fine della predisposizione di interventi di protezione chiamato “Fili e trame” del CAV Artemisia di Firenze [9] (Tabella 1); mentre dal 1° gennaio 2017 ad oggi è stata applicata per maggiore praticità, efficacia e celerità di somministrazione la Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5 (Tabella 2). Questo 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 agli operatori 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. Dopo l'inserimento della vittima nel percorso rosa e dopo un primo accertamento del danno si procede alla segnalazione all' Assistente sociale (AS) referente per il territorio della Piana o Valle Lucchese. Sarà cura dell' AS che fa parte dell'U.F. Attività Consultoriali coinvolgere nel più breve tempo possibile, tramite segnalazione scritta, i Servizi Sociali Comunali in presenza di donne con figli minori, con necessità di inserimento in “Casa Rifugio” o in strutture comunali e l'U.O. Assistenza Sociale Aziendale in presenza di donne con bisogni complessi che richiedono alta integrazione socio-sanitaria. L'AS valuta le risorse della vittima in riferimento alla sua rete sociale (famiglia, amici ect.) e le risorse territoriali. Il piano di emergenza risulta necessario in quelle situazioni dove si evidenzia un rischio alto e, in attesa di misure di protezione giuridica, si ritenga di dover allontanare dall'aggressore la vittima (ed eventualmente, se la vittima è una donna anche i figli minori). Il referente territoriale del servizio sanitario e

sociale impegnato nella risposta alle vittime di violenza opera in stretto contatto con enti, CAV e associazioni del privato accreditato coinvolti nei percorsi di sostegno e protezione nell'amb. territoriale lucchese. Nel caso in cui la donna si rivolga direttamente ai centri antiviolenza, sarà cura degli operatori dei centri stessi segnalare all'AS referente della zona al fine di avviare il percorso di presa in carico. L'AS referente prende contatto con gli operatori che hanno effettuato le prime valutazioni e con l'Autorità Giudiziaria, per capire se è stato avviato il percorso giudiziario (procedimento di ufficio o a querela di parte). Nel più breve tempo possibile incontra la vittima e gli operatori che hanno fatto la prima valutazione; a tal proposito, è auspicabile che la donna (specie se in presenza di minori) venga trattenuta in ospedale fino al primo contatto con l'AS; ciò permetterà una prima valutazione in un contesto rassicurante, accogliente e protetto, dove si potrà procedere all' "ascolto attivo" della narrazione da parte della vittima. La prima valutazione è finalizzata a capire se è necessario procedere all'inserimento urgente della paziente in struttura, casa protetta per donne maltrattate, comunità educativa per madri con figli o RSA in caso di anziana in stato di abbandono. Dopo il colloquio l' AS attiva la presa in carico avvalendosi dell'equipe multidisciplinare. L' equipe multidisciplinare si riunisce mensilmente per monitorare le situazioni di violenza e maltrattamenti viste in PS, anche perché potrebbero succedere ulteriori episodi.

RISULTATI e CONCLUSIONI

Analizzando i dati registrati durante i primi sette anni e quattro mesi di attività del Codice Rosa c/o la ex USL 2 Lucca, dal 1° gennaio 2012 al 1° maggio 2020, si comprende che le vittime sono: 85,8% adulti e 14,2% bambini. L'85,4% delle persone che hanno subito violenza nella categoria degli adulti è costituito da donne e il 14,6% da uomini (Grafico 1) dato che si discosta da quello del Codice Rosa regionale dell'undicesimo rapporto della violenza di genere in toscana (78% femmine e 22% maschi).

Spostando l'attenzione sulla distribuzione per cittadinanza (Grafico 2) abbiamo rilevato che la maggioranza delle donne che subiscono violenza risulta essere italiana per il 68,4% mentre la straniere rappresentano il 31,6%.

La maggioranza delle donne vittime di violenza (71,5%) hanno una età compresa tra i 18 ed i 49 anni; a seguire le donne fra 50-59 anni (12,5%) per poi avere il 10,5% dei casi sopra i 70 anni (Grafico 3).

Spostando il focus dal profilo e identikit delle donne all'evento violenza, si evidenzia che la percentuale di accessi "Codice rosa" di pazienti donne adulte per tipo di violenza è stata del 93,3% per maltrattamenti, del 3,8% per abusi e per il 0,9% per stalking (Grafico 4). I dati non si discostano da quanto emerso dai rapporti degli anni passati della violenza di genere in Toscana sul Codice Rosa.

La maggior parte delle donne che si sono rivolte ai nostri Pronto Soccorso subiscono violenze reiterate nel tempo e spesso hanno subito più di un tipo di violenza. Solo un quarto delle donne che si sono rivolte al nostro servizio ha subito un unico tipo di sopruso; più dettagliatamente il 24% delle vittime ha subito un unico tipo di violenza, il 57% delle vittime ha subito due tipi di violenza, il 13% sono vittime di tre tipi di violenza, il 3% ha alle spalle quattro o più tipi di violenza (Grafico 5).

Si può parlare di “violenza interpersonale” per spiegare la quasi totalità dei soprusi per i quali le pazienti si rivolgono al Codice Rosa. Con il termine di violenza interpersonale s’intende “ogni forma di violenza psicologica, fisica, economica, sessuale e di persecuzione attuata, tentata o minacciata, che ha comportato o meno un danno fisico e agita all’interno di una relazione intima, presente o passata”.

Considerando che spesso le vittime hanno alle spalle più tipi di violenza, per quanto riguarda il tipo di violenza subita dalle donne della nostra casistica risulta che l’abuso è per la maggioranza psicologico (81,8%), fisico (80,4%), economico (27%), economico (27%), stalking (15,2%) e sessuale (8,4%) (Grafico 6).

Le violenze avvengono prevalentemente in ambito domestico per l’89% dei casi mentre nell’11% dei casi avvengono a lavoro e fuori casa (Grafico 7).

Sono soprattutto le vittime del partner (il 52% dei casi) a subire più tipi di violenza. Infatti il partner si conferma il principale artefice della violenza, in modo particolare per le donne straniere e che non hanno un reddito fisso (42%). Alta è la percentuale (31%) delle donne che subiscono violenza dall’ex o da un partner con cui non dividono lo stesso tetto. Alcune forme di violenza (economica e fisica) avvengono tipicamente tra le mura domestiche e sono più presenti fra le donne straniere che si rivolgono al Codice Rosa per uscire da situazioni in cui il maltrattante è il partner. Lo stalking è una forma di violenza perpetrata soprattutto dall’uomo con cui si è conclusa, o si sta concludendo, una relazione, ed è più diffusa tra le italiane più passibili di violenza quando affrontano il momento della separazione dal partner (Grafico 8 e 9).

La violenza domestica coinvolge tutto il nucleo familiare: figlie e figli che vivono in ambienti in cui la madre o un’altra figura di riferimento subisce violenza, ne subiscono gli effetti. Il fenomeno è particolarmente rilevante: più della metà delle donne che si è rivolta al Codice Rosa Lucca (56% le italiane e 63% le straniere) ha almeno un figlio o una figlia. In questo caso si parla di violenza assistita (Grafico 10). In altri casi la violenza subita da bambine e bambini, ragazze e ragazzi, può essere anche diretta, cioè essi stessi possono essere destinatari di maltrattamenti. In entrambi i casi, le conseguenze sul loro benessere psico-fisico ed emozionale possono essere devastanti e il rischio di introiettare un modello relazionale e genitoriale vio-lento è estremamente alto.

Analizzando i dati della rilevazione e valutazione del rischio ai fini della predisposizione di interventi di protezione eseguita dal 1° gennaio 2012 al 31° dicembre 2016 con il test “progetto fili e trame” dell’Associazione Artemisia Firenze e confrontandola con quella del DA5 a partire dal 1° gennaio 2017 si è visto che i dati non discostano molto ma entrambi i metodi sono validi per identificare correttamente il rischio di re vittimizzazione della donna. (Grafico 11 e 12). Il DA5 risulta però per gli operatori del Pronto Soccorso un metodo più facilmente e velocemente somministrabile.

I servizi attivati sono stati per la maggior parte la rete (94,2%) e la protezione (8%) (Grafico 13)

I dati sulle denunce costituiscono solo la fotografia di un momento preciso all’interno di un percorso dinamico. Dal grafico 14, nel quale risulta che solo nel 27,6% dei casi è stata sporta denuncia, nel 70,3% non è stata sporta e nel 2% è stata addirittura ritirata, si evince che sussiste nella vittima la paura nei confronti dell’aggressore.

Il dato complessivo sulle denunce è più alto di quanto rilevato dall’Indagine Istat rispetto alla donne che hanno subito violenza: come più volte ripetuto, le donne che si rivolgono al Codice Rosa non sono un campione di quelle che subiscono violenza, ma sono donne che

hanno iniziato a maturare un processo di consapevolezza rispetto alla necessità di uscire dalla relazione violenta.

Dall'analisi dei grafici dove l'informazione sul tipo di violenza subita è messa in relazione con tre variabili: età, sesso e cittadinanza emerge che: sono le donne straniere a denunciare maggiormente la violenza perché spesso non hanno rete familiare a cui affidarsi; la violenza psicologica è la più diffusa, è direttamente correlata alla presenza di figli coinvolti nella violenza, inversamente proporzionale alla vicinanza in termini di legame intimo-affettivo che intercorre tra la vittima e il maltrattante, variabile che condiziona l'atteggiamento delle donne ancor più della gravità fisica dell'evento, condizionata da variabili di contesto quali presenza di reti, protocolli etc, più alta rispetto alla media delle donne che subiscono violenza, secondo quanto rilevato dall'indagine Istat 2014.

Dal 1° gennaio 2020 al 1° maggio 2020 sono drasticamente ridotti a un terzo gli accessi ai Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio di casi Codice Rosa (36 casi donne adulte). La violenza di genere è diventata un'emergenza nell'emergenza sanitaria COVID-19. Le misure restrittive necessarie per contrastare l'epidemia in atto hanno costretto le famiglie ad una convivenza ristretta e forzata che ha favorito l'emergere di conflittualità relazionali o aggravare quelle già esistenti, innalzando il pericolo dell'escalation di violenza che caratterizza le situazioni di violenza domestica. I dati sulla oggettiva diminuzione di richieste di aiuto e di denunce non possono essere interpretati come una riduzione dei casi di violenza domestica, ma devono al contrario preoccupare perché testimoniano la difficoltà a fare emergere il disagio in una condizione in cui il controllo da parte dell'abusante diviene maggiore e ancora più difficile da sfuggire; il diffondersi dell'epidemia ha sconsigliato l'accesso ai Pronto Soccorsi se non in caso di gravi condizioni sanitarie, e che quindi molti episodi di maltrattamento che potevano essere rilevati in questa sede sono diventati in questo momento invisibili. In contemporanea, sul nostro territorio, si è verificato un aumento del 59% di richiesta di aiuto al CAV di riferimento. Nel 28% dei casi si trattava di un primo contatto, ma un incremento significativo si è avuto da parte di donne che erano già seguite, poiché costrette a trascorrere la quarantena in casa con il maltrattante.

Al fine di garantire una adeguata assistenza del percorso donna e percorso per le vittime dei crimini d'odio, nel contesto dell'emergenza sanitaria per epidemia Covid-19 sono state individuate nel Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio alcune specifiche indicazioni che vanno ad integrare le procedure codice rosa già definite (DD n. 18586 del 13-11-2019). Nel rispetto delle procedure covid-19 anche in caso di dichiarata o sospetta violenza la persona è prima visitata in pre-triage per escludere una sospetta infezione; allo stesso modo in caso di lesioni la persona seguirà i percorsi covid previsti per le emergenze e ovviamente riceverà l'assistenza sanitaria sulla base delle indicazioni codice rosa; alla vittima viene garantito uno spazio riservato (stanza rosa). Rilevazione del rischio - la somministrazione del questionario per la rilevazione del rischio (DA5) il cui indicatore è utile al personale sanitario per proporre l'attivazione di un appropriato percorso di presa in carico territoriale, in questa fase emergenziale ha tenuto conto della esposizione ad una "prolungata convivenza forzata" con l'autore, che costituisce un fattore aggravante del rischio. L'indicazione è di rilevare la percezione di disagio e di paura espressa dalla vittima e di ricercare le adeguate misure di messa in sicurezza ed evitare il rientro nel domicilio. Informazioni alla vittima - nel caso in cui, tenuto conto anche degli ulteriori fattori di rischio legati a questa fase emergenziale, non sussistano le condizioni per un

allontanamento dal domicilio o la vittima non accetti un progetto di protezione è opportuno fornire alla vittima adeguate informazioni per sostenere eventuali nuove richieste d'aiuto. In generale informare che la Rete dei servizi anti violenza è attiva, in modalità che garantiscono gli standard di sicurezza. Nello specifico per le donne vittime di violenza è stato utile fornire le seguenti informazioni: chiamare il 1522 - oppure scaricare l'App per dialogare in sicurezza con le operatrici. Fornire i riferimenti territoriali lucchesi da contattare. Uscire di casa – è stata prevista la possibilità in deroga alle prescrizioni previste dalle misure restrittive per contenere la diffusione del Covid- 19 di uscire di casa per “stato di necessità” per recarsi ad un CAV, FFOO, Servizi Territoriali (Consultori, MMG, Servizi Sociali ecc). Consenso all'attivazione della Rete Territoriale Codice Rosa: è stato esplicitato che il primo contatto è di tipo telefonico e sono state condivise con la vittima eventuali indicazioni per garantirne la sicurezza. Consenso al percorso di protezione con allontanamento dal domicilio: l'obbligo di rispettare le disposizioni normative in materia di distanziamento sociale, introdotte per contenere il contagio, di fatto ha costituito un ostacolo per l'accoglienza delle vittime. Le donne che necessitavano di accoglienza in Casa Rifugio sono state tutte sottoposte a tampone naso-faringeo per la ricerca di COVID-19.

CONCLUSIONI

La violenza di genere ha un sommerso imponente (circa il 90%, confermato dai dati ISTAT per l'Italia) confermando la presenza nella vittima di una sorta di vergogna e/o consapevolezza della drammaticità e pericolosità di quanto ha subito, che spesso le impedisce di reagire denunciando. La violenza si manifesta in più occasioni nella vita delle donne: la metà di loro la colloca in almeno due fasi della propria vita. Il tipo di maltrattante varia a seconda della fase di vita: in età adulta è il partner o l'ex partner, nell'infanzia prevalentemente il padre. Il 20% delle donne ha vissuto in ambiti familiari violenti, dove la violenza era agita soprattutto verso la madre, le sorelle e i fratelli. Queste informazioni permettono di riflettere su come i modelli culturali di genere e quelli relazionali si intersechino e abbiano delle ricadute sulle singole traiettorie biografiche. L'apprendimento di determinati ruoli e modelli di genere è un processo continuo, che poggia su diversi piani. Tra questi vi è naturalmente anche quello della socializzazione al genere nella famiglia d'origine e di come nell'esperienza soggettiva tali modelli vengano interpretati, incorporati e abitati. L'apprendimento di come fare le maschilità e le femminilità, e dunque necessariamente anche quello di come intendere le relazioni e i rapporti tra generi in ambito familiare e relazionale, se non adeguatamente affrontato e problematizzato, può contribuire alla normalizzazione della violenza che diviene una modalità relazionale appresa, accettabile, imitabile e ripetibile, non solo dal punto di vista di chi la agisce. La situazione socioeconomica è un dato importante per capire quali siano gli interventi necessari per agevolare il percorso di uscita delle donne. L'instabilità economica è un elemento altamente frenante per decidere di uscire da una relazione violenta, a prescindere dal livello culturale o dal benessere del nucleo familiare: discriminante è la possibilità di contare su una propria autonomia economico-finanziaria. Circa il 45% di donne italiane e oltre il 65% di quelle straniere non può contare su un'occupazione stabile. Il Codice Rosa è nato grazie alla particolare sensibilità e all'impegno di alcuni professionisti, che trovandosi frequentemente ad affrontare realtà di violenza, hanno deciso di istituire un progetto che potesse contribuire alla risoluzione del problema e offrire un aiuto efficace alle vittime.

Dietro il velo emozionale dell'esperienza si nasconde uno studio approfondito, con un attento esame delle criticità, delle azioni già attuate contro la violenza che il Codice Rosa si propone di migliorare.

Uno dei motivi che ha portato alla costruzione del progetto è stato l'aver notato una pluralità di punti di accesso delle vittime di violenza (es. ai consultori, al Pronto Soccorso; alle forze dell'ordine, ai Centri antiviolenza etc.), che rischiava di non assicurare il riconoscimento tempestivo dei casi di violenza o un'adeguata presa in carico della donna. Inoltre mancava un'approfondita rilevazione del fenomeno in uno dei principali canali di accesso delle vittime di violenza: il Pronto Soccorso.

Con l'attivazione del Codice Rosa, gli operatori del Pronto Soccorso vengono sensibilizzati e formati ai fini del riconoscimento precoce dei casi di sospetta violenza.

Un ruolo chiave nell'emersione del fenomeno violenza è svolta dall'Infermiere. L'Infermiere di triage è la prima figura che si interfaccia con la donna al suo arrivo al Pronto Soccorso e solo un'accoglienza adeguata permette alla vittima di aprirsi e raccontare quanto accaduto realmente. L'infermiere è colui che segue la paziente in tutto il percorso intraospedaliero, la cura e la sostiene psicologicamente durante l'esame fisico e strumentale creando un primo guscio di protezione che la aiuta ad affidarsi alla rete e la spinge in un secondo momento alla denuncia.

La sensibilizzazione del Pronto Soccorso ha costituito un importante supporto alle azioni già svolte dai Centri Antiviolenza per quanto riguarda la violenza di genere, ma anche una tutela ancora più efficace della vittima, migliorando la refertazione e la raccolta delle prove (che non faccia cadere l'accusa nei casi in cui si arrivi alla fase processuale).

Il Codice Rosa ha inoltre permesso il riconoscimento di casi di violenza che prima rimanevano nel sommerso perché le vittime non raccontavano la verità per vergogna, ignoranza dei percorsi di aiuto o paura di vittimizzazione secondaria.

Analizzando i dati raccolti dal 1° gennaio 2012 al 1° maggio 2020 di Codice Rosa presso la ex Azienda USL 2 Lucca si è evidenziato come sia aumentato significativamente il numero dei casi notificati e il numero dei casi che inizialmente erano stati etichettati come infortuni accidentali, risultati essere poi infortuni secondari a violenza.

Grazie al Percorso Rosa il fenomeno violenza viene gradualmente sottratto al sommerso: si verifica quello che viene definito "il magico effetto domino". Il miglioramento del percorso antiviolenza non si traduce – nel breve periodo- in una riduzione dei casi di violenza di genere, i quali al contrario aumentano vistosamente di numero proprio per l'emersione del fenomeno.

Possiamo concludere che il Protocollo Codice Rosa può essere semplicemente riassunto come *ascolto* attento nei confronti di coloro che arrivano al Pronto Soccorso e *lavoro d'équipe* che motiva e sviluppa la possibilità di accogliere, riconoscere e curare.

Il Codice Rosa include una modalità di lavoro che attiva una rete già esistente; raccorda e potenzia l'azione dei diversi soggetti inter-istituzionali; semplifica e migliora procedure, evita ripetizioni, rende più efficace la raccolta delle fonti di prova; tutela la privacy delle persone e semplifica percorsi di cura in ospedale; inoltre migliora la presa in carico a livello territoriale.

La violenza perpetrata contro le donne è un fenomeno largamente diffuso, ma sottostimato e misconosciuto sia dall'ambiente medico che sociale. L'entità di tale problema non è del tutto nota non solo in Italia, ma anche a livello mondiale, sia per la scarsità di denunce, sia per l'incapacità degli operatori sanitari, che non sono preparati ad individuare tempestivamente i segni di abuso.

Il maltrattamento può ovviamente realizzarsi non solo attraverso una condotta attiva, ma anche con una condotta omissiva, per questo la mancata rilevazione di casi, il silenzio e la

mancata denuncia rendono il medico e la società non meno colpevoli del responsabile dell'abuso.

L'abuso, di qualsiasi forma esso sia, determina confusione e destabilizzazione nella personalità di chi lo ha subito, causando nel tempo l'insorgenza di disturbi patologici.

Per questo motivo è fondamentale innanzitutto prendere coscienza dell'esistenza del problema e contrastarlo attraverso programmi di sensibilizzazione e di formazione per la diagnosi, di riabilitazione e di assistenza della donna vittima della violenza.

Inoltre occorre impegnarsi a livello sociale offrendo sostegno alle famiglie a rischio, che si trovano in situazioni più fragili sia sul piano sociale (es. precarietà economica, livello culturale) sia sul piano psicologico.

La prevenzione degli abusi sulle donne è molto importante, viste anche le conseguenze che essi possono avere [10]. Gli abusi, infatti, possono comportare costi sociali diretti e indiretti. Tra i primi vanno annoverate le procedure di giustizia penale, l'assistenza ospedaliera, i programmi di prevenzione, di educazione e di ricerca. Tra quelli indiretti ci sono una ridotta produttività, la minore qualità della vita, le sofferenze emotive, la perdita di fiducia e autostima, l'invalidità e i decessi prematuri, la dipendenza da alcolici e farmaci, i disordini cronici dell'alimentazione e le tendenze suicide.

La violenza di genere intende indicare tutte quelle forme di violenza agite dagli uomini contro le donne in cui l'elemento 'genere' (l'essere donna per chi la violenza la subisce, l'essere uomo per chi l'agisce) costituisce un elemento fondamentale della relazione violenta. La violenza contro le donne non soltanto come violenza tout court, e quindi come un problema non soltanto inerente alla loro sicurezza ed incolumità fisica e psicologica: essa è anche una gravissima forma di discriminazione e una violazione dei diritti fondamentali alla vita, alla libertà, alla sicurezza, alla dignità, all'integrità fisica e mentale, nonché all'uguaglianza tra i sessi.

La violenza contro le donne riguarda quindi i diritti umani fondamentali, quelli delle donne. In secondo luogo, tenere ben presente la specificità del fenomeno della violenza contro le donne rispetto ad altre forme di violenza ci permette di iscrivere tale fenomeno nella più ampia cornice della cultura ancora fortemente sessista e discriminatoria che permea e governa la nostra società e le relazioni tra i suoi membri. La violenza contro le donne è in larga parte un problema di cultura, nel senso che da una parte riflette e dall'altra rafforza le profonde disuguaglianze e i diversi ruoli che la società affida all'uomo e alla donna in virtù del loro sesso alla nascita. Comprendere questa stretta relazione rende il problema della violenza contro le donne un problema di tutti, non solo in quanto fenomeno sociale diffuso e quindi in capo alla collettività, ma anche in quanto manifestazione esasperata di un più strisciante svilimento del femminile che si manifesta attraverso l'oggettificazione del corpo, la limitazione dell'individualità, visibilità e autorevolezza delle donne nella vita economica e politica, ma anche – e soprattutto – nelle mille sfaccettature della vita familiare e delle relazioni affettive.

BIBLIOGRAFIA

[1] Krug EG., Mercy JA., Dahlberg LL, Zwi AB. *The World report on violence and health*. The Lancet 2002;360:1083-1088.

[2] Romito P.2005 *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano

[3] Oddone, C.2017 *Tutti gli uomini lo fanno. Il ruolo della violenza nella costruzione sociale della maschilità: il punto di vista dei maltrattanti*, in AG About Gender, Rivista Internazionale di Studi di Genere, Vol 6, N° 11 (2017)

[4] García-Moreno, Claudia, et al. *The health-systems response to violence against women*. The Lancet 385.9977 (2015): 1567-79.

[5] Kiss L, Schraiber LB, Hossain M, Watts C, Zimmerman C. *The Link Between Community-Based Violence and Intimate Partner Violence: the Effect of Crime and Male Aggression on Intimate Partner Violence Against Women*. Prevention Science. 2015;16(6):881-889. doi:10.1007/s11121-015-0567-6.

[6] World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization (2013).

[7] Del Giudice G, G. Barbara, and Adami C. *I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto*. 2001: 185-203.

[8] Luberti R., Pedrocco Biancardi M.T., (a cura di)2005 *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Franco Angeli, Milano

[9] Bruno S.T.,2010 *La rilevazione e valutazione del rischio presupposto per intervenire in modo efficace. Gli indicatori di rischio*, in – *Fili e Trame: la violenza intrafamiliare verso donne e bambini, costruzione di rete e integrazione degli interventi* - Litografia IP Firenze

[10] Intervita 2013 *Quanto costa il silenzio*, Intervita, Milano

SITOGRAFIA

Garvin P., Brunori S. (a cura di) 2018 Decimo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Vol 1 - Un'analisi dei dati dei centri antiviolenza, Vol. 2 – Le porte aperte. Percorsi di uscita dalla violenza tra risorse individuali e lavoro dei Centri antiviolenza e delle Istituzioni in Toscana, Osservatorio Sociale Regione Toscana

Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 24 novembre 2017 (18A00520) (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/sg>

Istat:

2015a La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014, www.istat.it/it/archivio/161716

2015b Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2014, www.istat.it/it/archivio/174864

2016 Rapporto Bes 2016: il benessere equo e sostenibile in Italia, Roma

2016 I tempi della vita quotidiana. Report Istat, www.istat.it/it/files/2016/11/Report_Tempdivita_2014.pdf

ISTAT La violenza sulle donne. <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

<https://www.regione.toscana.it> Undicesimo rapporto sulla violenza di genere in Toscana

Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia – CISMAI. <https://cismai.it>

Dipartimento per le Pari Opportunità. Presidenza del Consiglio dei Ministri <http://www.pariopportunita.gov.it/controla-violenza-sessuale-e-di-genere/>

Ministero della salute. Salute della donna. Violenza sulle donne <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa>

Associazione Nazionale D.i.Re “Donne in Rete contro la violenza” <https://www.direcontrolaviolenza.it/>

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011 <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-conventions/rms/09000016806b0686>

WHO. Violence against women <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/en>

Sito istituzionale su HIV/AIDS e IST gestito dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio comportamentale, Comunicazione e Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive,

Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute <https://www.uniticontrolaids.it/>

Women as victims of partner violence –Justice for victims of violent crime, Part IV <https://fra.europa.eu/en/publication/2019/justice-victim-crime-women>

www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm

www.un.org/ga/58/index.html

www.un.org/esa/socdev/wssd/index.html

www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm

www.un.org/millennium/summit.htm

Codice Penale Italiano, Articoli 570, 571, 572, 591, 643.
Protocollo approvato con Delibera 495 del 13 giugno 2011
LR n°41 del 24/02/05
LR n°59 del 16/11/07
PR Toscana 2008-2010

Linee guida AOGOI formulate dal Gruppo Nazionale Donne e Violenza

Linee Guida “Gruppo di lavoro per l’abuso e il maltrattamento dell’infanzia” coordinato da Dott.ssa Giolito “ L’abuso sessuale nei bambini prepuberi Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata”. Ministero della Salute della Repubblica Italiana 2010

OMS, "Violence against women", consulenza OMS, Ginevra 5-7 febbraio 1996

Linee Guida Ge.F.I. per la Repertazione di tracce biologiche per analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento.

SIMaST Società Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Sessualmente Trasmissibili-
LINEE PER IL CONTROLLO E LA PROFILASSI IST DELL’ABUSO SESSUALE
DELL’ADULTO E DEL MINORE

PROTOCOLLO D’INTESA PER L’ATTUAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO
GIURIDICO-FORENSI NELLA RETE REGIONALE CODICE ROSA tra la Regione
Toscana e la Procura Generale, le Procure della Repubblica del Distretto della Corte
d’Appello di Firenze e la Procura della Repubblica per i Minorenni di Firenze Settembre
2018.

GTFI- Gruppo Tossicologi Forensi Italiani- LINEE GUIDA PER LE STRUTTURE
DOTATE DI LABORATORI PER GLI ACCERTAMENTI DI SOSTANZE D’ABUSO
CON FINALITA’ TOSSICOLOGICO-FORENSI E MEDICO-LEGALI SU
CAMPIONI BIOLOGICI PRELEVATI DA VIVENTE 2017.

TABELLE

TABELLA 1: Rilevazione e valutazione del rischio del Progetto fili e trame

	Modulo C						
<p>Progetto Fili e Trame</p> <p>RILEVAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO AI FINI DELLA PREDISPOSIZIONE DI INTERVENTI DI PROTEZIONE.</p> <p>CAMPI DI INDAGINE</p>							
Codice donna:							
Codice Figlio:							
Tipo struttura							
<p>1. Descrizione ultimo episodio di aggressione fisica (L=LIEVA M=MEDIA G=GRAVE)</p>							
Data	Presenza dei figli	Presenza di terzi	L-M-G	Lesioni	Referto prognosi		
				Al volto <input type="checkbox"/> Alla testa <input type="checkbox"/> Al torace <input type="checkbox"/> agli arti <input type="checkbox"/> Ferite da taglio <input type="checkbox"/> Ferite da arma da fuoco <input type="checkbox"/>			
<p>2. descrizione episodio più grave di aggressione fisica</p>							
Data	Presenza dei figli	Presenza di terzi	L-M-G	Lesioni	Referto prognosi		
				Al volto <input type="checkbox"/> Alla testa <input type="checkbox"/> Al torace <input type="checkbox"/> agli arti <input type="checkbox"/>			

				Fenite da taglio <input type="checkbox"/>	
				Fenite da arma da fuoco <input type="checkbox"/>	

3. frequenza aggressioni nelle quattro ultime settimane

Data	Presenza dei figli	Presenza di terzi	L-M-G	Lesioni	Referto prognosi
				Al volto <input type="checkbox"/>	
				Alla testa <input type="checkbox"/>	
				Al torace <input type="checkbox"/>	
				agli arti <input type="checkbox"/>	
				Fenite da taglio <input type="checkbox"/>	
				Fenite da arma da fuoco <input type="checkbox"/>	

4. frequenza in passato

Data	Presenza dei figli	Presenza di terzi	L-M-G	Lesioni	Referto prognosi
				Al volto <input type="checkbox"/>	
				Alla testa <input type="checkbox"/>	
				Al torace <input type="checkbox"/>	
				agli arti <input type="checkbox"/>	
				Fenite da taglio <input type="checkbox"/>	
				Fenite da arma da fuoco <input type="checkbox"/>	

5. aggressioni in gravidanza SI NO

Circostanze in cui solitamente avvengono le aggressioni:

6.Indicatori di previsione dei livelli di rischio.

	ULTIME 4 SETTIMANE	NEL PASSATO	FONTE DELL'INFORMAZIONE
1. la donna si fida di mere per la propria vita			
2. aggressioni nei confronti di altri componenti della famiglia			
3. aggressioni nei confronti di congiunti o conoscenti			
4. violazioni di disposizioni penali e/o di condizioni di affidamento al servizio sociale			
5. violento nei confronti dei bambini			
6. problemi occupazionali dell'aggressore.			
7. uso o dipendenza da sostanze dell'aggressore			
8. recente minaccia o ideazione di suicidio o suicidio/omicidio *			
9. segnali di grave malattia mentale (gelosia ossessiva, mania, allucinazioni, depressione grave, rabbia cronica)*			
10. precedenti aggressioni fisiche/ sessuali/ con armi nei confronti della partner o ex partner *			
11. possiede armi/ ha accesso ad armi *			
12. le aggressioni e le minacce sono aumentate in gravità e si sono intensificate nelle ultime 4 settimane			
13. dice di non poter vivere senza donna, la pedina e la molesta (anche dopo la separazione)*			
14. la donna ha riportato lesioni gravi e/o gravissime (fratture/ ferite da taglio slogatura/ ecc.)*			
15. la donna programma di lasciarlo o di separarsi nel prossimo futuro e/o l'aggressore sa che ha chiesto aiuto esterno per porre fine alla violenza. *			

7.valutazione rischio

RISCHIO DI SUBIRE VIOLENZA SE NON VENGONO ATTUATE AZIONI/MISURE DI PROTEZIONE	VALUTAZIONE DELLA DONNA			VALUTAZIONE DELL'OPERATRICE		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Immediato						
Nei prossimi due mesi						
Oltre i due mesi						
Rischio di escalation della violenza						
Rischio di aggressioni gravi o letali						
Rischio di violenza/abuso sessuale sui figli						

Osservazioni e valutazioni conclusive

Piano di emergenza proposto e/o concordato

Invio ad altra struttura

Denominazione struttura:
Indirizzo:
contatti:

Interventi attivati

Interni	
Esterni	

TABELLA 2. Indicatore DA5

Rischio di re-vittimizzazione: Indicatore DA5

Rilevazione rischio recidiva severa				
Intimate Partner Violence Danger Assessment - Valutazione breve del rischio al Pronto Soccorso				
1. Negli ultimi 6 mesi è aumentata in frequenza o gravità la violenza fisica?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
2. (l'aggressore) Ha mai usato un'arma o ti ha minacciato con un arma?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
3. Credi sarebbe capace di ucciderti?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
4. Sei mai stata picchiata da lui/lei mentre eri incinta?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
5. E' violento/a e costantemente geloso/a di te?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

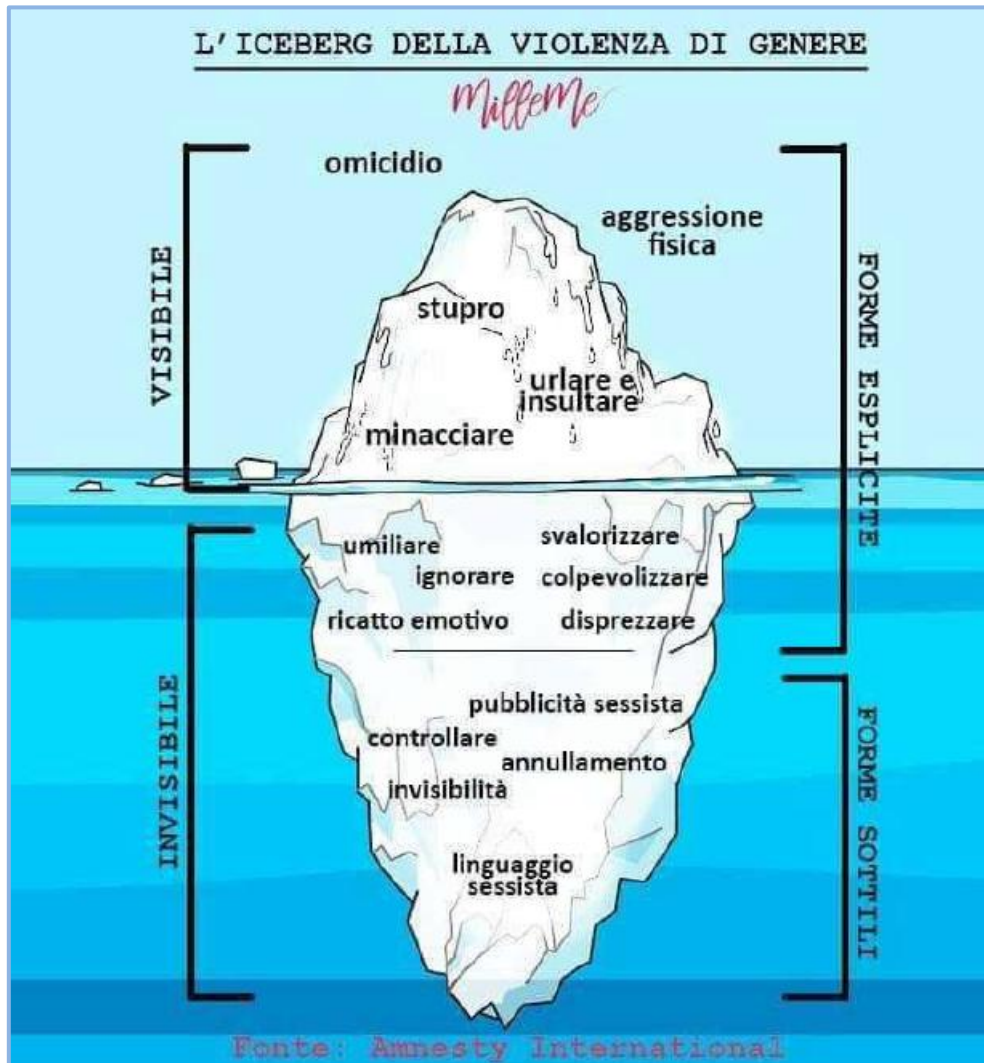
La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità del 83% e denota un rischio elevato.

Firma del Medico
Pronto Soccorso

Firma del paziente

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Iceberg della violenza di genere



ALLEGATO 1: Articoli del Codice Penale Italiano

FATTO	VITTIMA	REATO del codice penale	PROCEDIBILITÀ	OBBLIGO DI DENUNCIA/ REFERTO
Lesioni personali per fatto doloso	Prognosi superiore ai 20 giorni	Art.582	ufficio	SI
Lesioni personali per fatto doloso	Prognosi non superiore ai 20 giorni	Art. 582	Querela entro tre mesi	NO
Lesioni personali per fatto doloso con armi o sostanze corrosive o venefiche	Prognosi non superiore ai 20 giorni	Art. 582, 585	ufficio	SI
Lesioni personali per fatto doloso	Se è finalizzato a commettere un altro delitto (per esempio la violenza sessuale o una rapina etc) o in occasione della commissione dei delitti di violenza sessuale, maltrattamenti, prostituzione minorile, pornografia minorile	Art. 582-576 I comma nr. 2 art.582-art.576 n.5	ufficio	SI
Lesioni personali per fatto doloso	Se commesso dall'autore del delitto di cui all'art. 612 bis C.P. nei confronti delle medesime persone	Art. 582-576 n.5.1	ufficio	SI
Lesioni personali stradali gravi o gravissime		Art.590 bis	ufficio	SI

FATTO	VITTIMA	REATO del codice penale	PROCEDIBILITÀ	OBBLIGO DI DENUNCIA/ REFERTO
Lesioni personali per fatto colposo	Gravi ex art.583.1 (ad esempio con prognosi superiore ai 40 giorni) o gravissime ex art. 583.2 (ad esempio se ne deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile	Art. 590	Querela, eccetto se i fatti sono commessi con la violazione delle norme per la prevenzione degli infortun sul lavoro o per l'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale	No salve eccezioni
Pratiche mutilazione degli organi genitali femminili		Art. 583 bis	ufficio	SI
Maltrattamenti	Parente, familiare, convivente o affidato per educazione, cura, vigilanza, istruzione	Art. 572	Ufficio	SI
Violenza sessuale con violenza sessuale ovvero con abuso di autorità ovvero con abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica o con sostituzione di persona	Maggiore di anni 18	Art.609bis	Querela entro 12 mesi (irrevocabile)	NO

FATTO	VITTIMA	REATO del codice penale	PROCEDIBILITÀ	OBBLIGO DI DENUNCIA/ REFERTO
Violenza sessuale con violenza o minaccia ovvero con abuso di autorità ovvero con abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica o con sostituzione di persona commessa da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni	Maggiorenne/minorenne	Art. 609 bis	ufficio	SI
Violenza sessuale con violenza o minaccia ovvero con abuso di autorità ovvero con abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica o con sostituzione di persona commessa con reato procedibile d'ufficio (ad esempio atti osceni o maltrattamenti in famiglia)	Maggiorenne/minorenne	Art. 609 bis +(ad esempio art. 572)	Ufficio	SI