



Dipartimento
Scienze Giuridiche ed Economiche

UnitelmaSapienza

Università degli Studi di Roma

Project Work del Master in
Infermieristica Forense

L'infermiere di triage e le vittime di violenza

Relatore
Prof. Leonardo Bugiolacchi

Candidato
Antonio Francesco Lanzino
Matricola N. 065761

A.A. 2019/2020

Indice

Capitolo primo	Pag.3
La Violenza	
1.1 La violenza, aspetti generali e statistici	
1.2 Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla violenza contro le donne	
Capitolo Secondo	Pag.9
L'infermiere di triage	
2.1. Il triage	
2.2. Chi è l'infermiere di triage	
2.3. Percorso formativo	
2.4. Funzioni e competenze	
2.5. Responsabilità dell'infermiere di triage	
Capitolo Terzo	Pag.19
Il triage infermieristico alla vittima di violenza	
3.1. Accoglienza	
3.2. Ascolto	
3.3. Esame fisico	
3.4. Sicurezza ed aiuti extraospedalieri	
Capitolo Quarto	Pag.27
Il Codice Rosa	
4.1 Scopo	
4.2 Visita Medica	
4.3 Visita Psicologica	
4.4 Visita Ginecologica	
Capitolo Quinto	Pag.33
Il Codice Rosso	
Capitolo Sesto	Pag.41
Promozione della non-violenza sulle donne	
6.1. Fondazione Roberta Lanzino ONLUS	
Conclusioni	Pag.48
Bibliografia e Sitografia	



Capitolo primo

La Violenza

1.1 La violenza, aspetti generali e statistici

L'OMS, definisce la violenza come: "The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation." ovvero "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la 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" distinguendo tra:

- *Violenza sessuale*: si riferisce alla costrizione al rapporto sessuale tramite minacce, sopraffazione o uso della forza fisica, rapporti sessuali subiti contro la volontà oltre alla costrizione ad avere rapporti sessuali con altri;

- *Violenza fisica*: s'intendendo aggressioni che implicano l'uso della forza fisica. Questo tipo di violenza può includere una vasta gamma di maltrattamenti che possono andare da un semplice spintone all'omicidio e che possono causare lesioni o gravi danni fisici. Sono quindi inclusi: schiaffi, percosse, spintoni, calci, torsione di braccia, morsi, accoltellamento, strangolamento, soffocamento, bruciature e minacce con un oggetto o un'arma;

- *Violenza psicologica*: può includere vari tipi di condotte quali minacce di abbandono o di maltrattamenti, isolamento in casa, intimidazione di allontanamento dei figli, separazione dalla precedente rete familiare e/o amicale, offese ed insulti anche in pubblico, aggressione verbale e continue offese, privazioni anche economiche, sorveglianza ossessiva sui luoghi o sulle persone frequentate dalla donna.

- *Violenza sessuale*: secondo la definizione del Codice penale italiano, la costrizione mediante violenza o minaccia a compiere o subire atti sessuali quindi qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica.

- *Violenza economica*: comportamenti tesi ad ostacolare la ricerca dell'indipendenza economica della vittima per poterla controllare implicitamente. Esempio: impedire la ricerca di un lavoro, controllo/privazione dello stipendio, mancato adempimento degli impegni economici accettati con il matrimonio.

- *Violenza spirituale*: distruzione dei valori e della fede religiosa, mancanza di rispetto verso di essi, costrizione a condotte che vanno contro alle sue credenze.

- *Stalking*: atti persecutori per affliggere la vittima attraverso la persecuzione, provocandole uno stato d'ansia e paura che va a compromettere il normale svolgimento della vita quotidiana della persona.

Si riporta e si sintetizza nelle tabelle sottostanti le tipologie di maltrattamenti ed altre tipologie di violenza.



TIPOLOGIA DI MALTRATTAMENTI (C.P. art.572)	
Maltrattamento in famiglia	C.P. Art. 572 <u>Maltrattamenti in famiglia</u> : “Chiunque maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte...”.
Violenza	Uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, da cui conseguono o hanno un'alta probabilità di conseguire lesioni, morte, danni psicologici, compromissione dello sviluppo o deprivazioni (OMS 2002).
Violenza sessuale	Contatto sessuale di ogni tipo; C.P. <u>Art. 609 bis</u> “Chiunque, con violenza, minaccia o abuso di autorità costringe taluno a compiere o a subire atti sessuali...”.

TIPOLOGIA DI MALTRATTAMENTI (C.P. art.572)	
Violenza nell'ambito di strutture istituzionali	Eccessiva somministrazione di farmaci o privazione di medicinali necessari, abuso di contenzione fisica.
Abuso Fisico	Danni fisici (schiacci, ustioni, legatura, traumi con oggetti contundenti e da taglio, stratonamenti, spinte, tentativi di soffocamento, strozzamento e strangolamento, etc.).
Abuso Emotivo o Psicologico	Sopraffazione verbale, umiliazione, intimidazione, minacce, isolamento, valorizzazione.
Abuso Finanziario	Uso illegale o improprio di beni della persona senza il suo consenso per il beneficio di un altro. Rientrano in questa categoria: furti, estorsioni, eredità anticipate, firme forzate, deprivazione dello stipendio, esclusione dalla gestione degli introiti familiari.
Neglect	Assenza di assistenza quotidiana, negazione dei bisogni fisiologici e dei servizi (negazione di cibo, servizi di salute), dimenticanza, omissione, deprivazione di affetto.
ALTRE TIPOLOGIE DI VIOLENZA	
Autolesionismo	Comportamento che implica il procurare consciamente o meno danni rivolti alla propria persona
Mobbing	Insieme di comportamenti aggressivi di natura sia fisica che verbale esercitati da una persona o da un gruppo di persone nei confronti di altri soggetti in ambito lavorativo.
Stalking	C.P. <u>Art. 612 bis Atti persecutori (Stalking)</u> . Insieme di comportamenti persecutori ripetuti (minacce, molestie, appostamenti, pedinamenti, telefonate oscene etc.) che inducono nella vittima uno stato di ansia e paura compromettendo il normale svolgimento della vita quotidiana.

Uno dei documenti più importanti inerente alla violenza sulle donne è la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (adottata senza voto da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite con la risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993 Istanbul), culminata nella Conferenza di Vienna sui diritti umani. La Dichiarazione fornisce per la prima volta una definizione ampia della violenza contro le donne, così definita:

- Articolo I: l'espressione "violenza contro le donne" significa ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata.
- Articolo II: la violenza delle donne dovrà comprendere, ma non limitarsi, a quanto segue:



la violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse percosse, l'abuso sessuale nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legata allo sfruttamento.

Secondo il rapporto pubblicato dall'OMS, London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, la violenza fisica e sessuale è un problema sanitario che colpisce un terzo delle donne nel mondo. Questo rapporto, dal titolo "Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti", è uno dei primi studi che esamina i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello mondiale, perpetrata sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti ed evidenzia il dovere di tutti di operare insieme per abolire ogni forma di tolleranza verso la violenza femminile e per favorire il sostegno offerto alle vittime di questa esperienza. Il rapporto descrive le conseguenze sulla salute fisica e mentale delle donne vittime di atti di violenza. Le conseguenze possono variare da fratture a gravidanze indesiderate, dai disturbi mentali ai rapporti sociali danneggiati. Nello specifico vengono indicate:

- *Conseguenze fisiche*: includono lesioni addominali toraciche e cerebrali, scottature, fratture, lacerazioni ed invalidità a volte permanenti;
- *Conseguenze psicologiche e comportamentali*: possono includere l'abuso di sostanze quali alcol, droghe e fumo, insorgenza di depressione e ansia, disturbo post traumatico da stress, disordini alimentari e del sonno, deficit dell'attenzione, iperattività, pensieri di autolesionismo fino al tentato suicidio;
- *Conseguenze sessuali*: gravidanze indesiderate, complicanze in gravidanza, aborti, disturbi ginecologici, dolore pelvico cronico, HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili;
- *Conseguenze croniche*: artrite ed asma, cancro, disturbi cardiovascolari, diabete, problemi renali ed epatici, infarto.

In uno studio condotto dall'ISTAT nel 2014, il fenomeno della violenza sulle donne continua ad essere grave e diffuso, il rapporto mostra che 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). Le donne subiscono anche molte minacce (12,3%). Spesso sono spintonate o strattonate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%). Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%). Sono meno frequenti invece 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 quelle fisiche (15,6%), i rapporti indesiderati vissuti come violenze (4,7%), gli stupri (3%) e i tentati stupri (3,5%). Inoltre, il rapporto indica che 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. Gli sconosciuti sono autori soprattutto di molestie sessuali (76,8% fra tutte le violenze commesse da sconosciuti). Le violenze subite dalle donne sono spesso gravi o molto gravi, e infatti nel 37,8% dei casi la donna ha subito lesioni, mentre la violenza ha avuto un esito molto grave nel 44,7% dei casi,



percentuale che raggiunge il 59,4% se si è subito uno stupro o un tentato stupro. A seguito delle ripetute violenze dai partner (attuali o precedenti), più della metà delle vittime soffre di perdita di fiducia ed autostima (52,75%). Tra le conseguenze sono molto frequenti anche ansia, fobia ed attacchi di panico (46,8%), disperazione e sensazione di impotenza (46,4%), disturbi del sonno e dell'alimentazione (46,3%), depressione (40,3%), nonché difficoltà a concentrarsi e perdita della memoria (24,9%), dolori ricorrenti nel corpo (21,8%), difficoltà nel gestire i figli (14,8%) e infine autolesionismo o idee di suicidio (12,1%). Nonostante la gravità, risulta che il 23,5% delle donne non parla con alcuno della violenza subita dai partner precedenti, quota che aumenta al 39,9% nelle violenze da partner attuale. Se la donna decide di parlare della violenza subita lo fa prevalentemente con amici (35%), familiari (33,7%) o altri parenti (11,2%), ma anche con agenti delle forze dell'ordine, avvocati o magistrati (6,7%), colleghi o superiori (1,5%), medici o infermieri (1,4%), operatori del pronto soccorso (1,2%), assistenti sociali (1,1%). Oltre ciò il 3,7% si è rivolta a un centro antiviolenza o a un servizio per il supporto delle donne e il 12,3% ha denunciato la violenza alle forze dell'ordine. Tra le donne che hanno subito violenza, tuttavia, il 12,8% non sapeva dell'esistenza dei centri antiviolenza o dei servizi o sportelli di supporto per le vittime.

Il nostro sistema sanitario mette a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, socio-sanitari e socio-assistenziali, anche attraverso strutture facenti capo al settore materno-infantile, come ad esempio il consultorio familiare, al fine di assicurare un modello integrato di intervento.

Uno dei luoghi in cui più frequentemente è possibile intercettare la vittima è il Pronto Soccorso.

E' qui che le vittime di violenza, a volte inconsapevoli della loro condizione, si rivolgono per un primo intervento sanitario. Nello specifico, presso alcuni Pronto soccorso in Italia si sta sperimentando un percorso speciale per chi subisce violenza, contrassegnato da un *codice rosa*, o uno spazio protetto, detto *stanza rosa*, in grado di offrire assistenza dal punto di vista fisico e psicologico e informazioni sotto il profilo giuridico, nel fondamentale rispetto della riservatezza.

Una relazione di aiuto e di supporto efficace con l'operatore della salute può fare la differenza nel promuovere il percorso di uscita dalla situazione traumatica. Sarà quindi necessario, oltre a garantire un'assistenza clinica corretta, offrire un valido supporto emotivo e psicologico necessario a costruire una relazione di ascolto e fiducia, un passo importante per arrivare all'ammissione della propria situazione di vittima di abuso. Purtroppo, tra gli operatori sanitari è ancora diffusa l'idea stereotipa di violenza, viene spesso considerata come un grave reato, ma relativamente poco frequente; anche per questo motivo si tende a non riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie troppo rare.

Come citato da M.K. Savojni (illustre dell'associazione AILF: Associazione infermieri legali e forensi): "il personale infermieristico è generalmente il più adatto a rispondere a questo tipo di esigenza per gestire un momento drammatico, quale l'esame fisico dopo una violenza, per le maggiori capacità empatiche rispetto ai medici. Un personale infermieristico adeguatamente preparato dovrebbe essere presente in ogni pronto soccorso per garantire alle vittime di violenza sessuale, che già stanno vivendo un momento altamente drammatico, la corretta e adeguata



assistenza [...] Non è infatti necessario che sia un medico a raccogliere le prove o ad eseguire un esame fisico alla vittima, in quanto non è richiesta diagnosi né prescrizione medica di farmaci". Nella nostra nazione il personale sanitario risulta spesso poco formato e addestrato nello svolgere tale compito. Non esiste un unico protocollo riconosciuto e standardizzato tale da rendere omogenea l'assistenza nei diversi centri sanitari. La persona viene frequentemente visitata da più persone e in ambienti poco adatti, rendendo la situazione ancor più drammatica e imbarazzante per la stessa e, nella maggior parte dei casi, non sono presenti dei kit stupro appositi per un'adeguata raccolta dei campioni di materiale biologico e forense necessario alle istituzioni legali per cagionare l'assalitore.

1.2 Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla violenza contro le donne

Le nuove direttive pubblicate dall'OMS hanno, tra i molti obiettivi, quello di far fronte all'inesperienza dei clinici nell'assistenza di vittime di abusi sessuali. Queste infatti, mettono in rilievo l'importanza della posizione del personale sanitario nell'intercettare e rispondere alla domanda di salute psicosociale della vittima di violenza.

Le raccomandazioni delle linee guida trattano i seguenti argomenti:

1) *Modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza*: garantire confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, fornire informazioni e supporto sociale. Lo staff clinico deve essere preparato a porre domande sull'abuso.

2) *L'identificazione e l'assistenza per le donne sopravvissute alla violenza*: viene sconsigliato rivolgere delle domande focalizzate sulla violenza in tutte le occasioni d'incontro della donna con i servizi per qualsiasi necessità. Sarà invece necessario indagare con discrezione quando la donna chiede assistenza per una condizione determinata dall'abuso, che mostri segni e sintomi che possano essere messi in relazione con una violenza, oppure in condizioni di particolare vulnerabilità come tossicodipendenza, patologie psichiatriche, malattie infettive, gravidanza.

3) *L'assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale*: assistenza immediata, contraccezione di emergenza entro 5 giorni dall'evento o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, attuazione della profilassi dell'infezione da HIV entro 72 ore dall'evento e per altre infezioni a trasmissione sessuale, interventi psicologici se necessario prolungati nel tempo. Sarà importante utilizzare procedure/protocolli standard, attivare percorsi e risorse specifiche e un sistema di servizi a cui la donna può far riferimento in caso di necessità. Mantenere la riservatezza.

4) *Formazione degli operatori sanitari sulla violenza domestica e sessuale*: è fortemente raccomandato che questa avvenga sia in fase pre e post qualificazione del personale medico, infermieristico e ostetrico. La formazione deve essere multidisciplinare e deve trattare: l'identificazione della violenza, procedure di primo intervento, la valutazione della sicurezza della vittima, la pianificazione della protezione di essa, comunicazione con la vittima e competenze: clinico-assistenziali, psicologico-relazionali, legali e forensi, documentazione dei fatti e offerta di percorsi assistenziali in strutture esterne a quelle sanitarie.



5) *L'organizzazione dei servizi di supporto alle vittime di violenza*: è raccomandata integrazione del tema nei servizi già esistenti puntando ad una differenziazione dei livelli di assistenza e supporto a seconda del bisogno, dando priorità alle cure primarie.

6) *Informazione all'Autorità giudiziaria*: viene sconsigliata la denuncia alle autorità contro il volere della donna anche se sarà necessario tentare di convincerla a fare questo passo. Sarà invece obbligatorio rivolgersi alle autorità se la violenza riguarda minori e se ci siano condizioni che possano mettere in pericolo la vita della donna.



Capitolo secondo

L'infermiere di triage

2.1 Il triage

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (overcrowding) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa. Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar un più appropriato accesso alle cure. Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- D.P.R. 27 marzo 1992 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza".
- ATTO D'INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - "Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992".
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.01 - "Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria".
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013: "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".

In attuazione di tali atti di indirizzo, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene introdotta e implementata la metodologia del Triage infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse disponibili.

Le Linee guida del 2001 hanno rappresentato un punto di svolta nel miglioramento del sistema di Triage infermieristico in Italia e ancora oggi costituiscono un valido riferimento. Il **Triage**, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine



d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza. La funzione di Triage deve essere garantita in modo *continuativo nelle 24 ore*. I servizi di Pronto Soccorso sviluppano uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di Triage garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine, è necessaria l'attivazione di gruppi multidisciplinari (medici ed infermieri esperti) che definiscono metodi di monitoraggio del proprio sistema di Triage, elaborando ed implementando strategie di miglioramento. Lo *scopo* del Triage è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in quattro fasi:

- 1) *Fase della Valutazione immediata* (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) *Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva*: a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata), b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) *Fase della Decisione di Triage*: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) *Fase della Rivalutazione*: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso. Nella decisione di Triage, oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage. La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere.

Nel nuovo modello proposto si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità.



Nella recente Raccomandazione Ministeriale n.15 febbraio 2013 si individuano - nel triage complessivo, quindi anche includendo il triage telefonico e quello sul posto - tre ordini di criticità:

- *criticità organizzativa*: insufficiente interazione tra i sistemi extra e intraospedalieri, l'insufficiente dotazione di personale infermieristico e la cattiva collocazione delle sale di attesa che possono non consentire una rilevazione immediata di peggioramenti repentini del paziente;
- *criticità assistenziale*: riguarda la raccolta dati incompleta, l'inadeguata valutazione del paziente, la mancata rivalutazione e il mancato rispetto dei protocolli e procedure;
- *criticità relazionale*: riguarda le criticità relazionali dovute principalmente ai limiti di comunicazione dovuti a problemi linguistici, culturali e familiari e alla mancata comunicazione con pazienti e parenti.

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico del PS/DEA. L'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali. Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva. Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento. Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati. Pertanto, si prevede come dotazione minima nelle 24 ore per:

- P.O. sede di PS semplice: n. 1 unità infermieristica;
- P.O. sede di DEA di I livello: n. 2 unità infermieristiche e n. 1 unità di personale di supporto;
- P.O. sede di DEA di II livello: n. 2 unità infermieristiche, n. 1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione, n. 1 unità di personale di supporto.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura. È raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.

La *documentazione clinica* di Triage e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del Rischio Clinico. La **scheda di Triage** è elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.



2.2 Chi è l'infermiere di triage

Nell'ultimo ventennio la figura professionale dell'infermiere è stata oggetto di profondi cambiamenti all'interno del SSN. Il lavoro infermieristico, tradizionalmente subordinato a quello del medico e legato a compiti dettati da un "mansionario", si è progressivamente trasformato e l'infermiere è diventato una figura responsabile e centrale in molti processi sanitari con una parte attiva non solo nella pratica clinica, ma anche nella organizzazione del lavoro e nella pianificazione dei bisogni di salute. Queste caratteristiche, proprie di una figura professionale di dirigente, sono state definitivamente sancite a livello accademico dalla istituzione del corso di laurea in scienze infermieristiche cui sono anche seguiti specifici master di specializzazione.

In Italia le prime esperienze di triage sono cominciate all'inizio degli anni Novanta nei reparti di pronto soccorso con elevato volume di utenza e in carenza di precise disposizioni legislative. Una svolta importante in materia la si è avuta nel 1996 con la pubblicazione delle "Linee guida per il sistema emergenza-urgenza" in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 del Ministero della Sanità, Conferenza Stato-Regioni, in cui per la prima volta in Italia è esplicitamente prevista la funzione del triage e viene indicato chi e come debba svolgere questa attività: "All'interno dei D.E.A. deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti del dirigente di servizio".

Secondo le linee guida del 2001 il triage dev'essere svolto da un infermiere "sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso e in grado di considerare i segni e sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica".

L'infermiere di triage ha il dovere di documentare tutto ciò che viene riferito all'attività di triage. La scheda infermieristica di Triage è considerata "atto pubblico" e come tale è soggetta alle norme del Codice penale sulla falsità documentale. Sono indispensabili la segnalazione dell'ora d'inizio e fine del Triage; deve rispondere ai fondamentali requisiti di chiarezza, veridicità e completezza.

2.3 Percorso formativo

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico. La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al Triage. (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2). Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in Team, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente



al DEA. Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente.

Per accedere alla *Formazione di Triage* sono necessari i seguenti requisiti:

- titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi;
- titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

Dopo l'abilitazione al Triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore con un tutor esperto. Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in Triage con esperienza pluriennale (almeno due anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione
2. Collaborazione
3. Autonomia
4. Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal tutor. Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre – sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di Triage.

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
- *Livello regionale*: attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema Triage utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Pertanto, si rende necessaria la redazione di un piano delle attività formative con definizione di obiettivi triennali che preveda:

- Corsi interni monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di equipe o audit.
- Attività di verifica periodica dell'attività di Triage (utilizzo di indicatori e Standard) e di analisi del rischio clinico in Triage.
- Attività di studio e ricerca.
- Partecipazione a congressi, convegni, workshop sul tema specifico del Triage di PS.
- Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Ogni Dipartimento di Emergenza che comprenda nella propria organizzazione il Pronto Soccorso, deve prevedere nel programma di formazione triennale, una componente propedeutica alla funzione di Triage, che consenta agli infermieri,



compresi quelli con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali. Inoltre, è necessario che la formazione del personale di Triage venga completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche. Nei Pronto Soccorso generali cui afferiscono pazienti pediatrici è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di almeno sei ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

2.4 Funzioni e competenze

Lo scopo del Triagista è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Gli obiettivi in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico- assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

Come esplicito precedentemente, da un punto di vista operativo, il Triage si sviluppa in tre principali fasi:

1. **Valutazione del paziente "sulla porta"**: si tratta di una valutazione pressoché visiva che si basa su come si presenta il paziente prima ancora di averlo valutato e di aver individuato il motivo di accesso. Questa fase permette di identificare sin dall'ingresso del paziente in Pronto Soccorso una situazione di emergenza che richieda un trattamento tempestivo e immediato.
2. **Valutazione soggettiva e oggettiva**: una volta escluse situazioni di emergenza, si procede con la fase della raccolta dati. La valutazione soggettiva prevede che, attraverso domande mirate, l'infermiere indaghi il sintomo principale, l'evento presente, il dolore, i sintomi associati e la storia medica passata. Una volta identificato il motivo di accesso, viene condotta dal triagista la valutazione oggettiva, la quale si compone dell'esame fisico sul



paziente integrato attraverso l'osservazione (guardare come appare il paziente), la misurazione dei parametri vitali e la ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato del distretto corporeo interessato dal sintomo principale.

3. **Decisione di triage:** si tratta di un processo molto complesso, in cui l'attribuzione del codice di priorità rappresenta solamente il primo passaggio. In questa fase, infatti, il triagista decide il percorso adeguato al paziente, attiva le risorse necessarie da introdurre per fronteggiare alle situazioni che di volta in volta si presentano, eroga la prima assistenza e la pianifica per l'attesa del paziente e attua tutte le attività necessarie a ridurre il rischio derivante dal prolungarsi dell'attesa.

Funzione importante dell'infermiere triagista è quella di garantire il **diritto alla riservatezza** e di elevare il principio del **consenso informato**.

Il Codice Deontologico (FNOPI 2019) all'articolo 15 stabilisce che l'infermiere " si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate".

Come viene riconosciuto anche dalla dottrina medico legale l'informazione al paziente in triage e l'acquisizione al consenso di pratiche che vengono svolte dall'infermiere - anche come anticipazione di attività - spetta all'infermiere che "trattandosi di atto che professionalmente a lui compete e sulle cui caratteristiche, dunque egli può fornire la più esaustiva descrizione".

Bisogna inoltre tenere presente che la raccolta dati da parte dell'infermiere avviene in strutture - *le sale di triage* - che spesso per motivi di non adeguamento sono ancora in buona sostanza le vecchie sale d'attesa e quindi non predisposte per la tutela della riservatezza dei dati personali. In questi casi comunque, nei limiti del possibile, devono essere attivate tutte le procedure e accortezze possibili atte a salvaguardare la tutela della privacy del paziente, come ben puntualizzato anche delle linee guida ministeriali del 2001.

Per l'infermiere la tutela della riservatezza delle informazioni e dei dati relativi alla persona è anche un obbligo deontologico (art 19 del Codice FNOPI 2019).

2.5 Responsabilità dell'infermiere di triage

In conformità con la tendenza attuale a conferire all'infermiere un maggior numero di obblighi di registrazione, è realmente opportuno che l'attività di triage sia attentamente documentata. La *scheda infermieristica di triage* è senza alcun dubbio da considerarsi "atto pubblico" e come tale soggetta alle norme penalistiche sulla falsità documentale". Onde evitare problemi di liceità è bene costruirla più come "raccolta dati" e non come "anamnesi" con nomi di diagnosi mediche, in quanto la diagnosi medica è l'elaborazione intellettuale di dati che convergono dall'esame obiettivo e dagli esami diagnostici.

La locuzione "diagnosi infermieristica" può essere tranquillamente usata, ma probabilmente è di scarsa utilità in un contesto del genere.



Del tutto indispensabili sono l'ora d'inizio e l'ora di fine dell'attività di triage trattandosi di una caratteristica ormai consolidata anche in altre pratiche sanitarie e sancita da precise normative.

In linea con le più recenti disposizioni ministeriali è importante che la scheda di triage assolva i requisiti della chiarezza, veridicità e della completezza.

È utile precisare che la scheda infermieristica di triage è compilata dall'infermiere, ma deve essere predisposta o quanto meno approvata dal "dirigente responsabile di servizio" di pronto soccorso o dal dipartimento di emergenza ed urgenza. L'infermiere, cioè, non è il *dominus* completo della situazione, come lo è invece per la cartella infermieristica.

L'infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare:

- la congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono di competenza del dirigente medico del pronto soccorso, come peraltro ribadito dall'intesa STATO-REGIONI sulle linee guida del 15 aprile del 1996, laddove si legge che l'attività di triage "è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". Tali protocolli dovranno rispondere alla più aggiornata ed evoluta letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne *legis artis* del settore. La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli "la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche". I protocolli in questione devono essere basati su prove d'efficacia (evidence based medicine ed evidence based nursing). Compete all'infermiere l'attivazione di processi di cambiamento dei protocolli in base all'esperienza maturata.

- l'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia ed imprudenza.

- i problemi maggiori derivano da una sottostima nell'assegnazione dei codici di priorità di gravità che porterebbe l'infermiere ad esporsi per i reati di lesioni personali colpose e, nei casi più gravi, per omicidio colposo.

- non risulta ammissibile il cosiddetto *triage out*, attività consistente in un'impropria dimissione del paziente senza valutazione medica. Il paziente che si presenta al pronto soccorso ha dunque il diritto di essere visitato da un medico, non essendo consentito all'infermiere il potere di dimissione.

Per quanto riguarda la vittima di violenza, l'infermiere di triage ha l'obbligo di refertare la condizione clinico-fisica della paziente. Il *referto* è una denuncia obbligatoria che ha lo scopo di portare a conoscenza dell'autorità giudiziaria "tutti i fatti lesivi dell'integrità psicofisica che configurino un delitto perseguibile d'ufficio". L'obbligo del referto è previsto dal Codice penale che prevede come delitto il ritardo o l'omissione del referto stesso. L'**art. 365** del c.p. testualmente recita:



"Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a 516 euro. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale"

Anche il codice di procedura penale si occupa del referto stabilendo all'**art. 334** che: "Chi ha l'obbligo del referto [365 c.p.] deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto."

L'ipotesi che ricorre più frequentemente nella prassi è che a redigere il referto sia il medico, ma nel caso che un infermiere presti la propria assistenza in un evento che possa presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio è tenuto egli stesso a compilare il referto (caso di violenza sulle donne). La legge prevede che siano **tenuti al referto** gli esercenti la professione sanitaria "che abbiano prestato la propria assistenza o opera". L'obbligo deriva dunque da "un intervento attivo sulla persona". Altro elemento richiesto per l'obbligo del referto, oltre ad avere prestato la propria assistenza è che si sia in presenza di "casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio". Secondo il Codice penale i reati si distinguono, per gravità, in **reati perseguibili d'ufficio**, quando abbiano gravità tale da rappresentare un danno per la collettività e per i suoi beni, e **reati perseguibili a querela di parte**, quando il danno sia strettamente individuale e competa al leso l'iniziativa di promuovere l'azione giudiziaria (delitto di percosse, delitto di lesioni personali dolose lievissime, violenza sessuale). Nell'ultima classificazione il referto dev'essere inoltrato entro 48 ore al pubblico ministero o all'ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria assistenza, o in sua mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il reato di omissione del referto è previsto solo nella forma dolosa. Nei casi in cui il sanitario rivesta la **qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio**, egli ha l'obbligo di segnalare all'Autorità giudiziaria qualunque delitto perseguibile d'ufficio. Questo obbligo è previsto dagli artt. 361 e 362 del c.p.



REATO	PROCEDIBILITÀ E TEMPI DI QUERELA
Art. 571 Abuso di mezzi di disciplina o correzione	D'Ufficio
Art. 572 Maltrattamenti in famiglia	D'Ufficio
Art. 581 Percosse	Querela
Art. 582 -583 Lesioni personali dolose	A querela le lievissime (3 mesi) D'ufficio lievi, gravi e gravissime
Art. 583 bis Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili	D'Ufficio
Art. 591 Abbandono di persone minori o incapaci	D'Ufficio
Art. 600 Riduzione o mantenimento in schiavitù	D'Ufficio
Art. 600 bis Prostituzione minorile	D'Ufficio
Art. 600 octies Impiego di minori nell'accontaggio	D'Ufficio
Art. 605 Sequestro di persona	D'ufficio
Art. 609 – bis Violenza sessuale	Di norma a querela (non revocabile) entro 6 mesi D'ufficio se il fatto è compiuto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ai danni di un minore di 14 aa, ✓ nei confronti di un minore da un ascendente, un genitore (anche adottivo), dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia, ✓ da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni, ✓ in presenza di un altro reato procedibile d'ufficio.
Art. 609 – quater Atti sessuali con minorenne	D'ufficio se il fatto è compiuto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ con minore di anni 10, ✓ con un minore di 16 anni se compiuto da un ascendente, un genitore (anche adottivo), dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia, ✓ da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni, ✓ in presenza di un altro reato procedibile d'ufficio.
Art. 609 – quater Rapporti sessuali tra minori	Di norma a querela (6 mesi), comunque non è punibile il minorenne che compie atti sessuali consenzienti con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni.

Art. 609 – quinquies Corruzione di minorenne	D'ufficio
Art. 609 – octies Violenza sessuale di gruppo	D'ufficio
Art. 610 – Violenza privata	D'ufficio
Art. 612 - Minacce	Querela D'Ufficio se la minaccia è grave o commessa con armi o con più persone riunite
Art. 612 bis Atti persecutori (Stalking)	Di norma a querela (6 mesi). D'ufficio se attuato: nei confronti di minore o disabile in presenza di altro reato procedibile d'ufficio commesso da soggetto ammonito
Art. 643 Circonvenzione di persone incapaci	D'ufficio



Capitolo terzo

Il triage infermieristico alla vittima di violenza

3.1 Accoglienza

Nella maggior parte dei casi, la vittima di violenza fisica e/o sessuale arriva al suo primo punto di arrivo ovvero il pronto soccorso, e la prima persona con la quale si interfaccia è l'infermiere di triage. Le problematiche dichiarate dalla paziente possono non essere di facile inquadramento, infatti, così come esistono vittime in grado di dichiarare la violenza subita (sia essa fisica che sessuale) potrebbero presentarsi donne che forniscono una storia non chiara circa i modi e i tempi dell'evento o ancora potrebbe non raccontare la corretta versione dell'accaduto, giustificando eventuali lesioni associandole a differenti cause.

L'accoglienza è pertanto uno dei momenti più delicati della presa in carico della donna, risulta quindi opportuno che l'infermiere sia in grado di valutare, oltre all'aspetto sanitario, anche la particolarità della situazione: di fronte ad esempio ad un danno fisico apparentemente minimo, lo stato emotivo così come la delicatezza della situazione, potrebbe richiedere l'accompagnamento della donna in un ambulatorio dedicato, in modo da darle la possibilità di esprimersi nel modo più libero e sereno possibile, lasciarle lo spazio di cui necessita, dar tempo e modo agli sfoghi emotivi, senza l'imbarazzo di doverlo fare nella sala d'attesa del triage, davanti ad altre persone. La situazione diviene complicata per l'infermiere del triage qualora dovesse presentarsi una donna che non dichiara la violenza subita. Ciò avviene soprattutto quando la vittima teme per la sua incolumità, prova vergogna e paura di essere giudicata per i maltrattamenti che subisce o non è informata degli aiuti che può ricevere dal personale del Pronto Soccorso.

Esistono ad ogni modo alcuni indicatori che fungono da campanello d'allarme e che possono far accrescere il sospetto di una violenza non dichiarata, si tratta ad esempio di:

- ripetuti accessi per infortuni o infortuni senza razionale spiegazione;
- lesioni, fratture o altri danni alla quale la donna non dà spiegazioni coerenti al danno;
- sentimenti di ansia, depressione, stress o atteggiamenti estremi (pianto, agitazione) non "appropriati" alla situazione dichiarata,
- dolore cronico o inspiegabile (ad esempio dolore pelvico, problemi gastrointestinali, infezioni vescicali o renali, ...),
- ricorrenti infezioni trasmesse sessualmente, azioni di autolesionismo; gravidanze indesiderate, tentato suicidio.

In questi casi è bene ricordare di non sollevare l'argomento della violenza finché non ci si trova da soli con la donna, utilizzando le opportune domande; è importante dare tempo alla donna in modo che possa decidere quando parlare di ciò che le è successo. L'accoglienza richiede quindi un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione meticolosa dei problemi, ma anche su una raccolta organizzata ed ordinata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è succeduto per avere un quadro ben chiaro di ciò che è accaduto.



ALLONTANAMENTO VOLONTARIO

NB: la vittima può manifestare la volontà di allontanarsi in qualsiasi momento dell'accoglienza; in questo caso il responsabile di quella fase dovrà:

- ✓ accertarsi che la vittima non sia in pericolo tornando a casa,
- ✓ fornire tutte le informazioni utili al fine di aderire comunque al percorso,
- ✓ offrirsi di inviare il FAX ai servizi sociali con l'accordo della vittima,
- ✓ scrivere ogni attività nel campo note del programma First Aid e chiudere con *“si allontana prima degli accertamenti/ durante l'esecuzione degli accertamenti”*,
- ✓ informare comunque l'AG per reati procedibili di ufficio dandone notizia alla vittima,

3.2 Ascolto

Una volta sola, durante il racconto dell'accaduto, la donna potrà esternare differenti atteggiamenti, emozioni o espressioni che dipendono da fattori esterni: le circostanze nella quale è avvenuta la violenza, l'autore e la sua relazione con esso o la frequenza e le modalità dell'aggressione; e fattori interni, dati dalle caratteristiche psicologiche della vittima. Essa potrà presentare estrema debolezza e vulnerabilità, ansia e agitazione, senso d'impotenza e d'inferiorità per non essere stata in grado di reagire e difendersi dall'aggressione, sentirsi confusa e spaesata con episodi d'amnesia su alcuni aspetti dell'evento oppure ripetizione ossessiva di alcuni episodi dell'aggressione, potrebbe avere crisi di pianto o addirittura riso e autoironia oppure rimanere totalmente apatica riguardo l'accaduto, attuando meccanismi di difesa (quali la dissociazione, la minimizzazione ecc.) che la portano ad assumere un portamento "freddo", controllato e distaccato anche nella descrizione dell'evento.

È necessario ricordare che l'atteggiamento dell'infermiere che accoglie la vittima deve essere empatico, l'approccio del personale sanitario dev'essere quindi in grado di esprimere un atteggiamento di ascolto attivo e di sospensione da qualsiasi giudizio, non sminuente, non accentuante, di apertura e di riguardo nei confronti della donna e delle sue scelte. Nel processo di ascolto va sempre ricordato che non è tra i compiti dei sanitari accertare o meno la veridicità e l'attendibilità di ciò che la donna racconta.

Dopo aver accompagnato la donna in un luogo dedicato ed appartato all'interno dell'unità operativa è possibile iniziare a dialogare con la donna riguardo l'accaduto ricordando principalmente di:

- Rassicurare la donna che ciò che sarà detto non sarà riferito a nessun altro, così come nessuno saprà del suo accesso in Pronto Soccorso per violenza. È utile riferire comunque che se disposto dalla legge, vi sarà l'obbligo di comunicazione alle forze dell'ordine della violenza subita previa informazione di ciò alla donna;
- Incoraggiare la vittima a raccontare ciò che è accaduto, mostrando un atteggiamento non giudicante e dandole il tempo adeguato a esporre preoccupazioni e sentimenti;
- Evitare di insistere e di obbligarla a esporre ciò che lei non vuole dire;
- Consentire i silenzi ed il pianto dandole il tempo di riprendersi.

Vi sono alcune indicazioni che possono aiutare l'operatore a gestire in modo appropriato la conversazione con la donna. Tra i comportamenti da attuare, viene



enfaticizzato che l'infermiere dovrà assumere un atteggiamento paziente e calmo, sedendosi allo stesso livello della donna, vicino per trasmettere sicurezza ed attenzione ma non troppo da sembrare invadente. Nella comunicazione è importante essere consapevoli dei sentimenti che si nascondono dietro al suo racconto ascoltando ciò che viene detto, ma anche, soprattutto in caso di sospetta violenza, ciò che non viene detto; è necessario dare la giusta importanza alla comunicazione non verbale, pertanto al linguaggio del corpo, alle espressioni facciali, al contatto oculare, ai gesti, alle pause nel racconto, ai silenzi. Incoraggiarla altresì a riferire più dettagli chiedendole se volesse raccontare qualcosa in più, sempre nel rispetto della sua volontà. Tra i comportamenti da evitare viene evidenziato che l'infermiere del pronto soccorso, malgrado sia stato opportunamente formato a ricavare a fini clinici più informazioni possibili riguardo l'accaduto, dovrà ricordare che in queste situazioni è inopportuno fare pressione alla donna. È utile mostrare un ascolto attivo ed interessato, senza parlare velocemente e senza mostrare distrazione (ad esempio guardando l'orologio, il telefono, il computer), senza cercare di interrompere il suo racconto ed aspettando che finisca prima di porre qualsiasi domanda, ciò include anche il non terminare le sue frasi e non interpretare come possa sentirsi in quel momento. È opportuno evitare espressioni di compatimento o compassione o paragonare la sua vicenda con altre simili, perché potrebbero limitare la donna nella sua esposizione; evitare inoltre parole che potrebbero aumentare l'ansia e l'angoscia della donna (come ad esempio "violenza", "stupro", "abuso"). L'infermiere dovrà cercare di non pensare e di non agire come se dovesse risolvere i suoi problemi, dando per scontato di sapere ciò che è meglio per lei. Ricordarsi in tutti i momenti in cui si è con la donna di non giudicare ciò che è successo, come lei si sia comportata in questa situazione e soprattutto le emozioni che sta provando.

3.3 Esame Fisico

Raccolta delle informazioni

Documentare l'accaduto è importante perché può fornire un'assistenza integrata anche con altre figure professionali, oltre al fatto che potrebbe essere utilizzata dalla donna in caso decidesse di esporre l'evento alle Forze dell'Ordine. Nella raccolta dei dati è necessario raccogliere le informazioni di carattere clinico (compito da eseguire in collaborazione con il medico); la necessità in tal caso di parlare della violenza con la donna è utile sia per guidare gli esami in modo tale che tutti gli infortuni e le lesioni possano essere trovati e trattati, ma anche per valutare il rischio di gravidanza o l'esposizione di malattie sessualmente trasmissibili in caso di violenza sessuale. Spiegare quindi alla donna che raccontare ciò che è accaduto potrà essere d'aiuto per garantirle le cure migliori, assicurandola che quello che dirà sarà confidenziale. Può risultare utile incoraggiarla a rispondere ma senza essere eccessivamente insistenti, quindi: esporre le domande una alla volta, parlare in maniera semplice e chiara, evitando di riproporre domande già fatte, ma chiedere chiarimenti o dettagli se necessari a fini medici/clinici. Nel caso vi sia sospetta violenza e la donna non è disposta a raccontare l'accaduto, è possibile inizialmente registrare segni e sintomi come si farebbe con qualunque altro paziente inclusa la descrizione delle ferite. Ciò potrebbe servire per annotare cause sospette delle ferite o altre condizioni utili in



futuro nel caso in cui la donna dovrebbe ripresentarsi in unità operativa. Infine, nella compilazione della documentazione, per tutelare la privacy della donna, è importante stare attenti a ciò che si scrive e dove viene lasciato il documento per evitare che questo venga letto da altre persone, anche dalle stesse che potrebbero aver accompagnato la donna. Per una maggiore riservatezza sarebbe opportuno utilizzare un codice o un particolare simbolo per indicare un caso di abuso o sospetto abuso.

L'esame fisico in caso di violenza

Se la violenza fisica ha implicato una situazione di emergenza/urgenza, la donna andrà trattata come da protocollo per le lesioni subite, eseguendo una valutazione dell'ABCD e definendo a cosa la paziente possa essere stata esposta, al fine di stabilizzarla ed intraprendere il percorso clinico più idoneo. In tutte le altre situazioni causate dalla violenza fisica è doveroso spiegare alla donna le fasi e le finalità degli accertamenti e come verrà svolto l'esame fisico, chiedendole il permesso per ogni singolo intervento, per poter ottenere così il consenso informato all'esame fisico. Il consenso in questi casi è richiesto per l'esecuzione di esami e trattamenti e, se necessario, per il rilascio d'informazioni a terzi come ad esempio alle Forze dell'Ordine. Inoltre:

- chiedere alla donna se gradisce la presenza di qualcuno di sua conoscenza durante l'esame;
- se chi esegue l'esame fisico, è una persona di sesso maschile, chiedere alla donna se è d'accordo che sia lui ed effettuare l'esame, in caso contrario è opportuno che sia eseguito da una donna;
- se la vittima accetta che la visita sia eseguita da un medico di sesso maschile, garantire comunque la presenza all'interno della stanza di una donna, spiegando che la presenza di un'altra persona nella stanza è utile per fornirle sostegno ed aiuto. È comunque opportuno mantenere al minimo il numero di persone all'interno del luogo.
- chiarire che sarà esaminata e trattata solamente se lei lo desidera, spiegando anche che può rifiutare parte di alcuni esami e trattamenti o tutti (è comunque un evento sporadico che le pazienti rifiutino alcuni o tutti gli interventi proposti, ma l'occasione per le pazienti di negare il consenso ad alcune procedure mediche permette di ricomporre quei limiti e confini che la violenza ha annullato).
- per ogni aspetto dell'esame, spiegare cosa sarà fatto, rispondere alle eventuali domande in modo semplice, chiaro e completo assicurandosi della completa comprensione.
- una volta che vi è la certezza che lei abbia capito, si può procedere con l'esame ed il trattamento, in caso sia richiesto un consenso firmato, questo andrà fatto firmare alla donna.
- se sussiste una situazione ove per legge vi è l'obbligo di contattare le autorità, parlare con la donna della segnalazione che verrà fatta e quali prove siano necessarie da raccogliere.

Esecuzione dell'esame testa-piedi

Per quanto riguarda il percorso clinico-assistenziale della vittima di violenza, fatta eccezione per quei casi in cui le lesioni traumatiche fisiche sono tali da rappresentare un potenziale pericolo per la vita della paziente oppure hanno comunque una priorità di trattamento specialistico chirurgico e/o ortopedico (come ad esempio vaste ferite/emorragie, fratture esposte, vaste lesioni del volto, ecc.), il compito



dell'infermiere sarà quello di assistere ed aiutare il medico all'interno dell'ambulatorio adibito, per effettuare un più accurato esame fisico e ricercare varie lesioni, in modo da determinare quali cure mediche siano necessarie oltre che, nei casi stabiliti, compilare l'eventuale documentazione legale. Ovviamente si auspica che la donna non venga trasferita presso altri reparti ospedalieri per consulenze specialistiche onde evitare ulteriori movimenti e traumi psicologici, vista la fragilità emotiva della donna, è bene che essa rimanga all'interno dell'ambulatorio predisposto.

Prima di iniziare con l'esame fisico, osservare la donna ed il suo stato d'animo, rassicurarla e ricordarle che può fermare l'esame in ogni momento o rifiutare parte dell'esame.

Si riporta di seguito un estratto per quanto riguarda la repertazione di indumenti della *"Procedura Operativa per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento: percorso codice rosa"* del 3 luglio 2018 dell'ASP di ENNA:

"Utilizzare luce forense con occhiali filtro per la ricerca di tracce biologiche latenti sul corpo della vittima. Fotografare, con macchina fotografica digitale in dotazione, le lesioni presenti sul corpo della vittima. La scheda di memoria verrà consegnata in archivio congiuntamente agli altri reperti. Se la vittima ha sostituito i vestiti sin dal momento della riferita aggressione, acquisire solo quegli elementi che potrebbero contenere possibili tracce/prove relative alla violenza. Informare le Forze di polizia che la vittima si è cambiata d'abito dopo l'aggressione in modo che gli indumenti indossati al momento della violenza potranno essere acquisiti. Documentare (anche con fotografie) e descrivere in dettaglio tutti gli indumenti indossati e lo stato degli stessi (aperti, abbottonati, spiegazzati, lacerati, macchiati. Documentare (anche con fotografie) e descrivere in dettaglio tutte le soluzioni di continuo presenti sugli indumenti (sede e caratteri delle lesioni; verifica della corrispondenza o meno con le lesioni corporee). Localizzare le impronte, le macchie e le tracce di natura biologica o di altro tipo presenti sugli indumenti e sulla superficie corporea, prima di qualsiasi manipolazione per evitare spostamenti o artefatti. Di ogni traccia saranno descritti: dimensioni, forma, direzione, posizione, stato fisico e colore. Documentare (anche con fotografie) e raccogliere in contenitori sterili eventuali reperti abili (ad es. capelli, peli, fibre tessili, materiali terrosi, foglie, etc.) prima di rimuovere gli indumenti. Non tagliare attraverso eventuali strappi, macchie o perforazioni esistenti sugli indumenti. Sigillare il tutto indicando all'esterno il contenuto, garantendo la catena di custodia [cambiare i guanti per ogni operazione]. Non scuotere gli indumenti acquisiti per non disperdere eventuali tracce. Conservare singolarmente in apposite buste di carta tutti gli indumenti, comprese le calzature e garantire la catena di custodia [cambiare i guanti per ogni operazione]. Le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. Tutti gli indumenti, pertanto, devono essere repertati. Fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, senza utilizzare fonti di calore (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta, qualora non sia possibile, congelare gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica. Conservare a temperatura di - 20°C nel frigorifero forense in dotazione. Segnalare alle Forze dell'Ordine eventuali indumenti bagnati o umidi, comprese le calzature. Le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto. Esaminare le unghie di entrambe le mani per eventuali rotture, presenza di fibre, tracce di sangue, ecc. Documentare (anche con fotografie)



e descrivere accuratamente le lesioni corporee: colorazione e forma delle ecchimosi, stadio dei processi riparativi, ecc. (utile per documentare la cronologia delle lesioni).”

L'importanza della repertazione e conservazione dei materiali raccolti assume rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché una incongrua repertazione o custodia può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore. È estremamente importante garantire il rispetto della catena di custodia dei reperti, pertanto, la richiesta di analisi ai vari laboratori dovrà riportare la firma di tutto il personale coinvolto nelle varie fasi (coloro i quali richiedono, trasportano, ricevono ed eseguono le analisi). In questo modo si avrà una prova inoppugnabile atta a correlare paziente e determinazioni analitiche, senza possibilità di scambio.

Esame dei genitali: può essere effettuato ad occhio nudo, ma sarebbe meglio utilizzare una lente di ingrandimento. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica. Utilizzare la luce forense. Va segnalata e documentata (anche con fotografie) la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (cute, vagina, grandi e piccole labbra, clitoride, imene, meato uretrale, forchetta, perineo, ano, pene, scroto). L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni recenti. L'esame con speculum deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza. Se indicato e non traumatico per la vittima, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale.

Esempio di check-list dell'esame fisico:

Misurare: frequenza cardiaca, pressione, frequenza respiratoria e temperatura.

Esaminare: l'aspetto generale; mani, polsi, avambracci, ascelle, superficie interna delle braccia; viso e cavo orale; orecchie esterne ed interne; testa; collo; petto e seni; addome; glutei, cosce, interno cosce; gambe e piedi.

Osservare e registrare: sanguinamenti attivi, lividi, rossori/gonfiori tagli o abrasioni, capelli strappati o denti mancanti, morsi, ferite inferte con un'arma, evidenti lesioni intraddominali, fratture...

3.4 Sicurezza ed aiuti extraospedalieri

Supporto alla donna e valutazione della sicurezza.

La valutazione e la pianificazione di un piano di sicurezza è uno dei processi che rientra anche tra i compiti assistenziali dell'infermiere del pronto soccorso che ha in carico la donna vittima di violenza. Infatti, come citato in alcuni articoli del "codice deontologico" dell'infermiere, esso ha il compito di ascoltare, informare, coinvolgere l'assistito e valutare "con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo quindi nell'esprimere le proprie scelte" (art. 23); inoltre si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai



propri bisogni di vita riconoscendo il valore dell'informazione e della collaborazione integrata con altri professionisti (art. 14). Per questi motivi, nel momento in cui ci adopera per la dimissione della donna è necessario creare con lei un "piano di sicurezza" al fine di informarla delle possibilità che esistono al di fuori del pronto soccorso che possono esserle d'aiuto e prevenire ulteriori episodi di violenza.

Come valutare il grado di rischio per la donna di ritornare a casa: esistono alcune domande che l'infermiere può porre alla donna, per valutare quanto sia sicuro il ritorno a casa, ad esempio:

- Negli ultimi sei mesi, si sono verificati altri episodi di violenza?
- Il tuo partner è violento e costantemente geloso nei tuoi confronti?
- Ha mai usato un'arma contro te o minacciata con un'arma?
- Ti ha mai minacciata di morte?
- Ti ha mai picchiato quand'eri incinta?
- Credi che potrebbe ucciderti?

Se la donna dovesse rispondere positivamente a più domande sarebbe necessario valutare quanto sia sicuro il suo ritorno a casa, potendo contare su percorsi dedicati dal ricovero a sistemazioni abitative emergenziali, piuttosto che persone di fiducia. La maggior parte delle donne sono consapevoli della gravità della situazione che stanno vivendo e questo può creare in loro sentimenti di paura e angoscia nel momento in cui dovrebbe ritornare a casa, così come preoccupazione per la loro salute e la loro sopravvivenza; altre donne necessitano invece di comprendere appieno la loro situazione e realizzare che stanno vivendo in un'ambiente che potrebbero metterle in grave pericolo. In questi casi è importante spiegare alla donna che spesso la violenza non si ferma da sola, tende invece a recidivare ed essere sempre più presente col trascorrere del tempo.

Come fornire le informazioni necessarie alla donna

L'infermiere del PS deve conoscere quali siano i servizi presenti nel territorio che possano garantire alla donna una continuità assistenziale ed un supporto dopo la dimissione. Sebbene sia difficile stabilire un modello unico di intervento per tutte le donne che si presentano in pronto soccorso, in quanto ogni caso e ogni situazione ha necessità e un'evoluzione non prevedibile anticipatamente, risulta indispensabile discutere con la donna circa i suoi bisogni cercando quali supporti o risorse siano presenti nella comunità e di quali lei possa aver occorrenza. Questi possono essere: centri antiviolenza, consultori, gruppi di supporto, supporto psicologico, supporto legale, Forze dell'Ordine, assistenza sociale, ecc.

I bisogni di una donna che ha subito violenza nella maggior parte dei casi vanno ben oltre alla semplice clinica e/o cure mediche perciò è importante informare la donna dell'esistenza delle varie risorse/servizi per la salute, la sicurezza ed il supporto sociale e legale presenti nel territorio. In primo luogo, è importante comprendere se ci siano difficoltà di fondo che possano impedire l'aggancio con la rete territoriale, quali un partner oppressivo e la mancanza di una rete di supporto intra-familiare.

Se per qualche ragione la donna dovesse esprimere problematiche a seguire le informazioni suggerite sarebbe dunque opportuno cercare delle soluzioni alternative. Per rendere più agevole l'accesso ai servizi è opportuno predisporre un modello prestampato che contenga tutti i numeri e gli indirizzi utili. È giusto ricordare che



spesso, in base alla situazione e alla volontà della donna, non è possibile far fronte nell'immediato a tutte le preoccupazioni e le necessità della donna, ma è importante farle sapere le strutture dedicate sono a disposizione anche in momenti ed orari diversi. Non ci si può aspettare che la donna possa prendere decisioni immediatamente dopo l'accaduto, a causa della ridotta capacità decisionale dato dallo stato emozionale e psicologico. È opportuno mantenere un approccio non giudicante nei confronti dell'assistito.



Capitolo quarto

Il Codice Rosa

Il "Codice Rosa" è un percorso di accoglienza al pronto soccorso dedicato a chi subisce violenza, che si colloca e si armonizza con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, nella quale accedono tutti gli specialisti che dovranno visitare la/il paziente. Il suo punto di forza è una task force interistituzionale, una squadra formata da personale sociosanitario (infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali, psicologi), magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria impegnati in un'attività di tutela delle fasce deboli della popolazione, quelle che possono essere maggiormente esposte a episodi di abuso e violenza: donne soprattutto, ma anche minori, anziani, persone vittime di abusi e discriminazioni sessuali. L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza.

Il servizio *Emergenza Codice Rosa* si propone di fornire l'intervento più idoneo alla gestione del caso, attraverso l'attivazione di un piano progettuale d'emergenza, che prevede:

- percorsi celeri e dedicati di diagnosi e cura;
- interventi psico-sociali;
- segnalazione alle forze dell'ordine, Tribunali, Servizi Sociali territoriali;
- collocazione in strutture protette.

Quest'attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e dei "tempi dei silenzi" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure. Il compito principale del gruppo è *l'assistenza sociosanitaria e giudiziaria* alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare a far emergere quegli episodi di violenza in cui le vittime hanno difficoltà a raccontare di essere state oggetto di violenza da parte di terzi: una reticenza dovuta spesso alla paura di ritorsioni. Alle cure si affianca l'azione sinergica e tempestiva delle Procure e delle forze dell'ordine, per rilevare tutti gli elementi utili, avviare le indagini, monitorare e tenere sotto controllo le situazioni a rischio nei casi di mancata denuncia. L'adozione di procedure condivise e di specifici protocolli operativi ha consentito di velocizzare i tempi di indagine e dei processi.

Il *Codice Rosa* non sostituisce il codice di gravità del pronto soccorso, ma viene assegnato insieme al codice di triage da personale formato a riconoscere segnali spesso taciuti di violenze. Agli utenti ai quali viene attribuito il Codice Rosa è dedicata una stanza, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza, la cura e il sostegno, nonché l'avvio delle procedure d'indagine in collaborazione con le forze



dell'ordine e, se necessario, l'attivazione delle strutture territoriali per la tutela di situazioni che presentano livelli di rischio elevati.

Si porta all'attenzione la realtà in Toscana dove nel 2015 sono stati 3.049 (2.623 adulti e 426 minori) i casi emersi grazie al progetto: 2.877 per maltrattamenti (2.504 adulti e 373 minori); 147 per abusi (94 adulti e 53 minori); 25 per stalking (solo adulti). Nel 2014 erano stati 3.268. Dall'inizio del 2016 nella Asl Toscana Centro è partita una sperimentazione che ha migliorato e reso più efficace il progetto del Codice Rosa, introducendo un servizio che consente di seguire e assistere sul piano sociale e psicologico le persone vittime di violenza che si sono presentate al pronto soccorso. La regione ha destinato 70.000 euro per questa sperimentazione, prevedendo anche il proseguimento delle attività formative a carattere regionale, per garantire la formazione del personale delle aziende che opera nell'assistenza, cura e tutela delle persone vittime di violenza nell'ambito del progetto Codice Rosa.

4.1 Scopo

I principali obiettivi del "Codice Rosa" sono:

1) Rispondere alle necessità di accoglienza e assistenza per chi sia stato vittima di violenza nei criteri sottoelencati:

- bambini età fino a 16 anni; - donne; - anziani con età superiore a 65 anni; - pazienti psichiatrici; - pazienti che presentandosi al PS dichiarino di aver subito violenza; - pazienti che solo successivamente all'ingresso, dichiarino violenza subita a seguito di indagine degli operatori effettuata su segni di sospetto clinico.

2) Mettere in atto procedure cliniche e giuridiche al fine di ottimizzare la qualità dell'assistenza e di raccolta di ogni reperto utile (garantire una corretta raccolta di prova), attuando quindi un percorso condiviso con l'Autorità Giudiziaria.)

3) Garantire schemi di profilassi verso le malattie sessualmente trasmesse e la contraccezione d'emergenza.

4) Indirizzare la vittima verso la RETE territoriale di sostegno.

5) Rendere consapevoli tutti gli operatori che la qualità del loro intervento può favorire o pregiudicare il successivo iter della vittima.



4.2 Visita medica

La visita da parte del Medico di Pronto Soccorso deve essere tempestiva e devono essere descritte con puntualità le lesioni riscontrate. Previo consenso del paziente, le lesioni possono essere documentate con le foto. A seguire il Medico del P.S. può avvalersi ove necessario di: consulenze specialistiche cliniche, colloquio-consulenza con lo psichiatra per valutazione di competenza, supporto psicologico, eventuale presa in carico in caso di elementi psicopatologici in atto, consulenza ginecologica (violenza sessuale adulto e minore), consulenza pediatrica (paziente minore di 16 anni). Al termine dell'intero iter diagnostico e terapeutico, il Medico del P.S. valuterà la possibilità per il paziente della condizione di: dimissibilità, ricovero, rientro a domicilio (in caso contrario attivare accoglienza presso casa-famiglia e contattare Assistenti Sociali del P.O.). In caso di dimissibilità, il Medico del P.S. compilerà: il Verbale Clinico di P.S. ed il rapporto A.G.

Il Verbale di P.S. viene compilato sempre, completo del percorso diagnostico eseguito dal paziente ed una copia dello stesso viene consegnato al paziente. Il Rapporto all'A.G. viene redatto in tutti i casi in cui si tratti di un fatto che costituisce reato perseguibile d'ufficio (obbligo del Medico) e viene inviato alla Procura della Repubblica tramite Polizia Giudiziaria. La copia del referto viene conservata in Pronto Soccorso. Nel caso di minori, il Medico può chiedere se necessario, l'intervento del Tribunale per i Minori, che attua misure di protezione e tutela delle vittime.

4.3 Visita psicologica

Lo Psicologo viene allertato subito dopo l'accesso al TRIAGE del soggetto sospetto o certo vittima di violenza. Esso accompagnerà la vittima durante tutto l'iter diagnostico, previo consenso dello stesso, ed effettuerà un colloquio con il soggetto prima o dopo le cure mediche in base alla gravità delle lesioni. Nel caso in cui non ci siano gravi lesioni fisiche, la presa in carico psicologica avverrà immediatamente. È difficile stabilire un modello unico d' intervento, poiché ogni caso e ogni situazione hanno esigenze e un andamento non prevedibile in anticipo. I colloqui si dovrebbero dunque "costruire" sulla persona, considerando che l'approccio potrebbe essere misto e prevedere dalla rielaborazione dei vissuti traumatici ad aspetti più psicoeducativi. Nella modalità di conduzione del colloquio di accoglienza con soggetti vittime di violenza lo psicologo insieme con il Medico del P. S. deve: aiutare il/la paziente a riconoscere di aver subito una violenza, non minimizzando la situazione; assicurare al soggetto un ruolo di "vittima" ovvero di non responsabilità rispetto all'accaduto; valutare il danno fisico e psichico attraverso il racconto della vittima dando piena credibilità alle sue parole e alla sua esperienza; assumere con atteggiamento empatico, una posizione di ascolto del soggetto, della sua esperienza e dei suoi vissuti evitando al momento di dare consigli e indicazioni; non giudicare e non colpevolizzare anche se non si è d'accordo; rispettare i tempi e le scelte del soggetto.



Le vittime sperano che le cose cambino, spesso sono minacciate di morte o, nel caso delle donne, di perdere i figli se non ritornano dal partner. Ogni atteggiamento giudicante, sull'intenzione o decisione del soggetto di tornare nel contesto di vita abituale, non fa che minare la sua fiducia e aumentare la sua condizione di isolamento. Lasciare il partner rappresenta il momento più pericoloso per la donna: è importante che sia lei a deciderlo e che non le venga imposto o suggerito insistentemente da altri.

4.4 Visita ginecologica

La visita ginecologica dopo una delle esperienze più devastanti e mortificanti che possano capitare ad una donna, ha evidentemente degli aspetti peculiari. È necessario che la vittima di violenza sessuale sia accolta in un locale protetto e predisposto dove è possibile dedicarle tutto il tempo di cui ha bisogno senza dovere inserire l'intervento fra l'accettazione delle partorienti e delle donne con emergenze ginecologiche di altro tipo. È fondamentale inoltre che in un unico tempo sia sottoposta ad esame clinico completo, a visita ginecologica ed alla raccolta dei materiali e dei campioni biologici, (evitare nella maniera più assoluta di effettuare visite separate e ripetute).

Prima di effettuare la visita, il ginecologo fornirà alla vittima di violenza le informazioni relative alle diverse fasi della visita nel modo più chiaro e semplice possibile, chiederà il consenso all'esecuzione di fotografie, all'ispezione corporale e alla raccolta dei materiali biologici utili al chiarimento di ogni possibile ipotesi diagnostica ed ai successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici, facendo firmare l'apposito modulo del consenso in uso aziendale. La persona deve essere informata della possibilità di poter sporgere querela entro i sei mesi successivi all'episodio. Il Ginecologo che presta assistenza alla donna vittima della violenza deve avere un atteggiamento prudente e diligente, superare il mero compito diagnostico-terapeutico, e svolgere funzione di collaboratore di Polizia Giudiziaria (compito di raccolta di prove che possono servire in un eventuale iter giudiziario). "Entro 72 ore dall'episodio in cui si ha la massima probabilità di trovare segni obiettivi o reperti forensi significativi di un abuso. In questo caso e comunque entro i 5 giorni è necessaria una descrizione e documentazione d'emergenza".

Il Ginecologo (d'intesa con la Medicina Legale) procederà alla raccolta di campioni biologici, richiedendo le indagini secondo le modalità concordate con i laboratori. L'importanza della repertazione e conservazione dei materiali raccolti assume rilievo sempre crescente, soprattutto in ambito giudiziario, poiché una incongrua repertazione o custodia può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore. È estremamente importante garantire il rispetto della catena di custodia dei reperti, pertanto, la richiesta di analisi ai vari laboratori dovrà riportare la firma di tutto il personale coinvolto nelle varie fasi (coloro i quali richiedono, trasportano, ricevono ed eseguono le analisi). In questo modo si avrà una prova inoppugnabile atta a correlare paziente e determinazioni analitiche, senza possibilità di scambio.



Esame ispettivo extra-genitale: vanno cercate su tutta la superficie corporea, descritte e possibilmente documentate fotograficamente tutte le lesioni presenti specificandone l'aspetto, la forma e il colore, la dimensione e la sede. Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori).

Esame ginecologico: può essere effettuato ad occhio nudo, ma sarebbe meglio utilizzare una lente di ingrandimento. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica. Va segnalata la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano). L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti. L'esame con speculum, purtroppo, deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza.

Screening delle malattie sessualmente trasmesse: va obbligatoriamente attivato fin dalla prima visita e in sede dello stesso esame obiettivo sarà utile prevedere la contemporanea raccolta di materiale biologico per l'effettuazione dei seguenti esami microbiologici:

- Neisseria gonorrhoeae
- Trichomonas vaginale
- Chlamydia trachomatis
- Batteriosi vaginale
- HPV ed HSV

Se indicato e non traumatico per la paziente, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale ed ecografia pelvica. Sulla base della sola visita ginecologica o dell'esame ispettivo non è possibile confermare o smentire il racconto della violenza sessuale. È importante però una descrizione precisa e schematica delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione, anche dello stato psicologico, nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per le vittime da un punto di vista giudiziario se decidono di presentare querela per la violenza subita. In base al racconto possono essere effettuati esami tossicologici nel sangue e nelle urine, massimo entro 72 ore dall'evento violento. Il prelievo di sangue deve essere eseguito dopo aver pulito la superficie cutanea con un disinfettante non alcolico. Tutti i campioni devono essere identificati con etichette contenenti: Cognome -Nome/Data di nascita della persona; Data ed ora del prelievo e chiuse con striscia anti-



violazione/firma di chi ha effettuato il prelievo ed etichettato la provetta e dell'interessato ed accompagnati dal modulo di campionamento debitamente compilato.

Prelevi ematici da eseguire al basale (entro 7 gg dall'esposizione) e ripetere a 1-3-6 mesi: HBsAG - HCV - HIV - VDRL-TPHA Nei casi in cui ci sia un rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione, va prescritta una profilassi antibiotica che copra le diverse possibilità di trasmissione di MST. Lo schema consigliato è: AZITROMICINA 1gr. per os in unica dose o TETRACICLINA 100mg. x 2 die x 7 giorni + CEFTRIAZONE 250 mg. i.m. in unica dose + METRONIDAZOLO 2 gr. per os in unica dose. In presenza di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi. Può essere consigliata la vaccinazione antiepatite B.

Profilassi post esposizione in seguito ad abuso sessuale HBV – HIV: il rischio di acquisire l'infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso ma non facilmente quantificabile. Nei casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza della patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli) o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia. La terapia consigliata è: ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + INIBITORE DELLE PROTEASI. Va iniziata il prima possibile, probabilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane. È consigliabile fare riferimento a un centro specializzato per le malattie infettive.

Intercezione postcoitale: se sono trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale con LEVONOGESTREL 750 mg 2 cps in unica somministrazione.



Capitolo quinto

Il Codice Rosso

Maltrattamenti, femminicidi, storie di donne deformate, sfregiate, la cui identità viene calpestata, storie di donne che possono solo essere raccontate. Le cronache ci prospettano, con cadenza quasi quotidiana, un quadro dilagante di violenze sempre più cruente ed è proprio in questo contesto che si innesta l'intervento legislativo, emblematicamente battezzato con l'espressione "codice rosso". I molteplici interventi del legislatore nazionale, negli ultimi anni, hanno assicurato una maggiore tutela alle vittime dei reati di violenza domestica e violenza di genere, sulla scia della articolata normativa internazionale. Proprio nel 2017, la Corte EDU aveva stigmatizzato la precaria tutela da parte dello Stato italiano condannato: "*(...) non avendo agito prontamente in seguito a una denuncia di violenza domestica fatta dalla donna, le autorità italiane hanno privato la denuncia di qualsiasi effetto creando una situazione di impunità che ha contribuito al ripetersi di atti di violenza, che in fine hanno condotto al tentato omicidio della ricorrente e alla morte di suo figlio*".

Il testo si compone di **21 articoli**, che individuano un catalogo di reati attraverso i quali si esercita la violenza domestica e di genere. In relazione a tali fattispecie emergono modifiche al codice di rito atte a velocizzare l'instaurazione del procedimento penale e, conseguentemente, all'accelerazione dell'eventuale adozione di provvedimenti di protezione delle vittime. Il provvedimento, inoltre, incide sul Codice penale per inasprire le pene per alcuni dei citati delitti, per rimodulare alcune aggravanti e per introdurre nuove fattispecie di reato.

Le misure adottate dal Codice Rosso:

- **Revenge porn:** viene introdotto all'art. 612-ter c.p., dopo il delitto di stalking, quello di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti senza il consenso delle persone rappresentate, noto come Revenge porn. Si punisce con la reclusione da uno a sei anni e con la multa da euro 5.000 a euro 15.000, la condotta di chiunque, dopo averli realizzati o sottratti, invia, consegna, cede, pubblica o diffonde, senza l'esplicito consenso delle persone interessate, immagini o video sessualmente espliciti, destinati a rimanere privati. La pena si applica anche a chi, avendo ricevuto o comunque acquisito le immagini o i video, li diffonde a sua volta al fine di recare nocimento agli interessati. La fattispecie è aggravata se i fatti sono commessi nell'ambito di una relazione affettiva, anche cessata, o con l'impiego di strumenti informatici, nonché in danno di persona in condizione di inferiorità fisica o psichica o di una donna in stato di gravidanza.
- **Reato di costrizione o induzione al matrimonio:** ancora, viene introdotto nel Codice penale, all'art. 558-bis c.p., il delitto di costrizione o induzione al matrimonio. Si punisce con la reclusione da uno a cinque anni, chiunque con violenza o minaccia costringe una persona a contrarre vincolo di natura personale o una unione civile. Stessa pena anche nei confronti di chi, approfittando delle condizioni di vulnerabilità o di inferiorità psichica o di



necessità di una persona, con abuso delle relazioni familiari, domestiche, lavorative o dell'autorità derivante dall'affidamento della persona per ragioni di cura, istruzione o educazione, vigilanza o custodia, la induce a contrarre matrimonio o unione civile. La fattispecie è aggravata quando il reato è commesso in danno di minori e si procede anche quando il fatto è commesso all'estero da o in danno di un cittadino italiano o di uno straniero residente in Italia.

- **Violazione allontanamento dalla casa familiare:** all'art. 387-bis c.p. si introduce il delitto di violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa. Il nuovo reato punisce con la reclusione da sei mesi a tre anni chiunque violi gli obblighi o i divieti derivanti dal provvedimento che applica le misure cautelari dell'allontanamento dalla casa familiare (art. 282-bis c.p.p.) e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art. 282-ter c.p.p.) o l'ordine di allontanamento d'urgenza dalla casa familiare (art. 384-bis c.p.p.).
- **Reato di sfregio:** il nuovo delitto di deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, introdotto all'art. 583-quinquies c.p.), punito con la reclusione da 8 a 14 anni. Quando dalla commissione di tale delitto consegua l'omicidio si prevede la pena dell'ergastolo. La riforma inserisce inoltre questo nuovo delitto nel catalogo dei reati intenzionali violenti che danno diritto all'indennizzo da parte dello Stato.
- **Maltrattamenti e stalking:** con ulteriori interventi sul Codice penale, la legge n. 69/2919 interviene sul delitto di maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.) inasprendo la pena che diventa quella della reclusione da 3 a 7 anni (non più da 2 a 6 anni). Inoltre, si prevede una fattispecie aggravata speciale (pena aumentata fino alla metà) quando il delitto è commesso in presenza o in danno di minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità, ovvero se il fatto è commesso con armi. Il minore che assiste ai maltrattamenti viene, inoltre, sempre considerato persona offesa dal reato. Inoltre, il delitto di maltrattamenti contro familiari e conviventi è inserito nell'elenco dei delitti che consentono nei confronti degli indiziati l'applicazione di misure di prevenzione, tra le quali quella del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona da proteggere. Pene inasprite anche per il reato di atti persecutori (stalking) di cui all'art. 612-bis del Codice penale: la pena è stata sostituita con quella della reclusione da un anno a 6 anni e 6 mesi (anziché da 6 mesi a 5 anni)
- **Violenza sessuale:** inasprite le pene per i delitti di violenza sessuale (artt. da 609-bis a 609-octies c.p.). In particolare, il provvedimento modifica l'art. 609-bis c.p. (Violenza sessuale) per punire con la reclusione da 6 a 12 anni chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali. Il provvedimento, inoltre, rimodula e inasprisce le aggravanti quando la violenza sessuale è commessa in danno di minore. Quanto al delitto di atti sessuali con minorenni (art. 609-quater c.p.) si prevede l'aumento della pena fino a un terzo quando gli atti siano commessi con minori di anni 14 in cambio di denaro o di qualsiasi altra utilità, anche solo promessi. Tale delitto diviene inoltre procedibile d'ufficio.



- **Braccialetto elettronico:** Tra le novità procedurali emerge la modifica della misura cautelare del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, per consentire al giudice di garantire il rispetto della misura coercitiva attraverso procedure di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici (c.d. braccialetto elettronico).
- **Percorsi recupero per sospensione pena:** in caso di condanna per reati sessuali, la sospensione condizionale della pena viene subordinata alla partecipazione a percorsi di recupero ad hoc presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per reati sessuali. Il costo dei percorsi di recupero, in mancanza di una convenzione dell'ente con lo Stato, è a carico del condannato

Dalle misure varate nel 2019, emerge la particolare attenzione del legislatore alla fase delle indagini preliminari, con una evidente accelerazione delle azioni della polizia giudiziaria e del pubblico ministero.

La legge n. 69 del 2019, infatti, fra altre, introduce modifiche e integrazioni del quadro normativo preesistente, in tema di:

- Obbligo di riferire la notizia del reato (art. 1);
- Assunzione di informazioni (art. 2);
- Atti diretti e atti delegati (art.3);
- Formazione degli operatori di polizia (art.5).

Il disegno approvato ha previsto poi numerosi articoli che rispondono alle esigenze di una maggior tutela della vittima:

- modifiche al Codice penale, creando nuove fattispecie di reato (artt. 4, 7, 10, 12), modificando la disciplina della sospensione condizionale della pena (art. 6) e sulla procedibilità (art. 9, co. 4, lett. b), incrementando le pene per determinati reati (art. 9, co. 1, 2 e 3; art. 13), modificando la disciplina delle aggravanti e attenuanti (art. 11);
- modifiche al codice di procedura penale e alle relative disposizioni di attuazione, prevedendo la trasmissione di atti al giudice civile (art. 14), comunicazioni alla persona offesa (art. 15);
- modifiche all'ordinamento penitenziario, prevedendo corsi per gli autori di reati (art. 17);
- modifiche al d.lgs. 159/2011, cd. codice antimafia (art. 9, co. 4 e 5);
- inserendo disposizioni a favore degli orfani di crimini domestici (art. 8).

La relazione svela espressamente che: "Il disegno di legge recante "Modifiche al Codice di procedura penale: disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" contiene interventi sul codice di procedura penale accomunati dall'esigenza di evitare che eventuali stasi, nell'acquisizione e nell'iscrizione delle notizie di reato o nello svolgimento delle indagini preliminari, possano pregiudicare la tempestività di interventi, cautelari o di prevenzione, a tutela della vittima dei reati di maltrattamenti, violenza sessuale, atti persecutori e di lesioni aggravate in quanto commesse in contesti familiari o nell'ambito di relazioni di convivenza".



L'intento è quello di garantire l'immediato avvio del procedimento penale con una veloce ricostruzione dei fatti che possano essere posti alla base, ove necessario, di eventuali richieste di provvedimenti "protettivi o di non avvicinamento", così da evitare che una progressione lenta possa porre, ulteriormente, in pericolo la vita e l'incolumità fisica delle vittime di violenza domestica e di genere. A presidio del rispetto di tali provvedimenti, il legislatore ha introdotto una nuova fattispecie di reato con l'articolo 387bis del Codice penale che sanziona, con la reclusione da sei mesi a tre anni, la violazione degli obblighi e dei divieti stabiliti nell'ordinanza applicativa di misure cautelari dell'allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa.

Il disegno del legislatore si muove in primis dalla equiparazione dei reati di violenza di genere e domestica a quelli previsti dall'articolo 407 comma 2 lettera A), numeri da 1) a 6) del c.p.p., integrando in primis l'articolo 347 comma 3 del codice di rito. Pertanto, la polizia giudiziaria che acquisisce la notizia criminis in relazione a "*[...]uno dei delitti previsti dagli articoli 572, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies, 612-bis e 612-ter del codice penale, ovvero dagli articoli 582 e 583-quinquies del codice penale nelle ipotesi aggravate ai sensi degli articoli 576, primo comma, numeri 2, 5 e 5.1, e 577, primo comma, numero 1, e secondo comma, del medesimo codice penale [...]*" ha l'obbligo di comunicarla al pubblico ministero "*immediatamente anche in forma orale. Alla comunicazione orale deve seguire senza ritardo quella scritta con le indicazioni e la documentazione dai commi 1 e 2*". Per una rappresentazione più chiara, le fattispecie riconducibili alla violenza domestica o di genere sono:

- maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.);
- violenza sessuale, aggravata e di gruppo (artt. 609-bis, 609-ter e 609-octies p.);
- atti sessuali con minorenne (art. 609-quater p.);
- corruzione di minorenne (art. 609-quinquies p.);
- atti persecutori (art. 612-bis p.);
- diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (art. 612-ter p.);
- lesioni personali (art. 582 c.p.) e deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso (art. 583-quinquies, c.p.) aggravate ai sensi:
- dell'art. 576, primo comma, n. 2, p., quando commessi:
 - o contro l'ascendente o il discendente,
 - o quando concorre taluna delle circostanze indicate nei numeri 1 e 4 dell'articolo 61 c.p.,
 - o quando è adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso ovvero quando vi è premeditazione;
- dell'art. 576, primo comma, n. 5, c.p., quando commessi in occasione della commissione di taluno dei delitti previsti dagli articoli 572, 600-bis, 600-ter, 609-bis, 609-quater e 609-octies;
- dell'art. 576, primo comma, n. 5.1, c.p., quando commessi dall'autore del delitto previsto dall'articolo 612-bis nei confronti della stessa persona offesa;
- dell'art. 577, primo comma n. 1, p., se il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente *anche per effetto di adozione di minorenne* o contro il



coniuge, anche legalmente separato, contro l'altra parte dell'unione civile o *contro la persona stabilmente convivente con il colpevole o ad esso legata da relazione affettiva*;

- dell'art. 577, secondo comma, c.p., se il fatto è commesso contro il coniuge divorziato, l'altra parte dell'unione civile, ove cessata, *la persona legata al colpevole da stabile convivenza o relazione affettiva, ove cessate*, il fratello o la sorella, *l'adottante o l'adottato nei casi regolati dal titolo VIII del libro primo del codice civile*, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo, o contro un affine in linea retta.

In questa fase delicatissima, la polizia giudiziaria è chiamata a qualificare fatti che, latu sensu, potrebbero essere sussunti alle fattispecie di violenza domestica, per adempiere all'obbligo di comunicazione immediata. La frammentarietà della prima notizia e il peso dell'urgenza potrebbero spingere gli operatori (nella maggior parte dei casi non specializzati) a ricondurre a violenza domestica o di genere fatti che giuridicamente non lo sono. Salvo i casi di tangibile pericolo per la vittima, il rischio di inflazionare i casi in realtà non inquadrabili nel peculiare regime del "codice rosso", determinerebbe un livellamento di situazioni diverse che vanificherebbe lo spirito della legge. E' proprio per tale ragione che il legislatore ha introdotto la formazione specifica ed obbligatoria degli operatori di polizia con l'articolo 5 della legge 69, secondo il quale: *"la Polizia di Stato, l'Arma dei carabinieri e il Corpo di Polizia penitenziaria attivano presso i rispettivi istituti di formazione specifici corsi destinati al personale che esercita funzioni di pubblica sicurezza e di polizia giudiziaria in relazione alla prevenzione e al perseguimento dei reati di cui agli articoli 1, 2 e 3 o che interviene nel trattamento penitenziario delle persone per essi condannate. La frequenza dei corsi è obbligatoria per il personale individuato dall'amministrazione di appartenenza"*.

La modifica sopra richiamata consente **l'immediato intervento del pubblico ministero** per garantire una tempestiva direzione delle indagini, a salvaguardia degli interessi tutelati dalle norme sopra richiamate. Dalla priorità imposta dal legislatore, si desume che la polizia giudiziaria, così come il pubblico ministero, deve riservare adeguate risorse con le quali trattare con celerità le indagini preliminari su tali delitti, anche a discapito degli altri reati di non paritaria priorità. Fermo restando l'obbligo di riferire immediatamente le notizie di reato *prima facie* riconducibili a fatti di violenza domestica o di genere, il procedimento acceleratorio che sta alla base della nuova disposizione non può operare in modo indifferenziato, pena il blocco della stessa macchina di tutela.

Compito principale del pubblico ministero sarà, quindi, quello di individuare, in sinergia con la polizia giudiziaria, la priorità nella priorità formale, vagliando le fattispecie di reato oggetto di indagine, la gravità del fatto risultante in concreto, l'opportunità di impiegare le risorse modulandole sulle necessità di tutela della persona offesa. In particolare, con l'art. 2 della l. 69/2019, è stato inserito un nuovo comma 1-ter all'art. 362 c.p.p., per il quale il pubblico ministero, entro 3 giorni dall'iscrizione della notizia di reato, assume informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato i fatti di reati di violenza domestica e di genere di cui all'articolo 347 c.p.p. L'atto, in assenza di espresse indicazioni del legislatore, è comunque



delegabile alla polizia giudiziaria ai sensi dell'articolo 370 c.p.p. Inutile evidenziare che nella pratica giudiziaria tale termine non potrà, quasi mai, essere rispettato: l'individuazione della "priorità nella priorità formale" è quindi fondamentale.

A titolo esemplificativo, nel termine di tre giorni, dovrebbe essere assicurata l'iscrizione della notizia di reato, l'esame accurato della notizia di reato da parte del pubblico ministero, la predisposizione di una articolata delega ad hoc (non solo formale), la trasmissione della stessa all'ufficio della polizia giudiziaria (che nel frattempo opera costantemente in altre attività preventive e repressive, anche gravi), la ricezione e l'esame delle disposizioni impartite e quindi la convocazione della persona da ascoltare. In buona sostanza, si può affermare che è imposto un termine formale rigido dal quale deve discendere il più rapido intervento possibile della polizia giudiziaria e del pubblico ministero a tutela della persona offesa.

L'assunzione tempestiva di un quadro esaustivo e completo del fatto potrà consentire al pubblico ministero di richiedere l'emissione di misure cautelari, secondo i criteri legali di adeguatezza, proporzionalità e gradualità imposti dall'articolo 275 del c.p.p., per la migliore tutela della vittima. Fra le misure cautelari spesso ritenute adeguate alla tutela delle vittime di violenza domestica o di genere, vi è *l'allontanamento dalla casa familiare* previsto dall'articolo 282bis del c.p.p. e il *divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa* previsto dall'articolo 282ter del c.p.p. Il legislatore della riforma, per irrobustire la tutela della vittima, ha introdotto l'articolo 387bis del Codice penale che sanziona, con la reclusione da sei mesi a tre anni, la violazione degli obblighi e dei divieti stabiliti nell'ordinanza applicativa di misure cautelari dell'allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa. La violazione delle misure cautelari si accompagna in maniera esponenziale ad episodi che ledono gravemente l'incolumità della vittima, finanche alla sua uccisione. L'intervento dell'autorità giudiziaria, postumo al fatto di violazione, si potrebbe rivelare inefficace in concreto.

L'operato della polizia giudiziaria, nelle ipotesi di violazione della misura cautelare, deve essere diversificato sulla base della tipologia di misura cautelare violata e del reato presupposto della medesima. Il reato di cui all'articolo 387bis è proprio, poiché può essere commesso solo da chi è sottoposto legalmente ad una specifica misura cautelare; è punibile esclusivamente a titolo di dolo; non è ammissibile una responsabilità per colpa, in assenza di una espressa previsione della legge, ai sensi dell'articolo 42 secondo comma del c.p. È un reato formale, procedibile d'ufficio, ma non è consentito l'arresto in flagranza, come anticipato. Pertanto, è assolutamente indispensabile individuare tutti quegli strumenti che possano garantire una tutela della vittima efficace e concreta. Senza presunzione di completezza, ma quale spunto di riflessione, si possono esaminare alcuni scenari immaginabili. L'attenzione, in particolare, è rivolta ai casi in cui la misura in atto sia quella dell'allontanamento dalla casa familiare o del divieto di avvicinamento alla vittima, conseguente alla commissione di reati di natura abituale, quale quelli di cui all'articolo 572 e 612bis del Codice penale. La vittima di queste fattispecie è un "bersaglio" piegato a sopportare nel tempo una pluralità di atti offensivi, identici o omogenei. Il comportamento dell'autore può atteggiarsi come routinario, ma in molti casi può risultare esponenziale o improvvisamente "esplosivo". L'allontanamento dalla casa



familiare o il divieto di avvicinamento alla persona offesa, in questi casi, possono arginare, solo in parte, la volontà dell'autore di perseverare nel suo agire criminale.

La persona sottoposta alle indagini, pur non perpetrando il reato di maltrattamenti, potrebbe far rientro presso l'abitazione familiare, innescando la reazione della vittima e il successivo intervento della polizia giudiziaria. A tal proposito, l'ordinanza del Gip è assimilabile, negli effetti, agli ordini di protezione ex articolo 342bis del Codice civile, con i quali il giudice civile ordina al convivente reo della condotta pregiudizievole la cessazione della stessa, disponendone l'allontanamento dalla casa familiare. La sussidiarietà sostanziale della funzione del Gip si ricava dai poteri attribuitigli dall'articolo 282bis del c.p.p., secondo il quale (comma 1): "*(..) il giudice prescrive all'imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l'autorizzazione del giudice che procede (..)* ", disponendo altresì, su richiesta del pubblico ministero, in ordine ai rapporti economico-patrimoniali (comma 3), con l'ingiunzione del: "*(..) pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto della misura cautelare disposta, rimangono prive di mezzi adeguati. Il giudice determina la misura dell'assegno tenendo conto delle circostanze e dei redditi dell'obbligato e stabilisce le modalità ed i termini del versamento. Può ordinare, se necessario, che l'assegno sia versato direttamente al beneficiario da parte del datore di lavoro dell'obbligato, detraendolo dalla retribuzione a lui spettante. L'ordine di pagamento ha efficacia di titolo esecutivo.*"

Il giudice penale, così come quello civile, esclude l'autore della condotta illecita dalla disponibilità dell'abitazione familiare, riservandola alla vittima della condotta illecita che ne potrà disporre in via esclusiva. L'effetto giuridico è equiparabile a quello che discende dai provvedimenti civilistici che dispongono l'assegnazione dell'abitazione familiare. La persona sottoposta alle indagini non avrà più, ancorché in via provvisoria, domicilio presso l'abitazione familiare, ormai "abitazione altrui", in forza del provvedimento giudiziale. Gli effetti di tale provvedimento si riverberano sulle conseguenze giuridiche della condotta violativa della misura penale dell'allontanamento dalla casa familiare. L'autore di tale condotta, con un'unica azione, infatti, infrange la nuova disposizione di cui all'articolo 387bis e quella di cui all'articolo 614 del Codice penale, fra loro in concorso formale ex articolo 81 c.p.

La violazione di tale ultima norma consente, alla presenza dei presupposti legali, di procedere all'arresto facoltativo in flagranza, ai sensi dell'articolo 381 comma 2 lett. F bis del c.p.p., preservando la vittima da ulteriori conseguenze. In assenza di dolo, l'autore non potrà essere chiamato a rispondere neanche a titolo di colpa. La persona sottoposta alle indagini verrà fermata, identificata e invitata ad allontanarsi. Il fatto dovrà essere segnalato comunque all'autorità giudiziaria, preposta alla valutazione del caso, anche alla luce delle altre risultanze investigative. Il destinatario della misura cautelare, in altre circostanze, può invece agire con previsione e volizione, infrangendo l'ordine imposto dal giudice al fine di prendere contatto fisico con la persona offesa. La condotta violativa in sé, con tutta probabilità, si andrà ad aggiungere alla serie degli atti che hanno già integrato il reato presupposto della misura cautelare, quello di cui all'articolo 612bis c.p.



La ratio del "codice rosso" è quella di ridurre le distanze fra le vittime e l'intervento dell'autorità giudiziaria: la cronaca ci conferma che non basta. La polizia giudiziaria è l'organo che, per primo, viene chiamato a fronteggiare il paventato episodio criminoso ai danni della persona offesa: l'intervento è pressoché immediato, soprattutto per quelle vicende già note alle forze di polizia, per le quali la soglia di attenzione è stata innalzata. Il corretto inquadramento dei fatti e l'utilizzo qualificato degli strumenti giuridici a disposizione della polizia giudiziaria potrebbero, comunque, evitare o limitare tragici eventi, ancor prima dell'intervento dell'autorità giudiziaria. Quest'ultima, fra l'altro, sarà chiamata, ritualmente, a vagliare l'operato della polizia giudiziaria, per proporre la convalida o la eventuale censura, garantendo così anche i diritti della persona sottoposta alle indagini.



Capitolo sesto

Promozione della non-violenza sulle donne

6.1 Fondazione Roberta Lanzino ONLUS

“Roberta Lanzino ha 19 anni, quando, sulla strada per il mare, dove si sta recando, in motorino, seguita a breve distanza dai genitori che si fermano per brevi soste impreviste, viene selvaggiamente aggredita, seviziata, violentata e uccisa. La sua giovane vita viene spezzata, così, all’improvviso e casualmente. Una semplice, felice, solare, ragazza, muore, barbaramente muore, per la sola “colpa” di essere donna. Una ragazza, una possibile figlia di ogni mamma e di ogni papà. Concluso brillantemente il primo anno di vita universitaria, si preparava a vivere la spensierata felicità di una estate al mare, in attesa di una nuova esperienza che l’attendeva a settembre, in un Campus sindacale. Settembre che per lei non arriverà mai. Arriva invece la mano assassina degli stupratori. Roberta muore, per un taglio alla gola: le spalline, conficcate nella bocca, certo per attutire il suo urlo di dolore; almeno cinquanta ferite e una caviglia slogata: il suo vano tentativo di sfuggire alla furia delle bestie umane. E sul suo corpo, l’impronta biologica degli assassini, quel liquido seminale, testimonianza di una violenza connotata. Eppure, lo Stato ha assolto. Non per assenza di indizi, ma perché la scienza investigativa, che ha il compito di elevare alla dignità di prova gli indizi raccolti, si è dimostrata inadeguata, non professionale, incapace, come apertamente dichiara la stessa sentenza di assoluzione. La Storia di Roberta è questa. Ha camminato con noi, limpida, luminosa, bella, semplice, pulita. Ha seminato sana allegria. Ci ha amato”



La Fondazione “Roberta Lanzino” nata da quella tragedia, e voluta fortemente dai genitori, assume nel tempo significati sempre più decisi e simbolicamente forti. Prima è il desiderio di memoria, è la mano tesa alla collettività perché non dimentichi quel sacrificio; è la voglia di dare all’assurdità inspiegabile, un senso; alla morte, l’illusione della vita. Poi diventa di più. La certezza che quella tragedia non può rimanere patrimonio privato del singolo, perché essa appartiene alla coscienza di tutti. Il diritto alla Vita e alla Giustizia negato a Roberta è il diritto alla Vita e alla Giustizia negato



ad ogni Uomo e ad ogni Donna. La morte di Roberta, non la prima nella Storia della Calabria, non certo la prima nella Storia delle Donne, ha rappresentato per la Regione, un punto di non ritorno: da lì, sono nate nuove consapevolezze e se oggi, anche in Calabria, si riesce a nominare la violenza alle donne e ai minori, lo si deve molto alla forza propulsiva di quella morte, che ha spinto in avanti la costruzione di una cultura del rispetto dei generi e dei deboli. Sorta per volontà dei genitori, dopo l'assassinio per stupro di Roberta, figlia dei fondatori, la Fondazione "Roberta Lanzino" ha immediatamente individuato come ambito specifico di operativo interesse, la lotta contro ogni forma di violenza nei confronti delle donne, dei minori e dei soggetti deboli e subito, a partire dall'area geografica Cosenza-Rende (CS), ha via via allargato l'ambito territoriale di intervento a tutta la Regione Calabria, non trascurando di abbracciare zone e ambienti periferici e dimenticati. La Fondazione "Roberta Lanzino" nasce dunque da un dolore. Da un dolore e da un'imprescindibile domanda: può la lotta alla brutalità dello stupro, alla sopraffazione della donna, essere battaglia che riguarda solo chi la violenza la subisce sulla sua pelle? Avendo risposto NO a questa domanda, la famiglia di Roberta, con la costituzione della Fondazione "Roberta Lanzino" ONLUS, nel 1989, ha deciso di intraprendere, cosa difficilissima per quei tempi, una decisa azione di diffusione anche in Calabria, della cultura della non violenza alle donne, sapendo che essa può diventare vera e proficua solo se non ci si limita a dibattere e ad indignarsi, ma tocca con mano, affronta, propone e determina cambiamento. Attiva da trenta anni sul territorio della Calabria, la Fondazione "Roberta Lanzino" si impegna quotidianamente e a 360 gradi, in un'azione complessiva e gratuita di ascolto, sostegno, assistenza legale e psicologica, accompagnamento, ospitalità, delle donne che trovano, attraverso mille difficoltà, la forza di rompere la catena della violenza, una violenza che si perpetra, molto spesso e in misura inimmaginabile, tra le "sicure" mura domestiche.

La sua vision e la sua mission si concentrano intorno al dettato della sua carta fondativa: lo STATUTO, firmato presso lo studio del notaio Amato, a Cosenza, il 26 luglio 1989 ad un anno dalla tragedia:

- Attivare in Calabria la lotta contro la violenza sessuale o altra forma di violenza perpetrata all'esterno o all'interno della famiglia nei confronti di donne, minori o soggetti in condizione di particolare debolezza;
- Assicurare ai suddetti soggetti assistenza legale e tecnica attraverso;
- la consulenza e la costituzione di parte civile nei processi penali per abuso, maltrattamento e stupro;
- Dare sostegno psicologico e accoglienza mirata alla riconquista dei diritti e della dignità offesi.

Promuovere la cultura della non violenza rendendo partecipe e coinvolgendo l'opinione pubblica, i mass media, le Istituzioni, le OO.SS che operano nel campo socioculturale e politico e le Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado. Dunque, alla Fondazione non poteva bastare essere nata con la voglia di lottare, aiutare, sostenere. Bisognava contattare i tanti rivoli sociali (parrocchie, quartieri, scuole, istituzioni) per sradicare stereotipi, per correggere false credenze, per diffondere la sapienza storica del valore e del contributo delle donne sia all'interno delle famiglie, sia più in generale, nel mondo, nonostante il vento contrario delle leggi degli uomini,



che certamente hanno giocato un ruolo importante nella costruzione di una davvero ingiustificata disparità.

All'interno di questa finalità, la Fondazione si muove e opera in tre specifiche AREE, attivando Servizi in regime di volontariato e di gratuità:

- AREA DEL SOSTEGNO;
- AREA DELL'ACCOGLIENZA;
- AREA DELLA FORMAZIONE.

Area del Sostegno: La Fondazione "Roberta Lanzino" onlus ha aperto e costruito luoghi di riferimento, dislocati nel territorio calabrese. Si tratta di punti di ascolto capaci di raccogliere la domanda e di collegarsi alla sede operativa sita in Via Verdi 5, a Rende (CS) che è il centro pulsante dell'attività complessiva. Essa inoltre è collegata al numero verde nazionale 1522. L'attività di sostegno e accoglienza si espleta attraverso i seguenti servizi:

Ascolto telefonico e in sede: (cav) ripetuti incontri di Ascolto contenitivo e partecipativo. L'obiettivo è quello di contenere il trauma, trasmettere fiducia, decodificare il bisogno, porsi concretamente accanto, costruire un progetto individualizzato per ciascuna donna.

Sostegno legale: consulenza legale ossia quella serie di informazioni capaci di chiarire alla donna ogni eventuale dubbio sui suoi Diritti e sulla situazione contingente; assistenza legale nel procedimento giudiziario, nei vari gradi di giudizio; affiancamento nel processo anche con la Costituzione di parte civile della stessa Fondazione; accompagnamento e sostegno negli iter burocratici

Sostegno psicologico: percorsi di counseling psicologico. L'obiettivo si configura nel favorire e sostenere il cammino di autostima e autonomia.

Sostegno relazionale: offerta di momenti di aggregazione e socializzazione con l'équipe della Fondazione e con il territorio (cineforum; incontri di informazione sanitaria; convegni; incontri culturali; mostre d'arte; intrattenimento dei minori) Inoltre, se nella costruzione del progetto di uscita dalla violenza, risulta essenziale l'allontanamento della donna dalla casa familiare, e sempre se la donna ne fa richiesta, la Fondazione offre alla donna ospitalità con domicilio notturno e diurno nella Casa rifugio: LA CASA di Roberta

Sostegno alimentare: con l'obiettivo di farsi concretamente partecipi anche delle difficoltà economiche di famiglie del territorio, nelle quali, anche se solo per motivi economici e sociali, la situazione delle donne, appare fortemente sacrificata.

Nel corso degli anni, operando nel campo del contrasto alla violenza di genere, e affiancando le donne e i loro figli, nella complessa gestione dei percorsi di uscita dalla violenza, la Fondazione ha avvertito la necessità di inserire nel progetto l'ospitalità diurna e notturna delle vittime di violenza di genere costrette spesso a lasciare la propria dimora. Da questa attenta analisi del bisogno, nasce e si realizza il progetto



di costruzione de *LA CASA di Roberta*. La *CASA di Roberta* dunque è un luogo deputato all'accoglienza e all'ospitalità di Donne con o senza minori, vittime di violenza ed abusi in famiglia o fuori dalla famiglia e dunque in forte difficoltà e disagio. Costruita con Fondi POR della Regione Calabria, *La CASA di Roberta* è una struttura moderna, concepita come luogo ridente e accogliente, in cui la donna trova rifugio, ascolto, sostegno e costruisce, insieme alle operatrici, nel rispetto dei suoi tempi, il suo progetto individualizzato di uscita dalla situazione di violenza.

il Progetto di Ospitalità: due gli appartamenti a disposizione ne *La CASA di Roberta*: "La Bussola" (Piano secondo) per n° 10 persone e "L'Orizzonte" (Piano terzo) per n° 10 persone. Il Progetto di ospitalità, gratuito, come tutti i servizi offerti dalla Fondazione, coincide con molti dei passaggi operativi descritti in relazione ai Progetti di sostegno: ascolto telefonico e accoglienza in sede. Il progetto dell'ospitalità però, poiché risponde a situazioni di maggiore urgenza e pericolo, impone una particolare rapidità di risposta, sia per quanto riguarda la presa in carico della situazione, sia per quanto riguarda il contatto con i professionisti e con la Rete dei Servizi.

- La donna viene innanzitutto ascoltata dal gruppo dell'accoglienza, che segnala alla Dirigenza la richiesta di ospitalità.
- L'équipe formula insieme alla donna prima un Progetto di massima che risponda alle urgenze immediate e subito dopo, non appena la situazione ha un inquadramento più preciso, un percorso più dettagliato di passi, percorso che viene continuamente sottoposto a verifica per eventuali necessari aggiustamenti.
- All'interno degli appartamenti/rifugio, alla donna è assicurata la massima protezione.
- I minori, se presenti, vengono seguiti, principalmente dalla mamma, anche sostenuta da personale competente per l'intrattenimento ludico e scolastico.
- Il personale è a disposizione della donna per tutte le evenienze.
- Nel corso delle attività decise, la donna viene supportata e assistita nel percorso legale e psicologico (se richiesto) e accompagnata nei contatti con la RETE: i Servizi sociali, i Tribunali, le Scuole ecc. e per tutte le esigenze dettate dalla quotidianità.

Area della formazione: la Fondazione si impegna attivamente a diffondere la cultura della non-violenza all'interno della società calabrese. Le concrete modalità di intervento in questa area sono:

- Informazione;
- Formazione.

L'informazione: la finalità di crescita culturale dell'intero territorio sul tema della violenza, con particolare riferimento alla violenza verso le donne e i bambini, si concretizza attraverso il coinvolgimento di sempre più larghe fasce di cittadini in attività varie Convegni, Seminari di studio, Sostegno tesi, Biblioteca, Studi e ricerche, Pubblicazioni, tra cui il numero unico annuale della Rivista: "Oltre il disagio", e numerosi video tematici.



La formazione: Per la formazione si privilegia l'attività nelle Scuole di ogni ordine e grado, con un'attenzione particolare rivolta alla fascia adolescenziale. La variegata popolazione giovanile è raggiunta nelle sedi scolastiche di appartenenza attraverso i bandi di concorso mirati, Borse di studio, Premi, Indagini, Progetti strutturati e di lunga durata, iniziative queste tutte orientate a rafforzare l'ascolto, la percezione e la conoscenza del sé, allo scopo di individuare, con il contributo di tante valide strategie e opportuni strumenti, forme educative di aggressione preventiva del problema della violenza di genere e in generale della relazionalità disturbata. Al tema specifico della violenza alle donne e ai minori si intreccia poi sempre, implicitamente ed esplicitamente, l'attenzione verso la cultura della legalità, dell'accoglienza, dell'incontro, della solidarietà, della relazione positiva, dell'ascolto, del rispetto, nonché verso i temi di interesse specifico dell'adolescenza, tra cui le dipendenze, non ultime, le nuove dipendenza dal virtuale. Agli studenti si richiede sempre un coinvolgimento diretto e una produzione riflessiva sulle tematiche affrontate, in una dimensione partecipata e libera nella scelta dei codici comunicativi. Attenzione non minore è rivolta alla formazione degli operatori e alla sensibilizzazione diffusa a cui si indirizzano:

- Interventi formativi consolidati di aggiornamento (Progetti: "Misuriamoci con le emozioni" e "AutonomaMENTE formate")
- Progetti riconosciuti e approvati a seguito di partecipazione a Bandi regionali e nazionali;
- interventi di formazione per volontari di servizio civile che si candidano a partecipare ai progetti
- Interventi di accompagnamento a tesi universitarie espressamente destinate all'analisi di temi inerenti al contrasto della violenza di genere, ma anche tematici sull'attività e il ruolo della Fondazione "Roberta Lanzino" nel contesto territoriale calabrese
- Attivazione e implementazione di una BIBLIOTECA DI GENERE e DEL SOCIALE, entrata a far parte del Catalogo Unico Nazionale
- Attivazione e implementazione di una pinacoteca di genere, in mostra permanente nella sede della Fondazione e itinerante, su richiesta
- Open space attrezzato, offerto ai bisogni di Associazioni, Partiti, Cittadini e dunque Centro di animazione culturale ad ampio raggio

Si riportano alcune tabelle esplicative elaborate a seguito di uno studio quinquennale della Fondazione:

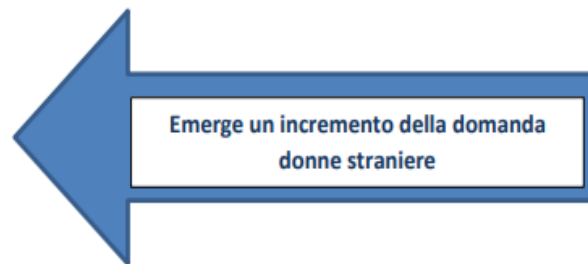


MONITORAGGIO QUINQUENNALE 2014-2018
CAV Fondazione "Roberta Lanzino"

N.B. Per l'anno 2018, i dati sono riferibili al periodo 1° Gennaio al 23 Ottobre

ANNO	Primo contatto	Prima accoglienza di ascolto	N° totale incontri di ascolto	Presa in carico con Progetto DONNE
2014	N° 102	N° 87	200	60
2015	106	70	140	70
2016	97	70	210	46
2017	118	118	302	41
2018	75	69	170	48
Totale	498	414	1022	265

NAZIONALITÀ DELLE DONNE		
ANNO	ITALIANE	STRANIERE
2014	92	10
2015	90	16
2016	87	10
2017	102	16
2018	54	21



ETÀ DELLE DONNE							
ANNO	Meno di 15 anni	15-18	19-25	26-30	31-40	41-50	Oltre 50
2014	1	3	5	20	34	23	16
2015	0	4	15	21	31	16	19
2016	1	3	14	19	22	18	20
2017	0	13	22	13	28	21	21
2018	0	4	7	14	26	15	9



Fondazione "Roberta Lanzino" onlus – Monitoraggio attività Quinquennio 2014-2018



MONITORAGGIO QUINQUENNALE 2014-2018
PRESA IN CARICO
PROGETTI ATTIVATI

MONITORAGGIO QUINQUENNALE 2014-2018					
PROGETTI ATTIVATI DI ATTIVITÀ LEGALE					
ANNO	Consulenza Legale DONNE	MINORI	Assistenza Legale DONNE	MINORI	Totale Incontri per attività di supporto In consulenza e in assistenza
2014	47		15		105
2015	60		6		180
2016	30	0	16	0	96
2017	19	1	6	1	148
2018	43	3	11	1	238
TOTALE	199	4	54	2	767

MONITORAGGIO QUINQUENNALE 2014-2018

PRESA IN CARICO-PROGETTI ATTIVATI DI OSPITALITÀ
CASA RIFUGIO LA CASA DI ROBERTA

OSPITALITÀ				
ANNO	DONNE	MINORI	TOTALE N° OSPITI	GIORNATE DI PERMANENZA COMPLESSIVA
2014	2		2	22
2015	6	9	15	484
2016	8	10	18	1362
2017	8	6	14	657
2018	21	15	36	2769
TOTALE	45	40	85	5294



Conclusioni

Con l'elaborato che è stato prodotto si è voluto mettere in evidenza l'importanza di applicare nuove disposizioni di leggi che privilegino gli Infermieri specializzati, divenuti tali da un bagaglio culturale e professionale senz'altro più ricco dopo aver conseguito il Master in Infermiere Legale e Forense. I motivi per cui si dovrebbe ricorrere a ciò, possono trovare radice sia nella necessità di assicurare posti di lavoro specifici relativi al titolo di studio, premiando dunque l'impegno, la costanza e la formazione specifica, ma anche, nella necessità di assicurare una migliore qualità di assistenza sanitaria, nei confronti di pazienti (in questo caso donne vittime di violenza) che si affidano al sistema sanitario per ottenere una cura dei loro mali: "non esistono malattie, ma malati, cioè un dato modo di ammalarsi proprio di ciascuno, corrispondente alla sua profonda individualità somatica, umorale, psicologica" (Don Carlo Gnocchi, 1954).

Questa espressione racchiude l'importanza di porre al centro dell'assistenza il malato, verso il quale instaurare un piano di assistenza specifico ai suoi bisogni di cura.

È questo il modo in cui una donna vittima di abuso/violenza fisica è utile che venga trattata, nella realtà di un Pronto Soccorso: non oggetto di predefinite linee guida, protocolli e standard da rispettare minuziosamente, bensì posta al centro del suo dolore e della sua sofferenza, in modo tale da sentirsi libera di esprimerlo, di urlarlo, farlo uscire fuori da se stessa e osservarlo, tastarlo, farlo suo e accettarlo, senza aver timore di non essere creduta, ascoltata o di subire una seconda vittimizzazione.

È tale il motivo per cui è forte l'esigenza di instaurare la figura di un Infermiere specialista, che lavori su turni, in Pronto Soccorso, e che sia sempre presente, anche di notte ad accogliere questa tipologia di pazienti.

E' utile che gli infermieri non specializzati abbiano la facoltà e il diritto di non gestire ed instaurare un piano di assistenza ad una donna abusata, ma di essere a conoscenza dei percorsi interni a cui la donna possa esser indirizzata per ottenere la migliore assistenza del caso: è importante che non solo la Donna non subisca una seconda vittimizzazione per mano dell'incompetenza sanitaria, ma anche che un professionista sanitario non subisca l'onere emotivo derivante da una tale situazione che gli procurerebbe solo stress emotivo, non essendo preparato alla gestione di un caso di tali dimensioni.

Anche l'attenzione e l'importanza con cui si considera la vittima dovrebbe essere migliorata, al fine da evitare che si instauri in lei la paura nel denunciare il suo persecutore e le violenze che su lei stessa si ripercuotono.

È importante sfatare, inoltre, il mito che la violenza avvenga perché è la donna ad averla provocata: e in questa categoria rientra il tipo di abbigliamento indossato dalla donna quando la violenza è avvenuta. "Che indossavi quando ti hanno stuprato?", nonostante sia la domanda più inutile nei casi di violenza, è certamente la più diffusa, e la più cruda da rivolgere ad una donna sotto shock (Savojni, 2014).

Stereotipo che Jen Brockman, direttrice del centro per la prevenzione e formazione sessuale del Kansas, ha cercato di combattere allestendo una mostra degli abiti indossati da donne che avevano subito violenza, al fine di eliminare il senso di colpa delle superstiti, e far capire che non c'è giustificazione alcuna alla violenza (Cortigiano, 2017). Molte vittime, grazie a quella mostra, hanno compreso che il senso di colpa che gravava su di loro era del tutto infondato e hanno capito che non



era stata colpa loro. “Non è l’abbigliamento che provoca una violenza sessuale, è l’uomo che fa del male” (Cortigiano, 2017, p. 1).

È ora che anche l’Italia si mobiliti ad una dimostrazione di forza- comprensione- coraggio nei confronti di chi sta combattendo contro sé stessa a riacquistare la dignità, strappata via dalla violenza, per mano spesso di chi professava loro l’amore eterno.



Bibliografia

WHO. Global Consultation on Violence and Health. 1996..

Dimensione Salute Studio Afis. Assistenza sanitaria, psico-sociale nelle situazioni di violenza sulle donne. [Online].; 2013 [cited 2015 luglio. Available from: <http://www.studioafis.it/assistenza-sanitaria-psico-sociale-nelle-situazioni-di-violenza-sulledonne/>.

Bianchi M. La Violenza fisica sulla donna. [Online]. [cited 2015 agosto. Available from: <http://www.psicologiadonna.altervista.org/violenzafisica.html>.

United Nations Children's Fund. La violenza domestica contro le donne e le bambine. [Online].; giugno 2000 [cited 2015 settembre. Available from: <http://www.unicefirc.org/publications/pdf/digest6i.pdf>.

Savojni M.K. Vicepresidente AILF. Violenza sessuale: protocollo per gli adulti. Disponibile al sito http://www.ailf.eu/files/works/violenza_sessuale_protocollo.pdf Consultato nel luglio 2015

Del Giudice, G., G. Barbara, and C. Adami. "I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto." (2001): 185-203.

Massimo M.G. IPASVI: Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. Rivista l'Infermiere N°5-2013.

Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, Ministero della Salute, 12 dicembre 2012

Norelli G.A., Magliona B., Aspetti medico legali del triage infermieristico di pronto soccorso, Rivista di diritto delle professioni sanitarie, 4, 1999, p.297

Benci L, Aspetti normativi e responsabilità nel triage, in GFT, op. cit., pp. 151-162

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica. 2019. McGrawHill

Fallani M, Medicina legale e delle assicurazioni, op.cit.

Regione Lazio. Raccomandazioni, Percorso clinico-assistenziale in emergenza della vittima di violenza. [Online].

Procedura unica inter-aziendale Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta. [Online].; dicembre 2013

WHO UWU. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. 2014..

Procedura Operativa per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento: percorso codice rosa" 03.07.18 - ASP di ENNA

Linee guida Codice Rosa, AUSL4 TERAMO, documento PA, revisione 0, 14/06/2014
WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women, Prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. WHO; 2013

Legge n. 69 del 2019



Sitografia

<https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105020.pdf>

<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/che-cos-e-il-triage-infermieristico.html>

<http://www.fondazionerobertalanzino.it/>