

## Il Codice Rosa: un nuovo modello di presa in carico per le vittime di violenza. L'esperienza in Toscana

### The Codice Rosa: a new model of care for victims of violence. The experience in Tuscany

Lore Lorenzi | Anna Coluccia | Fabio Ferretti | Vittoria Doretti | Andrea Pozza | Alessandra Masti

OPEN  ACCESS

Double blind peer review

**How to cite this article:** Lorenzi L. et al. (2022). The codice rosa: a new model of care for victims of violence. The experience in tuscany. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI, 1, 24-37.  
<https://doi.org/10.7347/RIC-012022-p24>

**Corresponding Author:** Lore Lorenzi  
email [lorenlo@unisi.it](mailto:lorenlo@unisi.it)

**Copyright:** © 2022 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

**Received:** 16.06.2021  
**Accepted:** 12.01.2022  
**Published:** 31.03.2022

Pensa MultiMedia  
ISSN 1121-1717 (print)  
ISSN 2240-8053 (on line)  
[doi10.7347/RIC-012022-p24](https://doi.org/10.7347/RIC-012022-p24)

#### Abstract

The dimension of gender-based violence is a phenomenon which, unfortunately, still does not emerge in its real extent: despite the great attention paid on at international and national levels, the available data are still partial and insufficient, due to different reasons: data are largely “submerged” and it is difficult to compare data and studies because they are not exhaustive enough. In this perspective the great work of local anti-violence networks, institutions and associations that have multiplied their efforts, tried to give tangible answers to needs, offering new ways of providing services. For these motivations, the role played in the healthcare system by the “Codice Rosa” model is particularly important. It is necessary to mention the experience of this model in the Tuscany Region, which has set itself the goal of a serious and effective fight against gender violence and has realized a new model for taking care of victims. Through the “Percorso Donna Codice Rosa”, this network activates a specific, direct and punctual intervention within the Emergency Department, which is then developed in a coordinated manner through the various local networks.

**Keywords:** codice rosa, gender based violence, procedures.

#### Riassunto

La violenza di genere è un fenomeno la cui dimensione effettiva purtroppo ancora non emerge nella sua reale entità: nonostante la grande attenzione su di essa a livello internazionale e nazionale i dati disponibili risultano essere ancora parziali a causa sia di un ampio “sommerso”, sia per la difficoltà nel comparare dati e studi poco esaustivi. In questa ottica si inserisce il grande lavoro delle reti locali anti violenza, delle istituzioni e delle associazioni che hanno moltiplicato i loro sforzi cercando di dare risposte concrete ai bisogni e offrendo nuove modalità di erogazione dei servizi. Di particolare rilevanza è il ruolo svolto sul versante sanitario dal modello “Codice Rosa” che, partendo dall’esperienza nella Regione Toscana, si è posto l’obiettivo di un serio ed efficace contrasto alla violenza di genere e come nuovo modello di presa in carico delle vittime. Tale rete attraverso il “Percorso Donna Codice Rosa” attiva un intervento specifico, diretto e tempestivo all’interno dei Pronto Soccorso, che si sviluppa poi in maniera coordinata attraverso le varie reti territoriali.

**Parole chiave:** codice rosa, violenza di genere, procedure.

**Lore Lorenzi**, Santa Maria alle Scotte, University Hospital, Siena Italy | **Anna Coluccia**, Department of Medical Sciences, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Italy | **Fabio Ferretti**, Department of Medical Sciences, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Italy | **Vittoria Doretti**, ASL 9 Grosseto | **Andrea Pozza**, Department of Medical Sciences, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Italy | **Alessandra Masti**, Department of Medical Sciences, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Italy

## Il Codice Rosa: un nuovo modello di presa in carico per le vittime di violenza. L'esperienza in Toscana

### Introduzione

I dati disponibili sulla violenza di genere risultano del tutto carenti e parziali, a causa sia di un ampio “sommerso” sia delle difficoltà nel comparare dati non omogenei tra loro. Il primo studio completo, a livello mondiale, relativo ai dati sulla violenza esercitata contro le donne risale infatti solo al 2002, a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia la prima indagine ISTAT in materia è stata effettuata qualche anno dopo, nel 2006.

Nel 2002 l'OMS con il 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*”<sup>1</sup> ha evidenziato come le conseguenze che derivano dalla violenza di genere agiscano non solo sulla vittima, ma sull'intera società, in termini sia di salute che economici che sociali.

I dati emersi nel rapporto consentono di identificare un fenomeno dalle dimensioni forse prima inimmaginabili, poiché evidenziano come forme di violenza siano state subite da oltre un terzo della popolazione femminile in tutto il mondo e che, tra le modalità violente, la più comune (circa il 30% dei casi) vede come agente del reato il compagno della vittima, a fronte di una quota molto minore, seppure non trascurabile (7,2%) relativa ad abuso sessuale da parte di sconosciuti.

Proprio quella intrafamiliare risulta pertanto la forma più grave di violenza di genere, in considerazione del fatto che il 38% di femminicidi a livello mondiale è compiuto da un partner intimo e che il 42% delle vittime ha sofferto di lesioni provocate dallo stesso. Le donne oggetto di violenza da parte di coniuge, partner o compagno di vita vanno incontro – come si evince dalla lettura del rapporto ora in esame – a un rischio doppio rispetto alle altre di sviluppare disordini di tipo psichiatrico, quali depressione, abuso di farmaci e/o di alcool.

A fronte di una situazione tanto preoccupante come quella descritta dall'OMS nel 2002 è opportuno sottolineare come il femminicidio, secondo l'accezione che nel 1992 fu data a questo termine da Diana Russell<sup>2</sup>, costituisca “*una violenza estrema da parte dell'uomo contro la donna proprio perché donna. Quando parliamo di femminicidio quindi non stiamo semplicemente indicando che è morta una donna, ma che quella donna è morta per mano*”

*di un uomo in un contesto sociale che permette e avalla la violenza degli uomini contro le donne*”. Deve essere cioè rimarcato come il femminicidio rappresenti l'ultimo step di un percorso di violenza che si conclude, appunto con la morte della vittima, la quale spesso è stata oggetto di comportamenti violenti, talvolta subiti e non denunciati, per anni.

La già richiamata indagine ISTAT sul fenomeno violenza di genere (2006) confermò i dati già emersi a livello mondiale, ponendo in evidenza come anche in un Paese democratico in cui il diritto alla autodeterminazione e alla libertà senza vincoli di genere è sancito costituzionalmente fosse necessario attuare una seria e incisiva politica di contrasto alla violenza. Peraltro nello stesso anno nel quale in Italia fu approvata la legge sul femminicidio (2013) furono pubblicati anche i dati di una indagine realizzata da *Intervita*, dal titolo “*Quanto costa il silenzio?*”. Vi emergeva il costo economico della violenza di genere: spese sanitarie, consulenze psicologiche, mancata produttività, ecc. Tale costo fu quantificato in oltre 16 miliardi di euro. Ma al di là di tali pur significative proiezioni anche l'indagine di *Intervita* richiamava l'attenzione su come il fenomeno della violenza rimanesse sovente chiuso all'interno dell'Io della vittima, e ciò talora fino al punto di non ritorno rappresentato dall'esito mortale. Interessante e di particolare rilevanza è anche il “*Global study on homicide*”, rapporto dello United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) del 2019 che studia fattori quali la disuguaglianza, la disoccupazione, l'instabilità politica, gli stereotipi di genere e la criminalità organizzata. Sottolinea inoltre l'importanza che i paesi seguano lo stato di diritto, combattono la corruzione e promuovono lo sviluppo economico e l'istruzione per abbattere la criminalità violenta. Secondo tale studio, le 464.000 vittime di omicidi si confrontano con le 89.000 uccise nei conflitti armati e le 26.000 morte nelle violenze terroristiche nel 2017. Tra il 2015 e il 2017 il numero totale di vittime di omicidio in tutto il mondo è aumentato del 4%, ovvero circa 19.000. Per quanto riguarda le donne “*la casa rimane il luogo più pericoloso*”. Circa 87.000 donne e ragazze sono state uccise nel 2017 e la percentuale uccisa da partner intimi o altri membri della famiglia è passata dal 47% di tutte le donne vittime di omicidio nel 2012 al 58% nel 2017. Il maggior numero (20.000) di tutte le donne uccise in tutto il mondo da partner intimi o familiari nel 2017 si è verificato in Asia, seguita dall'Africa (19.000), dalle Americhe (8.000), dall'Europa (3.000) e dall'Oceania (300). Tuttavia, con un tasso di omicidi legati al partner intimo/familiare di 3.1 per 100.000 abitanti, l'Africa è la regione in cui le donne corrono il maggior rischio di essere uccise dal partner o dai familiari, mentre l'Europa (0.7 per 100.000

1 Pubblicato in collaborazione con la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e la *South African Medical Research Council*.

2 Book by Radford, Jill, Russell, Diana E. H. *Femicide: The Politics of woman killing*, 1992

abitanti) è la regione in cui il rischio è più basso. Il tasso di omicidi legati al partner intimo/alla famiglia è stato elevato anche nelle Americhe nel 2017 con 1.6 per 100.000 donne, così come in Oceania a 1.3 e in Asia a 0.9<sup>3</sup>.

## Il percorso Codice Rosa

A partire dai dati sopra pur succintamente esposti si è fatta sempre più strada la consapevolezza di quanto, di fronte alla violenza di genere, sia fondamentale non solo offrire alle vittime un punto di ascolto e di aiuto concreto ma anche quanto risulti indispensabile agire a titolo preventivo, affinché possa mutare l'atteggiamento dell'intera società nei confronti di un fenomeno il contrasto verso il quale non può essere demandato ai soli operatori volontari operanti nei Centri Antiviolenza. Tali centri rappresentano senza dubbio una importante rete operativa sul territorio, e laddove effettivamente presenti garantiscono un aiuto reale alle vittime di violenza. E tuttavia il loro contributo rimane del tutto insufficiente rispetto alla sempre più cospicua domanda di supporto che si registra in questi anni.

Proprio prendendo spunto dalla domanda di aiuto proveniente dalle vittime, in Toscana fin dal 2007 (con l'emanazione della Legge regionale n. 59 "Norme contro la violenza di genere") la Regione si è posta quale obiettivo un serio ed efficace contrasto alla violenza di genere.

Questa legge racchiude al suo interno dei principi inderogabili e già all'art. 1 recita "La Regione Toscana riconosce che ogni tipo di violenza di genere, psicologica, fisica, sessuale ed economica, ivi compresa la minaccia di tali atti, la persecuzione, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, costituisce una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica e costituisce un'autentica minaccia per la salute ed un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta". Inoltre all'art. 3, proprio ad indicare l'importanza di un'azione da esercitarsi sul territorio, si afferma che "...la Regione sostiene e incentiva la costituzione di una rete di relazioni tra comuni, province, aziende ospedaliere-universitarie, aziende unità sanitarie locali (USL), società della salute ... le forze dell'ordine ... i centri antiviolenza presenti sul territorio che abbiano nei propri statuti tali finalità. [...] La Regione adotta linee guida e di indirizzo contro la violenza di genere ... e promuove intese e protocolli per l'attuazione di interventi omogenei tra i soggetti della rete", ribadendo all'art. 5 che "la rete ... garantisce un collegamento costante tra i soggetti che costituiscono al fine di assicurare alla vittima della violenza il soccorso in ogni fase, presso le strutture ospedaliere o presso le aziende USL, l'intervento dei servizi sociali, l'accoglienza, il sostegno e la protezione presso centri antiviolenza presenti sul territorio o presso case rifugio [...] Al fine di garantire un'assistenza ade-

guata, i soggetti della rete formulano progetti personalizzati che offrono alla vittima ed ai suoi familiari un percorso di uscita dalla violenza compreso il reinserimento sociale, lavorativo, abitativo". Viene in tal modo disegnato un nuovo assetto di gestione del fenomeno della violenza, che non si limita a prestare solo cure sanitarie ma che accompagna la vittima dal suo ingresso in Pronto Soccorso o al momento in cui si rivolge ad un Centro Anti Violenza fino al termine del percorso.

I Centri Anti Violenza della Regione Toscana risultano organizzati in una rete regionale che, oltre ad offrire supporto alle vittime di violenza, trasmette anche i dati all'Osservatorio Regionale il quale, a partire dal 2009, li elabora annualmente e li rende pubblici all'interno di un rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Il rapporto annuale è la premessa indispensabile per la realizzazione di iniziative preventive realmente efficaci rispetto alla effettiva portata del fenomeno. Ed è appunto in quest'ottica di prevenzione che nasce in Toscana il progetto Codice Rosa, promosso dai professionisti sanitari che, supportati dagli operatori dei Centri Anti Violenza, avevano acquisito consapevolezza che gli strumenti normativi, seppure fondamentali come quello regionale sopra richiamato, non sono sufficienti a fronteggiare un fenomeno dai numeri in costante aumento.

Su tali basi nel 2010 a Grosseto, Azienda USL N. 9, prende forma un programma sperimentale, denominato Codice Rosa, dove il termine "rosa" non indica il colore ma il fiore ("rosa bianca") quale simbolo di persona, donna o uomo, vulnerabile alla violenza per le sue caratteristiche (handicap, età, genere, ecc). Questo codice, assegnato a chi si presenta in Pronto Soccorso denotando segni peculiari, determina non solo una priorità di accesso alla struttura sanitaria ma anche esprime la necessità di tutelare la riservatezza della vittima di violenza, dando vita in tal modo ad un percorso condiviso con le varie istituzioni che va al di là della singola prestazione assistenziale in Pronto Soccorso.

Il progetto, prendendo spunto dalle necessità scaturite dalla casistica del territorio, nasce proprio con l'obiettivo di tutelare e mettere in sicurezza le vittime di violenza, in collaborazione anche con le forze di polizia. Fondamentale in questa ottica è l'individuazione precoce della vittima di violenza, non solo con idonea valutazione della eventuale lesività obiettivata ma anche con l'informazione e messa in atto di percorsi assistenziali protetti, atti ad assicurare la massima tutela della vittima. Per raggiungere questi obiettivi è necessaria la collaborazione di più operatori, sanitari e non, che all'unisono debbono necessariamente cooperare e lavorare secondo percorsi predefiniti. Ecco allora che in primis è stata individuata una Task Force che iniziando dalla segnalazione in Pronto Soccorso della vittima con un codice protetto criptato prosegue poi all'esterno con collaborazione con le Forze dell'Ordine e con Istituzioni pubbliche e private che possano prendere in carico la vittima in modo tempestivo e personalizzato. L'importanza della tempestività di risposta al momento del contatto con la struttura ospedaliera è stata evidenziata

3 UNODC United Nations Office on Drugs and Crime "Global study on homicide" 2019

anche mediante la individuazione di un codice ad alta priorità e ciò proprio allo scopo di attivare quanto prima l'intervento degli operatori sanitari, specificamente formati ad accogliere siffatta situazione.

Nel 2011 il progetto-pilota, modulato con respiro locale, si è arricchito della collaborazione di altre istituzioni regionali mediante la sottoscrizione di un Protocollo di intesa tra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica di Firenze, divenendo in tal modo un progetto regionale, con percorsi strutturati in modo diversificato in relazione alle possibili situazioni vittime-correlati. Dal 2014 questi percorsi sono condivisi e diffusi nelle varie aziende sanitarie della regione Toscana.

Con delibera della Regione Toscana del 5 dicembre 2016, infine, è stata costituita la Rete Regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenza e/o abusi. Quest'ultimo atto normativo ha un valore fondamentale nel percorso formulato a favore delle vittime di violenza poiché da un primitivo progetto locale e poi regionale i percorsi divengono una "rete tempo dipendente", ovvero un vero e proprio sistema di aiuto che prevede interconnessioni strutturate e tempestive per fornire assistenza e risposte efficaci alle persone in difficoltà per violenza.

Il modello regionale toscano è stato poi esportato su tutto il territorio italiano al fine di promuovere una omogeneità di tutela delle vittime di violenza ed inserito in una norma apposita (*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018)*).

## La Rete Regionale Toscana "Codice Rosa" e il fenomeno della violenza in Toscana

Il modello Codice Rosa toscano è dunque una rete tempo-dipendente, ovvero rappresenta un iter predefinito, di modalità di accesso e di percorso socio-sanitario, in particolare nei servizi di emergenza urgenza delle donne vittime di violenza di genere e delle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione.

Per garantire omogeneamente il supporto alle vittime di violenza in conformità alle procedure giuridiche e medico legali è stato come già detto redatto un protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Procura generale e Procure territoriali. In questo scenario di fondamentale rilevanza appare la formazione del personale sanitario e non sanitario, personale che deve conoscere non solo le procedure operative da applicare nei singoli casi ma anche deve avere una formazione di tipo psicologico-forense atta a capire le singole posizioni nonché a fornire le informazioni idonee alla vittima affinché possa liberamente e consapevolmente accedere ai percorsi a lei dedicati.

Il tema della formazione del personale (medici, operatori sanitari, forze dell'ordine) appare di particolare rilevanza in questo contesto: avere personale adeguatamente

informato sulle procedure operative di tipo sanitario ma anche con competenze idonee a fornire sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza, nella più ampia tutela della privacy e nel rispetto dei "tempi" (anche del silenzio) delle vittime e nel totale rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure, è infatti fondamentale per portare un valido aiuto nella situazioni di violenza. Il compito principale di coloro che operano, soprattutto al primo accesso presso la struttura, ospedaliera o sul territorio, è l'assistenza socio-sanitaria ma anche di tipo forense alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare a far emergere quegli episodi di violenza che le vittime hanno più difficoltà a raccontare. Spesso inoltre la violenza non si manifesta con lesioni fisiche ma di tipo psicologico o anche congiuntamente fisiche e psicologiche. In queste situazioni l'iniziale approccio psicologico risulta determinante per il percorso successivo e per l'aiuto che potrà essere fornito alla vittima. Informazione e formazione del personale risultano quindi indispensabili. Soprattutto a fronte di un fenomeno che in Toscana continua a mostrarsi preoccupante e che di seguito verrà analiticamente descritto.

La Regione Toscana a partire dal 2012 ha raccolto le segnalazioni provenienti dai Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere regionali, suddividendo le segnalazioni per sesso, per località, per tipologia di violenza, nazionalità, titolo di studio, ecc. I dati ad oggi disponibili valutano un periodo temporale compreso tra il 1° gennaio 2012 e il 31 dicembre 2018 nel quale in Toscana si è assistito ad un incremento dei casi segnalati, passando dai 1455 del 2012 ai 2799 del 2018. Mentre nel 2019 si registrano 1.645 accessi al pronto soccorso da parte di adult\* e 305 accessi da parte di minori. Nel periodo 1° luglio 2010-dicembre 2019 si sono inoltre rivolte ai CAV (centri anti violenza) della regione Toscana 26.004 donne. In particolare, dal 2015 i casi denunciati e conseguentemente la presa in carico da parte dei CAV hanno visto un incremento del 47%, arrivando a raggiungere il numero di 3.606 donne nell'anno 2019. (cfr. 12° rapporto sulla violenza di genere in Toscana). La situazione che emerge da queste segnalazioni tuttavia non solo va contestualizzata ma anche valutata in relazione alle tipologie di violenza e soprattutto alla maggiore consapevolezza acquisita (tramite idonee campagne informative e numeri di ascolto dedicati) dalle vittime che, pur in numero verosimilmente del tutto inferiore ai casi reali, con maggiore frequenza si rivolgono alle strutture ospedaliere, fornendo una descrizione credibile di quanto loro accaduto, e spesso accettando i percorsi dedicati.

Dall'ultimo rapporto regionale riferito all'anno 2019, si rileva che in Toscana gli accessi "Codice Rosa" di adult\* sono costituiti per l'88,8% da femmine e per l'11,2% da maschi mentre per i minori il divario diminuisce poiché le femmine rappresentano il 58,4% ed i maschi il 41,6%.

Relativamente alla nazionalità sul territorio, considerando il periodo che va dal 1° Luglio 2018 al 30 Giugno 2019, gli accessi al "Codice Rosa" sono stati registrati per

il 67% di adulti di origine italiana contro il 32% di adulti di nazionalità straniera, percentuale che resta simile in riferimenti ai minori (68% italiana e 29% straniera). Relativamente alla nazionalità sul territorio, nel medesimo periodo, si sono rivolte ai Centri Anti Violenza per il 72,5 % cittadine italiane mentre per il 27,5% cittadine straniere, rimanendo tale distribuzione, pur con minime variazioni, costante nel corso degli anni. Gli accessi alle strutture sanitarie (ASL e Aziende Ospedaliere Universitarie) nel periodo 2018-2019 hanno riguardato nelle

adulte per il 72,5% donne italiane e per il 27,5% donne straniere.

ADULTI		MINORENNI	
N.D.	1%	N.D.	3%
Italiana	67%	Italiana	68%
Straniera	32%	Straniera	29%

Tab. XII rapporto: accessi "codice rosa" di adulti per cittadinanza periodo 1°luglio 2018-30 giugno 2019 / accessi "codice rosa" di minorenni per cittadinanza periodo 1°luglio 2018-30 giugno 2019

	ITALIANA	STRANIERA
2010/11	65,8%	34,2%
2011/12	66,1%	33,9%
2012/13	72,2%	27,8%
2013/14	71,4%	28,6%
2014/15	71,0%	29,0%
2015/16	70,2%	29,8%
2016/17	70,4%	29,6%
2017/18	71,0%	29,0%
2017/18 (v.a.)	2.348	960
totale 2010/18 (%)	70,0%	30,0%
totale 2010/18 (v.a.)	14.133	6.043

*Il dato sulla cittadinanza non è stato rilevato per 500 donne su 20.676 dal 2010 al 2018 e su 73 donne su 3.381 sull'ultima annualità*

Tab. II.1.9 X rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per cittadinanza (dal 2010-11 al 2017-18). distribuzione regionale – percentuali valide

	ITALIANA	STRANIERA
Arezzo	67,4	32,6
Firenze	67,8	32,2
Grosseto	76,1	23,9
Livorno	72,9	27,1
Lucca	80,6	19,4
Massa-Carrara	81,5	18,5
Pisa	79,1	20,9
Pistoia	71,3	28,7
Prato	68,3	31,7
Siena	66,0	34,0
TOTALE	72,5	27,5

Tab. II.1.6 XI rapporto: donne che si sono rivolte per la prima volta ai centri nel 2018-2019 per cittadinanza, distribuzione provinciale – percentuali valide

ADULTI		MINORENNI	
18-29	24,6%	0-364gg	4,9%
30-39	25,3%	1-2	5,2%
40-49	24,7%	3-6	21,6%
50-59	14,7%	7-11	20,0%
60-69	5,5%	12-14	22,3%
>70	5,1%	15-17	21,0%
N.D.	0,1%	N.D.	2,0%

Tab. XII rapporto: accessi "codice rosa" di adulti per classi di età – anno 2019- accessi "codice rosa" di minorenni per classi di età – anno 2019

ADULTI		MINORENNI	
Stalking	1,9%	Maltrattamenti	84,5%
Maltrattamenti	93,7%	Abusi	15,5%
Abusi	4,4%		

Tab. XII rapporto: accessi "codice rosa" adult\* per tipo di violenza periodo 1° luglio 2018 – 30 giugno 2019 / accessi "codice rosa" di minorenni per tipo di violenza periodo 1° luglio 2018 – 30 giugno 2019

Varia invece negli anni l'età anagrafica delle donne, avendo registrato nel periodo 2017-2018 un aumento delle giovani comprese tra 18 e 29 anni, incremento che è stato correlato non ad un aumento assoluto dei casi di violenza ma piuttosto ad una maggiore informazione dei percorsi, nonché ad una maggiore consapevolezza del proprio stato e dei propri diritti di cittadina<sup>4</sup>. Dati, questi ultimi, da valutarsi positivamente, confermando quindi la necessità di effettuare campagne di informazione e sensibilizzazione sul territorio su questi argomenti, come strumento di prevenzione del fenomeno; quest'ultima necessità appare avvalorata dal dato che emerge nell'ultimo rapporto che nel 2019 indica che ad iniziare un percorso di uscita dalla violenza sono soprattutto donne italiane, di età compresa tra i 30 e i 49 anni.

	MINORE DI 18 ANNI	18 - 29 ANNI	30 - 39 ANNI	40 - 49 ANNI	50 - 59 ANNI	60 - 69 ANNI	MAGGIORE DI 70 ANNI
2010/11	1,1	19,1	30,7	29,1	13,6	4,7	1,7
2011/12	0,8	17,5	32,7	27,7	12,8	6,4	2,0
2012/13	0,8	17,6	29,7	29,0	14,4	6,1	2,4
2013/14	0,6	16,7	30,3	28,9	14,8	6,0	2,6
2014/15	0,9	17,2	29,3	29,7	14,6	5,8	2,4
2015/16	0,5	17,0	28,3	31,2	14,7	5,5	2,9
2016/17	0,8	16,7	27,3	31,9	15,2	5,8	2,3
2017/18	0,7	20,0	27,9	29,4	14,8	4,7	2,4
2018/19	0,4	17,8	28,6	29,0	16,5	5,2	2,5

Tab.II.1.7 XI rapporto: donne che si sono rivolte ai centri (dal 2010-2011 al 2018-2019) per fascia di età. distribuzione regionale – percentuali valide

L'esiguo numero delle donne minori non consente di valutare in modo ponderato il fenomeno anche se la percentuale risulta in diminuzione nel periodo 2010-2019.

Un altro dato importante valutato dall'analisi dei rapporti pubblicati sulla violenza di genere in Toscana è il titolo di studio posseduto relativamente al quale nel 2018 si registrava un incremento del numero delle laureate rispetto al passato, sia nelle cittadine italiane che straniere, mentre nel 2019 è stato segnalato un aumento delle donne con titoli di studio medi. Secondo i dati riportati dal *12° rapporto sulla violenza di genere in Toscana*, le donne che si sono rivolte al CAV nell'intero anno 2019 risultano per lo più donne italiane, che nel 45% dei casi posseggono una licenza media superiore. Le donne straniere sono invece generalmente più giovani e con un titolo di studio più basso – il 36,4% con una licenza media inferiore. Il dato tuttavia, così come il tipo di occupazione lavorativa,

ha subito nel corso degli anni oscillazioni di entità tale da non consentire l'individuazione di fattori indicativi tali da risultare significativo.

CENTRI Italiana-Straniera		CAV Italiana-Straniera	
Nessuno	0.3-2.7	Nessuno	4.2-0.6
Licenza elementare	3.6-8.6	Licenza elementare	11.4-3.1
Media inferiore	27.4-40.1	Media inferiore	36.4-30.5
Media superiore	48.9-36.0	Media superiore	34.3-45.0
Laurea	16.8-10.5	Laurea	11.3-18.1

Tab. XI rapporto: donne che si sono rivolte per la prima volta ai centri nel 2018-2019 per cittadinanza e titolo di studio. distribuzione regionale – percentuali valide / donne che si sono rivolte ai cav per titolo di studio e nazionalità – anno 2019

4 TAB.II.1.7 XI RAPPORTO: Donne che si sono rivolte ai centri dal 2010 al 2019 per fasce di età. Percentuali Valide.

Un fattore significativo appare invece la geolocalizzazione del Centro cui le vittime di violenza si sono rivolte, privilegiando i centri vicini al proprio domicilio e ciò va ulteriormente a rafforzare la necessità di incrementare la presenza capillare di Centri e/o comunque di personale adeguatamente formato a rilevare e trattare precocemente i casi individuati di violenza. Tali casi peraltro si offrono secondo una tipologia codificata, che si esprime in violenza fisica, psicologica, economica, sessuale, cui si affiancano categorie peculiari quali le molestie sessuali, lo

stalking e il mobbing. La forma di violenza più diffusa è quella psicologica, sempre presente anche in caso di violenza fisica. Il dato per nazionalità conferma la violenza psicologica come la forma più diffusa e anche in percentuale simile tra italiane e straniere. Dai dati dell'XI rapporto che si riferisce all'anno 2019, si evince come è in forte aumento la violenza fisica riferita dalla vittima, nelle donne italiane con percentuale del 87,4% e nelle donne straniere del 89,5.

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2017-18	2010-18	
	VALORI %								V.A.	V. %	V.A.
Fisica	62,7	64,0	63,0	63,7	64,1	63,5	64,1	62,5	2.023	63,4	12.437
Psicologica	80,8	80,7	81,9	81,8	83,4	85,4	87,0	86,8	2.810	83,9	16.437
Economica	27,7	25,6	27,5	27,3	26,9	29,9	25,1	23,8	771	26,5	5.203
Stalking	15,8	14,2	15,4	16,6	14,1	12,8	15,5	14,9	482	14,9	2.925
Violenza sessuale	10,0	7,0	8,0	9,8	7,4	8,6	9,4	8,9	288	8,7	1.699
Molestie sessuali	3,8	3,4	3,5	4,8	2,0	2,1	2,7	2,0	66	3,0	581
Mobbing	0,8	0,6	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	1,1	37	0,9	178
Risposte valide									3.236		19.602

*Il dato sul tipo di violenza riferita non è stato rilevato su 1.074 donne su 20.676 dal 2010 al 2018 e su 145 donne su 3.381 nell'ultima annualità*

Tab.II.1.14 X rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento ( 1° luglio-30 giugno di ogni periodo) e per tipo di violenza riferita. distribuzione regionale – percentuali valide. risposta multipla

2017-2018 Italiana-Straniera		2018-2019 Straniera-Italiana		2019 Italiana-Straniera	
Fisica	57.4-75.1	Fisica	89.5-87.4	Mobbing	1.1-0.5
Psicologica	86.3-88.1	Psicologica	70.2-59.6	Molestie sessuali	2.2-2
Economica	23.2-26.3	Economica	28.7-22.6	Violenza sessuale	7.9-13.3
Stalking	17.9-7.8	Stalking	7.2-15.4	Stalking	15.4-6.8
Violenza sessuale	7.0-13.9	Violenza sessuale	13.1-7.5	Economica	21.9-27.6
Mobbing	1.4-0.5	Molestie sessuali	2.2-2.2	Fisica	57.7-71.4
		Mobbing	0.3-1.1	Psicologica	87.1-89.9

Tab. X rapporto: donne che si sono rivolte per la prima volta ai centri nel 2017-2018 per cittadinanza e tipo di violenza riferita. distribuzione regionale – percentuali valide. risposta multipla / xi rapporto: donne che si sono rivolte per la prima volta ai centri nel 2018-2019 per cittadinanza e tipo di violenza riferita. distribuzione regionale – percentuali valide. Risposta multipla / XII rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per tipo di violenza riferita e nazionalità– anno 2019

Il dato per nazionalità conferma la violenza psicologica come la forma più diffusa e anche in percentuale simile tra italiane e straniere. Se guardiamo alle altre forme di violenza, le donne straniere riferiscono maggiormente di violenza fisica ed economica, le donne italiane più di stalking.

Relativamente all'autore della violenza, confrontando i dati degli anni dal 2010 al 2019, appare costante il dato che raffigura il partner, sia come compagno attuale che come ex-compagno, quale autore principale della violenza, che sempre di più risulta contestualizzata in una dimensione domestica. Il momento in cui la relazione affettiva sta terminando o nel quale la donna decide di porre fine ad essa appare quello maggiormente critico.

	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	2017/ 2018	2017/ 2018	2010/ 2018	
	VALORI %								V.A.	V. %	V.A.
Coniuge	43,7	42,0	41,6	40,7	40,2	39,2	38,2	35,7	1.141	39,8	7.808
Partner convivente	15,1	15,2	14,4	14,6	17,4	16,2	13,8	14,5	464	15,1	2.963
Partner non convivente	3,7	3,9	4,6	4,3	3,9	3,8	6,3	6,1	196	4,7	927
Ex coniuge	8,9	9,5	9,0	9,3	9,3	9,2	9,4	8,9	286	9,2	1.806
Ex partner convivente	5,6	6,0	6,4	7,2	6,7	6,2	7,3	8,1	258	6,8	1.336
Ex partner non convivente	6,1	6,9	6,5	6,1	6,7	8,0	7,7	8,1	258	7,1	1.396
Datore di lavoro	1,3	0,7	0,9	0,7	0,5	0,8	0,8	0,9	29	0,8	159
Collega	0,9	0,6	1,3	0,8	0,5	0,6	0,5	0,7	23	0,7	141
Conoscente	5,4	5,2	4,7	6,2	4,7	3,9	5,6	5,1	162	5,1	1.000
Padre	2,8	3,8	4,3	3,1	3,5	3,8	3,5	4,5	143	3,7	727
Madre	0,6	1,9	1,3	1,5	1,3	1,0	1,0	1,3	40	1,2	241
Figlio/a	2,4	2,7	2,9	3,0	2,9	3,1	2,7	3,7	117	3,0	580
Altro/i parente/i	4,6	3,2	4,1	4,1	4,4	4,8	4,1	4,2	135	4,2	823
Sconosciuto	1,2	1,5	1,3	2,1	1,3	1,9	1,9	2,1	67	1,7	334
Rispondenti									3.197		19.633

Tab.II.1.15. X Rapporto: donne che si sono rivolte ai centri di riferimento (1° luglio-30giugno di ogni periodo) e per tipo di relazione che intercorre con il maltrattante. distribuzione regionale – percentuali valide. risposta multipla

2018-2019	2019
Coniuge	35.5
Partner convivente	15.2
Ex coniuge	9.3
Ex partner convivente	7.9
Ex partner non convivente	6.7
Partner non convivente	5.3
Conoscente	4.6
Padre	4.4
Altro parente	4.3
Figlio/a	2.7
Sconosciuto	1.8
Madre	1.0
Datore di lavoro	0.7
Collega	0.6
Datore di lavoro	0.7
Collega	0.8
Madre	1.1
Sconosciuto	1.3
Figlio/a	2.6
Conoscente	4.5
Padre	4.6
Altro/i parente/i	4.5
Partner non convivente	5.8
Ex partner non convivente	8.1
Ex coniuge	9.2
Ex partner convivente	9.0
Partner convivente	15.4
Coniuge	34.4

Tab. XI Rapporto: donne che si sono rivolte per la prima volta ai centri nel 2018-2019 per tipo di relazione che intercorre col maltrattante. distribuzione regionale – percentuali valide. risposta multipla / xii rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per tipo di relazione con l'autore della violenza – anno 2019

Particolare attenzione è stata posta alla posizione dei figli della coppia, che possono andare incontro sia alla c.d. violenza assistita<sup>5</sup>, che essere vittime dirette di violenza. La violenza domestica coinvolge tutto il nucleo familiare: più della metà delle donne che si è rivolta ai Centri (57,3%) ha almeno un figlio o una figlia. Se possiamo

5 Secondo la definizione formulata dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), 2017, per violenza assistita s'intende l'esperire da parte del bambino/a e adolescente di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica e atti persecutori – c.d. stalking - su figure di riferimento o altre figure affettivamente significative adulte o minorenni. La violenza assistita include l'assistere a violenze di minorenni su altri minorenni e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici e da allevamento.



considerare tutti i figli che vivono in questi contesti, vittime di violenza assistita, il 60% delle donne afferma che i figli hanno subito una qualche forma diretta di violenza, percentuale che sale tra le donne straniere (66,7%).

A tale proposito la valutazione dei dati raccolti nel periodo 2016/2018 evidenzia come si sia passati da 1298 minori implicati in situazioni di violenza assistita nel 2016 ai 1417 del 2017 fino a giungere ai 1805 registrati nel 2018; parallelamente è cresciuto in egual misura il numero delle famiglie straniere coinvolte: partendo dalle 439 del 2016 si sale a 551 nel 2017 fino alle 686 del 2018 (Fonte: XI rapporto Toscana). Stesso *trend* si registra nel caso di maltrattamenti in ambito familiare, a testimonianza della necessità di intervenire con efficaci politiche di informazione e integrazione in questa fascia di popolazione.

### I c.d. “Orfani speciali”

Un dato che esula da quelli prima illustrati è quello dei c.d. “orfani speciali” ovvero figli di madre uccisa per femminicidio<sup>6</sup>. Dal 2006 al 2018 in Toscana sono state 113 le vittime per femminicidio (prima causa di omicidio di donna) ma il fenomeno non ha avuto un andamento lineare, mentre costante appare il dato sull’omicida che per oltre il 78% dei casi è rappresentato dal partner, amico e ex-partner, confermando quindi il contesto familiare del reato. Questo dato rimane costante anche nelle donne più anziane che spesso mai si sono rivolte ai Centri Antiviolenza o a strutture sanitarie per precedenti (ma presenti come poi dimostrato spesso dalle indagini) episodi di violenza prodromici al femminicidio.

Nel periodo considerato in Toscana sono stati 40 i c.d. orfani speciali e di questi 16 avevano madre straniera, con una presumibile minore rete familiare e quindi con una situazione dopo la perdita della madre ancora più complessa da affrontare. Proprio per la peculiarità della perdita a questi minori, dal gennaio 2008, il legislatore ha riservato una specifica tutela a prescindere dall’eventuale vincolo matrimoniale tra il padre e la madre.

### La violenza sulle donne anziane

Il rapporto toscano 2018 si sofferma poi anche sul tema della violenza su donne anziane, argomento spesso misconosciuto e poco studiato; dai dati ottenuti emerge che il fenomeno è strisciante e diffuso, spesso con violenza per-

petrata da familiari e non denunciata per le condizioni di debolezza della vittima e per la condizione socio-culturale di “vissuto” personale che ne impedisce l’emersione. Anche per questa fascia di popolazione la informazione e la capillarità di strutture sul territorio oltre alla competenza degli operatori che riescono a cogliere gli aspetti di vicende, spesso non dichiarati apertamente dalla vittima, risultano fattori essenziali per prevenire o quantomeno per approntare validi percorsi per il futuro.

### Il percorso Codice Rosa nel quotidiano

Da quanto premesso in merito alle forme di violenza risulta quindi che i percorsi c.d. “Codice Rosa” sono rivolti ad una molteplicità di tipologie di violenza che può esplicarsi verso persone estremamente diverse per età, sesso, livello socio-culturale, economico, ecc. Appare quindi di fondamentale importanza il lavoro svolto nell’approntare percorsi specifici con personale adeguatamente formato presente sia all’interno della struttura ospedaliera che presso i Centri Antiviolenza sul territorio, centri di ascolto e di aiuto che dovranno necessariamente essere diffusi capillarmente.

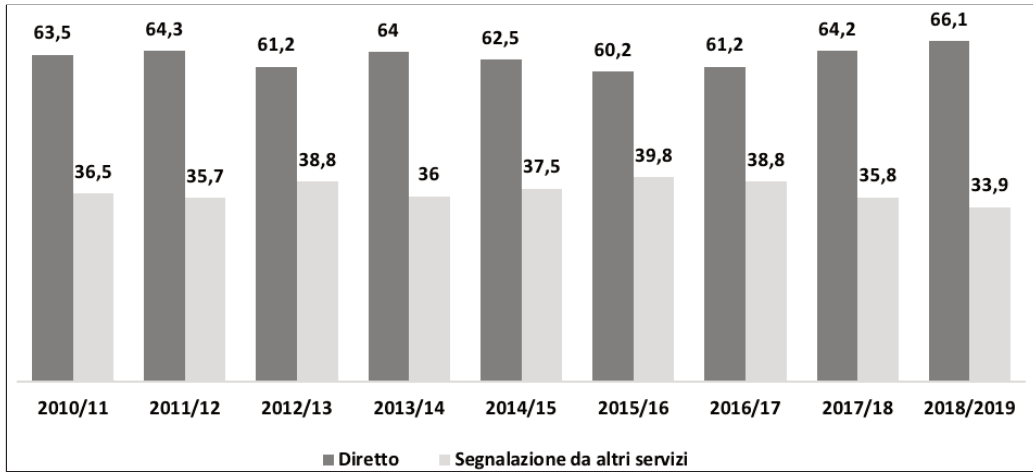
La procedura Codice Rosa si pone quindi come obiettivi quelli di individuare il percorso assistenziale codificato sia in acuto che a lungo termine a tutela del soggetto vittima di violenza, in sicurezza e nel totale rispetto della riservatezza del paziente. Questo potrà trovare valida attuazione solo tramite una rete pluri-professionale pre-costituita nella quale tutti gli operatori coinvolti abbiano piena consapevolezza del proprio ruolo e dei propri compiti.

A tal fine occorre individuare due tipologie di accessi: tramite il Pronto Soccorso e tramite i Centri Anti Violenza, poiché il percorso Codice Rosa può essere attivato da qualsiasi punto di accesso della vittima al Servizio Sanitario.

Come esplicitato dalle tabelle sottostanti, nel corso degli anni l’accesso ai servizi che predomina è quello diretto, in particolare tramite le Forze dell’Ordine, percentuale che si riduce drasticamente quando l’accesso ai servizi avviene tramite segnalazione indiretta. Infatti l’invio della donna ai CAV avviene principalmente tramite la voce “Altro”, tra cui si identificano:

- Altri centri antiviolenza
- Associazioni
- Professionisti privati
- Sindacati
- Parrocchie
- Scuole
- Rete amicale/parentale

6 L’omicidio di donna in quanto donna, per precisi motivi di genere. La definizione inoltre, ha una portata semantica ampia, non riducendo il femminicidio all’intimate partner homicide (IPH), ma estendendo i confini della definizione a tutti quegli omicidi compiuti per motivi di genere anche all’interno di relazioni intime occasionali e all’esterno di esse. *Capitolo “Il femminicidio”, nel Quinto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2013.*

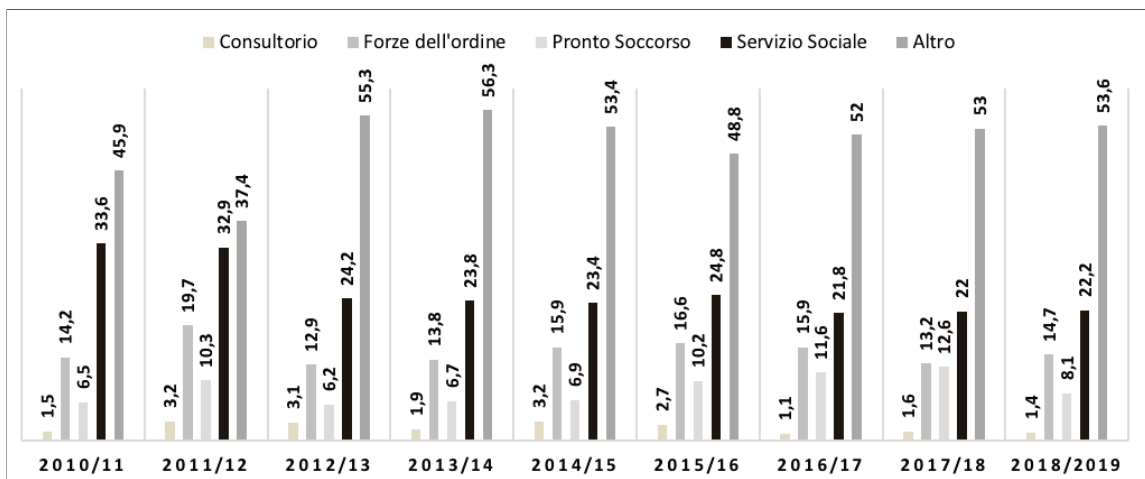


Tab X e XI Rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio-30 giugno di ogni periodo) e modalità accesso. Valori %

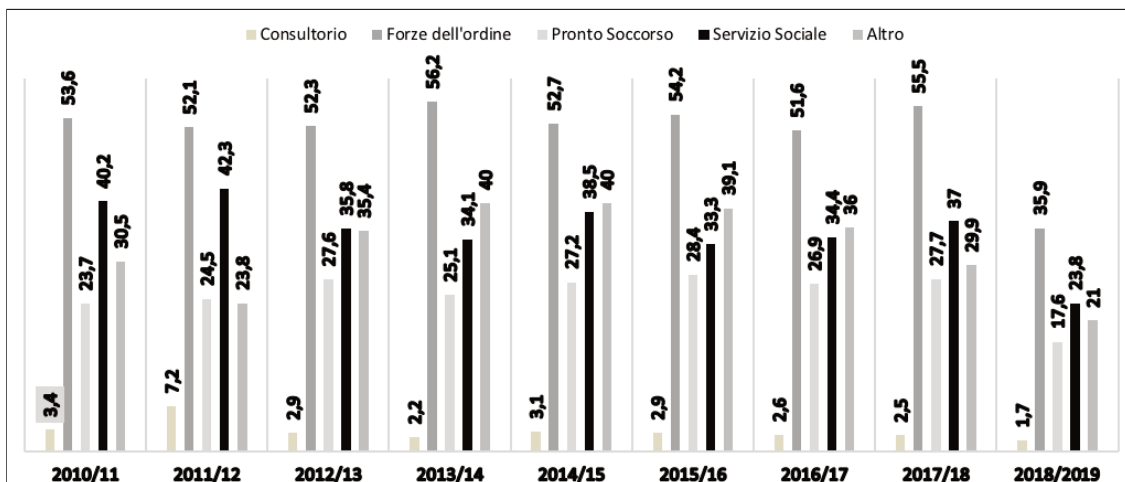
Il 64,3% delle donne accede ai CAV in maniera diretta, mentre i nodi delle reti territoriali antiviolenza che maggiormente segnalano sono i Servizi Sociali (24,6%), le Forze dell'Ordine (15,6%), seguiti da Pronto Soccorso (8,4%) e Consulitori (1,7%).

Segnalazione da altri servizi	35,7%
Diretto	64,3%

Tab. XII Rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per modalità di accesso – anno 2019



Tab. X-XII Rapporto: altri servizi da cui è stata segnalata la donna, per periodo di riferimento (1° luglio-30 giugno di ogni periodo). Distribuzione regionale – percentuali valide, risposta multipla



Tab. X-XII Rapporto: altri servizi a cui si sono rivolte le donne per periodo di riferimento (1° luglio-30 giugno di ogni periodo). Distribuzione regionale – percentuali valide, risposta multipla

In ogni struttura ospedaliera della rete è stata approntata una procedura condivisa che, in caso di accesso tramite Pronto Soccorso o altro reparto, potrà consentire una attivazione tempestiva del percorso dedicato alle vittime di violenza nel totale rispetto della privacy, assicurando la erogazione di tutte le cure sanitarie eventualmente necessarie, anche con l'ausilio, qualora si renda necessario, di un mediatore culturale che possa facilitare la raccolta dei dati anamnestici, nonché trasferire in modo corretto e tempestivo le informazioni circa i possibili sbocchi futuri. Particolarmente importante in questa fase risulta l'esame obiettivo della vittima, in particolare laddove vi siano delle lesioni che non sempre vengono riferite come conseguenza di atti di violenza altrui ma ascritte ad altre tipologie di trauma (es. caduta accidentale, urto accidentale contro suppellettili, ecc.), che solo la formazione del professionista sanitario unitamente alla possibilità di riscontri per precedenti accessi potrà indirizzare verso la corretta valutazione.

La presa in carico e la successiva gestione del paziente avranno luogo in un locale appositamente predisposto nel quale avverrà la raccolta dei dati anamnestici unitamente all'esame obiettivo, eventualmente corredato, previo consenso della vittima, anche da una refertazione fotografica delle lesioni riscontrate e ciò anche per finalità medico legali. In questa fase risulta fondamentale informare correttamente la vittima che ogni step della procedura sia esclusivamente eseguito su base volontaria, richiedendo il consenso, previa adeguata informazione circa le modalità degli accertamenti proposti e le finalità, sanitarie ed a valenza forense, che quanto eseguito potrà avere.

La principale innovazione di questo percorso è costituita dal fatto che, fin dal primo momento, la vittima vedrà totalmente valorizzata la propria dignità quale persona lesa nel proprio intimo, non sarà giudicata ma viceversa sarà aiutata, se lo desidera, a valutare la propria situazione, il proprio dolore, la propria paura di un eventuale cambiamento trovando negli operatori sanitari non solo la cura delle lesioni fisiche ma aiuto ed accoglienza nonché un tracciato preordinato che vede la partecipazione di molte figure disciplinari.

Il codice di assegnazione al triage sarà sempre ad alta priorità non solo per l'entità delle lesioni eventualmente presenti ma anche e soprattutto per la necessità cronologica di operare tempestivamente al fine di non perdere dettagli e particolari che la vittima, con il tempo, potrebbe dimenticare o che per la tipologia del materiale potrebbero non essere più utili alla identificazione del colpevole. In caso di violenza sessuale saranno attivati i protocolli specifici che, sempre con il consenso della vittima, consentiranno l'effettuazione di test per malattie sessualmente trasmissibili nonché la profilassi per le stesse patologie e la somministrazione di terapie anti-concezionali. Saranno raccolti e conservati gli indumenti ed ogni altro elemento probatorio che potranno essere consegnati all'Autorità Giudiziaria o eventualmente conservati adeguatamente presso la struttura ospedaliera per poter essere, nel caso, utilizzati in un secondo tempo a fini forensi. Appare indispensabile nella raccolta dei campioni biologici assicurarne

la corretta preservazione con l'attuazione dei protocolli previsti per la catena di custodia in ambito forense. Ogni "stanza rosa" dovrà essere allestita in modo da poter eseguire le visite specialistiche che si renderanno necessarie e ciò per evitare ulteriori traumi alla vittima stessa con trasferimenti nei vari reparti per accertamenti specialistici che si dovessero rendere utili. Infine il professionista sanitario potrà attivare la consulenza dello specialista psicologo o psichiatra che potrà così adeguatamente fornire il valido supporto in situazioni di emergenza.

Al termine degli accertamenti sanitari, eseguiti sempre su base volontaria, il professionista dedicato alla vittima dovrà anche eseguire la rilevazione del rischio e valutare la situazione socio familiare per poter poi attivare il percorso di continuità che proseguirà, al termine della fase acuta, sul territorio. Tale valutazione, che si avvale di più parametri, qualora riporti uno score pari o superiore a 3, con il consenso della vittima, prevede sia l'attivazione dei percorsi di interazione ospedale-territorio che la disponibilità immediata all'accoglienza in strutture protette dove la vittima potrà trovare ulteriori idonee figure di riferimento che potranno sostenerla nel futuro.

In caso di violenza sessuale saranno attivate nella stanza "rosa" tutte le consulenze ginecologica/urologica, infettivologica, ecc..., con prelievo per l'esecuzione degli accertamenti per i quali viene fornito il consenso. Nel caso in cui si sospetti o venga riferito il rischio di ulteriori episodi di violenza con pericolo di vita si procederà alla compilazione della scheda di rilevazione del rischio e, in caso di positività e dopo aver acquisito il consenso, si procederà alla attivazione della rete. Qualora invece la vittima rifiuti la presa in carico/protezione, dopo essere stata informata dal sanitario sulle possibili conseguenze non sarà attivata la rete ma solo, nei casi previsti dalla Legge, sarà redatta denuncia alla Autorità Giudiziaria.

Alla dimissione risulta fondamentale provvedere alla adeguata informazione circa le possibilità di denuncia, sulla esistenza di una rete di aiuto nei quali i cardini sono rappresentati dai Centri Antiviolenza fornendo alla vittima appositi opuscoli informativi. In caso di denuncia si dovrà inoltre fornire copia della documentazione sanitaria (comprensiva delle buste relative al materiale biologico) alla Autorità Giudiziaria (*Procedura Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - protocollo operativo interaziendale AOUS-Azienda Sanitaria TSE - Revisione 09.11.2018*).

Nel caso in cui la vittima di violenza abbia il primo contatto con i Centri Antiviolenza potranno emergere necessità e bisogni diversi in relazione alla propria storia.

In questi casi, una delle richieste più frequenti appare quella della consulenza legale ed, in particolare qualora risulti una violenza da parte del partner, la consulenza è rivolta a conoscere le possibili modalità di separazione. Tuttavia i Centri Antiviolenza offrono molteplici servizi che spaziano dall'ascolto e consulenza informativa, alla consulenza legale, alla assistenza psicologica lavorando, al contempo in modo integrato con altre strutture presenti sul territorio e, quindi, potendo costruire un percorso "su misura" per il caso specifico.

Particolare è la situazione relativa alle c.d. "Case Rifu-

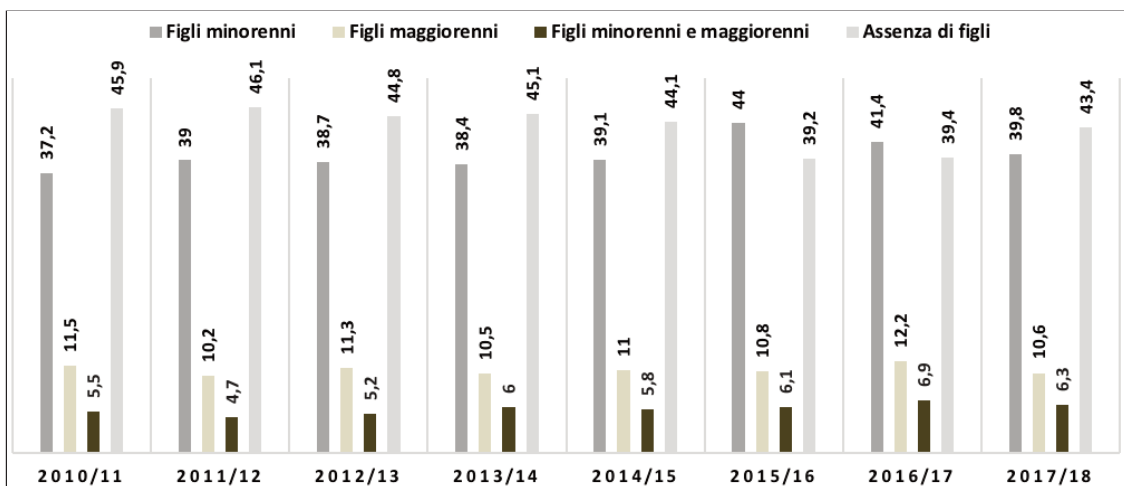
gio” cioè strutture dedicate, ad indirizzo segreto, nelle quali la vittima di violenza, sola o con figli e con il sostegno di operatori adeguatamente formati sulle tematiche della violenza di genere, viene messa in sicurezza e contemporaneamente inizia il percorso di uscita dalla violenza (*Decimo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2018*). L’esperienza della casa rifugio è tuttavia estremamente difficoltosa perché implica un allontanamento dal proprio mondo domestico, dalle proprie reti relazionali, spesso una convivenza, almeno iniziale con persone sconosciute e soprattutto la sensazione di perdita della libertà. Per tale motivo questa modalità costituisce un sistema complesso di intervento che tuttavia restituisce centralità alla vittima della violenza che, per obiettivi, può costruire un percorso di ritorno alla normalità.

I programmi presenti nella nostra regione e sul territorio nazionale di accoglienza ed aiuto alle vittime di violenza sono rivolti non solo alle donne (che risultano di gran lunga il genere più interessato) ma a tutte le vittime di violenza di genere, fenomeno non più di emergenza ma oramai inserito strutturalmente nella nostra società.

I dati disponibili reperibili sui Rapporti sulla violenza di genere in Toscana nel periodo 2012-2019 ed i dati ISTAT resi noti il 6 marzo 2019 in occasione di un Convegno tenuto a Mestre (*La violenza contro le donne. Dai dati statistici nuovi strumenti di contrasto e prevenzione” - I numeri della violenza, Alessandra Battisti*) indicano che nel corso degli anni si è assistito ad una progressiva presa di coscienza del mondo femminile, sia tra le cittadine italiane che straniere, che certamente contribuisce a contrastare il fenomeno della violenza di genere per la quale

tuttavia necessita una diversa relazione tra uomini e donne, con l’abbandono di vecchi stereotipi maschio/femmina e la revisione degli standard di convivenza. Tutto questo, indispensabile per addivenire al superamento della conflittualità di genere, deve essere necessariamente correlato ad una aumentata informazione dei possibili percorsi per la vittima che garantiscano realmente una vicinanza istituzionale ed empatica atta a consentire il superamento della paura, del dolore, del senso di frustrazione che spesso si accompagna a tali vicende.

Tuttavia, grazie all’aumentato accesso a forme di segnalazione e soccorso (vedi Codice Rosa) e grazie anche al lavoro dei servizi territoriali (vedi CAV), la violenza, in particolare sessuale e psicologica, appare aumentata e soprattutto appaiono aumentate le forme di violenza esercitate da partner e ex partner così come in aumento è il fenomeno della c.d. violenza assistita con figli che hanno assistito ad episodi di violenza sulla propria madre, fenomeno quanto mai pericoloso se consideriamo che se il proprio partner ha assistito alla violenza tra i genitori diventa autore di violenza nel 22% dei casi (5,2% la media), così come se ha subito da piccolo violenza fisica, soprattutto dalla madre (35,9%). Il 60% delle donne dichiara che i figli hanno subito una qualche forma diretta di violenza, percentuale maggiore tra le donne straniere, pari al 66,7%, contro il 56,9% delle italiane. Globalmente, si registra un leggero aumento dal 2017, quando la percentuale di donne che ha dichiarato una violenza subita dai/lle figli/e è pari al 53,7%. Diviene quindi indispensabile agire per operare adeguate campagne di sensibilizzazione per interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza.



Tab. X Rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1°luglio-30 giugno di ogni periodo) e per presenza di figli coinvolti nella violenza. Distribuzione regionale – percentuali valide

Figli minorenni e maggiorenni	6,3%
No figli	42,8%
Figli minorenni	39,5%
Figli maggiorenni	11,4%

Tab. XII Rapporto: donne che si sono rivolte ai centri per presenza e tipo di figli/e anno 2019

## Conclusioni

I dati ad oggi disponibili che riguardano un ampio arco temporale evidenziano un fenomeno che troppo spesso è stato sottostimato o considerato come un normale aspetto di una sottocultura ormai non più accettabile. La violenza per motivi di genere è ancora oggi un fenomeno la cui

reale dimensione non emerge nella sua reale entità: nonostante i passi avanti compiuti in questi ultimi anni, infatti, la denuncia viene troppo spesso soffocata nel silenzio delle mura domestiche. Per questo motivo è importante analizzare e farne emergere la reale diffusione, con la finalità di sostenere al meglio tutta la rete per poter programmare e sviluppare i servizi di prevenzione e assistenza, misurandone i risultati.

Conoscere, studiare, approfondire e, insieme, condividere saperi, metodi e prassi di lavoro è indispensabile al fine di costruire un efficace piano organico di interventi che vanno dalla prevenzione alla promozione di progetti di formazione. Il cambiamento in atto, definibile epocale, è solo all'inizio ma necessita di adeguati programmi informativi sia per il personale sanitario che per gli appartenenti alle Forze dell'Ordine che per coloro che operano nei Centri Antiviolenza ma soprattutto appare necessaria una capillare quanto precisa opera di informazione che a partire dalla scuola consenta di acquisire, in tutti, maschi e femmine, la consapevolezza che il fenomeno della violenza di genere, pur nelle diverse sfaccettature che emergono dai rapporti epidemiologici, costituisce un comportamento molto più diffuso di quanto risulti dalla realtà numerica dei report statistici e che ogni numero statistico rappresenta una persona che soffre.

In questo contesto si inserisce proprio il percorso "Codice Rosa", un modello operativo di aiuto con competenze multidisciplinari che all'unisono, in modo tempestivo ed appropriato prendono in carico la vittima con metodiche standardizzate, efficienti e pienamente rispondenti, superando vecchi retaggi che troppo spesso hanno condotto ad una vittimizzazione secondaria e tale da costituire un deterrente per la vittima a rivolgersi alle istituzioni. Dal 2014 il progetto "Codice Rosa," nato come progetto sperimentale nel territorio di Grosseto quattro anni prima, copre l'intero territorio della regione Toscana. In questo percorso di rete clinica tempo-dipendente, pensato inizialmente per le donne ma poi aperto e modulato per tutte le vittime, senza distinzioni di genere, la persona oggetto di violenza, non solo fisica e/o sessuale ma in un contesto ben più allargato, diviene il centro di una pluralità di operatori, sanitari e non, che metteranno a disposizione le proprie competenze, senza esprimere giudizi o sottostimare i racconti, per garantire cure sanitarie e soddisfare il bisogno di sicurezza e di giustizia che spesso non trova riscontro in altri contesti.

Il percorso "Codice Rosa", primo progetto realizzato a valenza multidisciplinare ed interistituzionale sul tema, si è proposto quale sistema integrato idoneo al superamento della fase di emergenza in caso di violenza fornendo al contempo aiuto ed assistenza nella fase acuta del fatto ma continuando poi l'opera di sostegno ed appoggio anche nel periodo successivo. Fondamentale appare la specifica formazione di tutte le figure professionali coinvolte, sanitarie e non, nonché la costante e sempre incrementata opera di informazione di tutto il percorso, opera indispensabile per facilitare non solo la prevenzione ma anche per indurre le vittime alla denuncia portando quindi alla luce

un sommerso che per paura, vergogna, scarsa consapevolezza di sé e della gravità di quanto accaduto spesso rimane del tutto sconosciuto. La centralità della vittima, posta appunto al centro delle cure di tutti gli operatori nell'ambito di un ampio programma di sostegno ma privo di sentimenti di giudizio sulla specifica situazione, ha contribuito e contribuisce ancora ad evitare quel fenomeno di maltrattamento secondario al quale per molto tempo hanno contribuito l'assenza di conoscenza dei meccanismi psicologici che gravano sulla vittima da parte degli operatori, il frazionamento e la scarsa se non assente continuità delle cure fornite. Il numero di accessi registrati presso le Aziende sanitarie e ospedaliere universitarie negli anni 2012-2019 è stato in totale di 22.112. Le tabelle e le figure presentate nel presente elaborato evidenziano alcune caratteristiche socio-anagrafiche delle donne e degli uomini, di bambine e bambini che hanno effettuato l'accesso in Pronto Soccorso per maltrattamenti e/o abusi.

Le donne rappresentano la tipologia di utenza nettamente prevalente tra gli adulti (88,8%), mentre tra i/le minori la quota femminile costituisce il 58,4% del totale. Inoltre, rispetto ad alcune caratteristiche socio-anagrafiche, nel 2019 si evidenzia una crescita di accessi da parte di donne e uomini più giovani (18-29 anni), che costituiscono il 24,6% del totale, oltre un punto e mezzo in più rispetto a quanto registrato nella precedente rilevazione; al contempo si riduce la quota relativa delle fasce d'età 50-59 e over70 anni. Stabile invece la suddivisione per cittadinanza, laddove quella italiana rappresenta i due terzi della totalità degli accessi registrati nel 2019. Stabile anche la tipologia di violenza riferita da donne e uomini adulti: i maltrattamenti coprono la stragrande maggioranza della casistica (93,7%), mentre gli abusi sessuali rappresentano il 4,4% del totale; residuale, ma raddoppiata rispetto al 2018, la quota di vittime di stalking (1,9%). Dato da rilevare è quello che si riferisce alla violenza di tipo economico, probabilmente meno manifesta e che quindi rischia di essere sottostimata, ma l'instabilità economica è un elemento altamente frenante per decidere di uscire da una relazione violenta, a prescindere dal livello culturale o dal benessere del nucleo familiare: discriminante è infatti la possibilità di contare su una propria autonomia economica. Circa il 45% di donne italiane e oltre il 65% di quelle straniere non può contare su un'occupazione stabile.

In conclusione, uscire dalla violenza si può, ma ognuno deve fare la sua parte partendo dal superamento di un'educazione delle giovani generazioni improntata a modelli stereotipati di genere fino alla formazione degli operatori sanitari e ad una presa di posizione netta di ciascuno contro ogni forma di violenza e di discriminazione, con una particolare attenzione alla violenza domestica che distrugge la vita di intere generazioni di donne con costi altissimi in termini sanitari e sociali per l'intera collettività.

## Riferimenti bibliografici e sitografici

- Alvazzi del Frate, A., & Nowak, M. (2013). Il femminicidio da una prospettiva globale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3.
- Baldry, A. C., Porcaro, C., & Ferraro, E. (2011). Donne uccise e donne maltrattate. Stesso passato ma anche stesso destino? *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4.
- CISMAI-Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, 2017
- Di Nicola Travaglini, P. (2018). *La mia parola contro la sua. Quando il pregiudizio è più importante del giudizio*. Harper-Collins.
- Di Nicola, P., & Menditto, F. (2018). Codice rosso. Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere (L. n. 69/2019). Giuffrè.
- Intervita Onlus (2014). *Quanto costa il silenzio?*
- Istat.it (2019). *La violenza contro le donne. Dai dati statistici nuovi strumenti di contrasto e prevenzione - I numeri della violenza*. Alessandra Battisti.
- Karadole, C. (2012). Femicidio, la forma più estrema di violenza contro le donne. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e sicurezza*, VI, 1, Gennaio-Aprile 2012.
- Lorenzi, L. (2010). La violenza sessuale sulle donne, un fattore di rischio per la salute pubblica. Ipotesi di un Protocollo. *Rivista Italiana di medicina Legale*, 4-5 (in coll. con Coluccia A., Gabbrielli M., Venturini E., Albanese C.).
- Lorenzi, L. (2012). Violence against women. Assumption for a model of care for women victims of violence: the "Task force". *Interdisciplinary Journal of family studies*, XVII, (in coll. con Coluccia A., Bianchi M.).
- Luparia, L. (ed.). *Lo Statuto europeo delle vittime di reato, Modelli di tutela tra diritto dell'Unione e buone pratiche nazionali*. CEDAM.
- Monzani, M. (2016). *Manuale di Criminologia*. Padova.
- OMS (2013). *Global and regional estimates of violence against women*.
- Pecorella, C. (2014). *Sicurezza vs libertà? La risposta penale alle violenze sulle donne nel difficile equilibrio tra istanze repressive e interessi della vittima*. Atti del Convegno internazionale "Quali politiche per la sicurezza?" Perugia 15-15 novembre 2014.
- Radford, J., & Russell, Diana E. H. (1992). *Femicide: The Politics of woman killing*.
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne*, Vol. I-II. Milano: FrancoAngeli.
- Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale "Quinto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza", Firenze, 2013.
- Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale "Decimo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri antiviolenza", Firenze, 2018.
- Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale "Undicesimo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza", Firenze, 2019.
- Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale "Dodicesimo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Un'analisi dei dati dei Centri e delle Reti Antiviolenza", 2020.
- Sgarbi, C., & De Fazio, G.L. (2014). Lo stalking: profili vittimologici e strumenti di tutela delle vittime. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1.
- Spinelli, B. (2008). Femicide e Femminicidio: nuove prospettive per una lettura gender oriented dei crimini contro donne e lesbiche. *Studi sulla questione criminale*, III, 2.
- Van Der Aa Suzan (2012). Lo stalking quale forma di violenza (domestica) contro le donne: due ipotesi di genere? *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3.
- UNODC United Nations Office on Drugs and Crime "Global study on homicide" 2019.
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>
- <https://www.osservatoriodiritti.it/2019/06/27/codice-rosa/>
- <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>
- <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa-per-le-vittime-di-violenze-e-abusi>
- <https://www.regione.toscana.it/-/delibere-e-decreti-2016>
- <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale>
- <http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/violenza-di-genere>
- <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa>