Il Pronto Soccorso nel contrasto alla violenza contro le donne

Riconoscerla, sostenere gli operatori, fare rete

Zoe Rossini, Paola Maria Torrioni, | 27 novembre 2026

Quando la cura si frammenta: le tre solitudini nel riconoscimento della violenza

Nei contesti sanitari di emergenza, il riconoscimento della violenza maschile contro le donne rappresenta una sfida organizzativa e istituzionale per il welfare contemporaneo. I dati pubblicati da ISTAT mostrano come nel 2024 gli accessi al Pronto Soccorso (PS) di donne con indicazione di violenza abbiano raggiunto la quota di 19.518 a livello nazionale, registrando un incremento del 15,2% rispetto al 2023, a fronte di un aumento degli accessi complessivi femminili pari al 2,2%. Si tratta di accessi, non necessariamente da parte di donne diverse. Come sottolinea lo stesso Istituto di Statistica, non è possibile misurare quanto l'aumento dipenda da una migliore capacità di intercettare e registrare i casi, da una crescita della violenza o da una maggiore propensione delle donne a rivolgersi al PS. L'ospedale può essere il primo, e talvolta unico, punto di contatto tra le donne che subiscono violenza e le istituzioni pubbliche. Perché quel contatto diventi un'opportunità di aiuto, occorre affrontare la frammentazione delle risposte. In questa prospettiva proponiamo di leggere le criticità attraverso tre specifiche "solitudini" che attraversano l'emergenza sanitaria.

La prima solitudine riguarda la donna vittima di violenza, quando è lasciata sola nella responsabilità di farsi "leggibile" all'interno delle categorie della medicina d'urgenza. I dati dell'indagine europea condotta da FRA, EIGE ed Eurostat mostrano che il 63,7% delle donne che hanno subito violenza fisica e/o sessuale ne ha parlato con amici, familiari o altre persone, mentre il 26,7% ha contattato forme di sostegno formale, inclusi servizi sanitari e sociali, forze dell'ordine e altre organizzazioni. Quando le donne arrivano in PS, il disorientamento, la paura di ritorsioni, la vergogna e la dipendenza economica possono rendere difficile il racconto.

Per capire come la violenza possa emergere o rimanere invisibile in PS, nel nostro studio abbiamo analizzato la documentazione clinica relativa a 100 donne per le quali nel 2023 era stato attivato almeno un Codice Rosa, il percorso dedicato all'assistenza in situazioni di violenza, che si affianca alla valutazione dell'urgenza clinica. Nell'insieme si tratta di 355 accessi in PS, 100 dei quali in Codice Rosa e 255 senza. Abbiamo, inoltre, raccolto le risposte ad un questionario somministrato a 94 professionisti (Rossini e Torrioni, 2026). Le informazioni sulla frequenza degli accessi riguardano complessivamente la storia assistenziale registrata delle stesse pazienti, che comprende anche episodi non inclusi nell'analisi della documentazione clinica. Nella storia assistenziale registrata, il 36% delle donne aveva effettuato da uno a tre accessi, il 17% da quattro a sei, il 20% da sette a dieci e il 27% oltre dieci. Complessivamente, quindi, il 64% aveva effettuato almeno quattro accessi. Per molte, dunque, il rapporto con il servizio si costruisce attraverso incontri ripetuti. Questi numeri spingono a chiedersi se, a ogni nuovo accesso, si riesca a ricostruire anche la storia precedente: collegare le informazioni raccolte nel tempo è essenziale per capire meglio la situazione della donna e i suoi eventuali bisogni di sostegno.

La seconda solitudine nasce quando la storia della donna si perde tra i singoli accessi: ogni episodio viene affrontato per il problema del momento, senza necessariamente collegarlo agli accessi precedenti e al contesto di vita. Un'organizzazione centrata sulla lesione più evidente rischia di lasciare sullo sfondo sintomi aspecifici che possono accompagnare una violenza cronica o psicologica: dolori ricorrenti, ansia, depressione, disturbi ginecologici. Nel sistema di triage le diciture sono vere e proprie etichette diagnostiche attribuite dal personale sanitario: tra i 255 accessi privi di Codice Rosa le diagnosi esplicite di maltrattamento o aggressione sono pari allo 0%, mentre nei 100 accessi con Codice Rosa raggiungono il 32%. Lo studio riguarda una sola azienda sanitaria e donne per le quali la violenza è stata riconosciuta almeno una volta; i dati non consentono di stimare quanti casi restino invisibili, ma invitano a prestare attenzione anche ai segnali meno immediati. Il tema della documentazione emerge anche a livello europeo: in uno studio su The Lancet Public Health, basato sui dati dell'European Injury Database relativi a 16 Paesi (Italia inclusa), nel 42% degli accessi al PS per violenza su donne e ragazze di almeno 15 anni il sesso dell'aggressore non è stato specificato o è risultato sconosciuto. Nella revisione sistematica di Miller et al. (2021), inoltre, la mediana degli invii ai servizi di supporto tra le donne positive allo screening per violenza da partner è del 32% nei programmi esaminati: un dato che richiama la necessità di collegare il riconoscimento all'offerta di sostegno.

La terza solitudine coinvolge il personale sanitario, quando deve gestire un fenomeno complesso senza adeguati riferimenti operativi e sostegno interdisciplinare. Nel nostro questionario il 30% dei rispondenti dichiara di non essersi occupato nel 2023 di casi di violenza di genere, domestica o sessuale: la domanda comprendeva segnalazioni, Codici Rosa, dichiarazioni o tentativi di dichiarazione. Il 53% dichiara di non sentirsi abbastanza competente per fornire alle donne vittime di violenza tutte le opportune indicazioni e di avere bisogno di ulteriori informazioni; il 46% indica invece di sentirsi abbastanza competente, ma di dover migliorare alcune abilità e conoscenze. La mancata gestione di casi può dipendere anche dal ruolo e dal servizio di appartenenza e non dimostra, da sola, una carenza di competenze. Il bisogno informativo segnala invece un'esigenza da approfondire per progettare formazione e supporto. Occorre che l'operatore sappia a chi rivolgersi quando sospetta una situazione di violenza e possa confrontarsi con altre figure professionali, senza sostenere da solo l'intero percorso.

Accorgersi del bisogno è un atto di cura collettivo

Per superare le tre solitudini e ripensare la funzione del PS occorre un cambio di prospettiva. L'Etica della Cura di Joan Tronto (1993) offre una cornice utile, articolando la cura come una pratica sociale e politica che si sviluppa in quattro fasi interconnesse: l'attenzione (*caring about*), l'assunzione di responsabilità (*taking care of*), la prestazione concreta (*caregiving*) e la risposta della persona che riceve la cura (*care-receiving*). Nel 2013 l'autrice sviluppa anche il *caring with*, la dimensione collettiva della cura fondata su fiducia e solidarietà. Nel nostro caso significa chiedersi quali condizioni permettano al personale di riconoscere un bisogno e alla rete dei servizi di costruire una risposta insieme alla donna.

Il primo momento costitutivo è l'attenzione: la capacità di accorgersi anche di un bisogno non espresso, mantenendo un ascolto non giudicante. Nel contesto del triage, riconoscere una possibile situazione di violenza è un atto di cura che nasce anche dalla lettura dei segnali indiretti, come gli accessi ripetuti o una dinamica dichiarata che non chiarisce le lesioni osservate. Questi elementi richiedono un approfondimento, non costituiscono di per sé una prova di violenza. Parte delle informazioni utili può essere già presente nelle cartelle cliniche: connetterle può aiutare a formulare domande appropriate e offrire uno spazio di ascolto. Le evidenze ISTAT relative alle donne italiane intervistate, segnalano una maggiore consapevolezza della violenza subita e un aumento delle richieste di aiuto ai Centri Antiviolenza e agli altri servizi specializzati, passate dal 4,4% nel 2014 all'8,7% nel 2025. Il report richiama anche la coerenza di questo andamento con altre fonti sulla protezione delle donne, tra cui i contatti al numero telefonico dedicato 1522. Alla luce di tali evidenze, al momento dell'ingresso in ospedale occorre che la struttura sia capace di accogliere anche un bisogno di protezione non ancora esplicitato.

Per comprendere come le regole organizzative orientino l'attenzione degli operatori, abbiamo messo a confronto le linee guida internazionali dell'OMS, le Linee Guida Nazionali del DPCM 24 novembre 2017 e la procedura aziendale della ASL piemontese analizzata. È importante specificare che il confronto riguarda quanto è esplicitato nei documenti: una previsione non menzionata non può essere considerata automaticamente assente nelle pratiche.

Confronto tra linee guida OMS, linee guida nazionali e procedura della ASL analizzata

	Linee Guida OMS	**Linee Guida Nazionali**	**Procedura della ASL analizzata**
	2013	**DPCM 24 novembre 2017**	**ottobre 2018**
Tempi di attesa al triage	Priorità e tempestività di presa in carico (raccomandazione 1)	Visita tempestiva con urgenza relativa, di solito entro 20 minuti, salvo emergenza	Raccomandata presa in carico rapida e dedicata, senza limite temporale specifico
Spazi e riservatezza	Colloqui in spazi privati dedicati (raccom. 1)	Area protetta separata dalla sala d'attesa generale	Stanza Rosa lontana dagli spazi pubblici; ove non disponibile, attesa in PS con vigilanza allertata
Materiale informativo	Materiali disponibili in aree riservate (raccom. 4)	Materiale visibile e comprensibile in zona triage	Materiale esposto in spazi pubblici di triage
Sistemi informatici e tracciabilità	Registrazione accurata e riservata dei casi nei sistemi informativi (par. 5.2 / p. 4)	Previsti per tracciabilità e interoperabilità	Non menzionata l'interoperabilità dei dati
Prospettiva di genere e formazione	Formazione su violenza e diritti delle donne, sensibile al genere (quadro dei diritti umani; raccom. 30–33)	Sottolineata l'importanza della formazione	Formazione sulla violenza di genere; non esplicito il riferimento a medicina gender-sensitive
Comorbidità e	Cura per disturbi mentali e	Non specificato nel dettaglio	Non espliciti rinvii a percorsi

	Linee Guida OMS	Linee Guida Nazionali	Procedura della ASL analizzata
	2013	**DPCM 24 novembre 2017**	**ottobre 2018**
vulnerabilità specifiche	PTSD e sostegno in gravidanza (raccom. 5, 6, 8)		psicologici o di mediazione

Fonte: elaborazione delle autrici su OMS 2013, DPCM 24 nov. 2017 e procedura del 2018 della ASL analizzata.

Il confronto documentale, sinteticamente riportato in tabella, aiuta a individuare gli aspetti che richiedono maggiore chiarezza nei protocolli, come i tempi di accesso alla visita e il collegamento tra le informazioni cliniche. Va invece distinta la visibilità del materiale informativo dalla riservatezza dei colloqui: le linee guida nazionali prevedono sia informazioni disponibili al triage sia un'area protetta per l'accoglienza. Rompere la solitudine dell'operatore e della donna significa dunque istituzionalizzare l'attenzione, trasformandola in una prassi organizzativa condivisa: sapere dove svolgere il colloquio, come consultare gli accessi precedenti e quale referente attivare.

Superare la frammentazione: continuità della presa in carico e prospettive di rete

Tradurre la prospettiva della cura in pratiche operative nei servizi di emergenza richiede di porre l'attenzione verso le fasi successive delineate da Joan Tronto, ovvero l'assunzione di responsabilità e l'erogazione di una risposta concreta e continuativa. La nostra ricerca sollecita una riflessione su questo passaggio, ma non ha misurato sistematicamente gli invii ai CAV e gli esiti dei percorsi di protezione. Le indicazioni che seguono sono quindi proposte organizzative, sostenute anche dalla letteratura e dalle linee guida nazionali. Riconoscere la violenza senza garantire un raccordo efficace con la rete territoriale rischia infatti di riprodurre una seconda forma di solitudine e di abbandono istituzionale.

In questo quadro, le proposte di intervento formulate a partire dai nostri studi e dalla prospettiva di genere pongono al centro l'alleanza strategica con i Centri Antiviolenza (CAV), intesi non come semplici destinatari esterni di pratiche di invio, ma come partner politici ed esperti della metodologia dell'accoglienza e dell'autodeterminazione delle donne. Le principali indicazioni per l'organizzazione dei servizi si articolano quindi su quattro direttrici fondamentali:

- Costruzione dell'alleanza relazionale con i CAV: superare la logica della delega passiva attraverso l'attivazione di protocolli delle ASL di contatto diretto e concordato con le operatrici dei CAV. Oltre alla consegna dei recapiti, occorre rendere possibile un accompagnamento relazionale che avvii il raccordo già durante la permanenza in ospedale o al momento della dimissione, quando la donna lo richiede e in condizioni di riservatezza. Concretamente, questo significa definire referenti riconoscibili, modalità di contatto e responsabilità per accompagnare il passaggio.
- Promozione dell'autodeterminazione e centralità della scelta informata: coerentemente con le prassi femministe dei CAV, l'intervento sanitario e l'orientamento ai servizi specialistici devono rispettare i tempi, le decisioni e le strategie di autotutela della donna, fermi gli obblighi di legge. Il percorso di cura e protezione non deve tradursi in una prassi paternalistica o coercitiva, ma in un processo di restituzione di potere e sicurezza. La decisione di non contattare subito un CAV non equivale automaticamente a un fallimento: è importante che la donna conosca le opportunità di sostegno e possa riprenderle in considerazione successivamente.
- Integrazione informativa e tracciabilità dei percorsi di protezione: sviluppare dispositivi informativi per le ATS orientati a sostenere il personale nel cogliere la storia clinica pregressa. Eventuali alert di cartella su accessi aspecifici ricorrenti richiedono una valutazione di efficacia prima dell'adozione di misure e devono sostenere – non sostituire – il colloquio e il giudizio professionale. A ciò può affiancarsi un raccordo con i CAV territoriali per concordare la continuità del sostegno, con informazioni limitate a quanto necessario, tutela della riservatezza e rispetto delle scelte della donna. Non implica una circolazione automatica delle informazioni tra servizi.
- Formazione continua interdisciplinare e decostruzione dei bias istituzionali: realizzare percorsi formativi permanenti dedicati al personale sanitario di prima linea, co-progettati con le operatrici esperte dei CAV. La formazione deve essere finalizzata non solo all'apprendimento delle procedure medico-legali, ma alla decostruzione degli stereotipi di genere e dei pregiudizi che possono ostacolare il riconoscimento della violenza psicologica ed economica, oltre che fisica. Questo richiede tempo dedicato e confronto tra professioni. È utile inoltre monitorare proposte di contatto, tempi e ostacoli del raccordo, tenendo conto delle scelte delle donne.

In conclusione, la violenza maschile contro le donne non può essere affrontata dal sistema sanitario soltanto come un'emergenza acuta o un episodio clinico isolato. Il riconoscimento in PS è un atto di cura collettivo che richiede di connettere le informazioni già presenti nelle cartelle cliniche, sostenere gli operatori di prima linea e costruire alleanze stabili tra sanità, servizi sociali e Centri Antiviolenza. All'interno di un'attenzione condivisa e di una responsabilità di rete, il percorso ospedaliero può offrire opportunità di tutela e protezione sociale anche oltre la dimissione.

Bibliografia

- Miller, C. J., Adjognon, O. L., Brady, J. E., Dichter, M. E., & Iverson, K. M. (2021) Screening for intimate partner violence in healthcare settings: An implementation-oriented systematic review. *Implementation Research and Practice, 2*.
- Rossini, Z., & Torrioni, P. M. (2026). *Dalla diagnosi alle politiche di protezione: La rilevazione precoce della violenza di genere nel triage come strumento scientifico per anticipare scenari e ridurre disuguaglianze*. IRPPS Working Papers, n. 155/2026. CNR–IRPPS.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge. Trad. italiana: Facchi, A. (a cura di) (2006). *I confini morali: Un argomento politico per l'etica della cura*. Diabasis.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.