



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE E I NUOVI
ORIZZONTI DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE PER LE DONNE
VITTIME DI VIOLENZA**

Nuove frontiere professionali

Relatore:

Dott.ssa Loredana Buscemi

Tesi di Laurea di:

Irene Baleani

A.A. 2020/2021

Abstract

This study aims to introduce the problem of violence against women and how the inclusion of nurses in anti-violence centres and shelters can improve post-hospital management.

The nurse is the person who welcomes and takes care of the women who go to the Emergency Room, why shouldn't he accompany the women in the path outside the hospital?

To answer this question, newspaper articles, ISTAT data and previous studies on violence were considered. Rarely, however, there have been publications that focus on the nurse, but he can be contacted for current services or to organize a hospitalization. This indicates that the need for this figure in the centers is real, so introducing it permanently would improve the hospital continuum, reduce the dwell times and would expedite social integration.

In support of the thesis local anti-violence centers were contacted, those who responded, expressed a willingness to integrate the nurse in their staff.

Indice:

Introduzione;	pag. 7
1. Capitolo Primo: la violenza.	pag. 9
1.1 Entità del fenomeno prima del COVID, durante e dopo;	
1.2 Definizione di violenza;	
1.3 Percezione comune della violenza.	
2. Capitolo Secondo: i protocolli ospedalieri.	pag. 22
2.1 Protocollo assistenziale a partire dal decreto del 2017; - Ancona, Padova, Ragusa e Torino.	
2.2 Differenze tra i protocolli nel territorio nazionale;	
2.3 Progetti europei.	
3. Capitolo Terzo: l'assistenza nel territorio.	pag. 34
3.1 L'importanza della rete di professionisti della salute;	
3.2 Più assistente sociale che infermiere.	
4. Capitolo Quarto: discussione.	pag. 39
4.1 Nuove frontiere professionali: l'infermiere nel territorio;	
5. Conclusioni;	pag. 44
Bibliografia e Sitografia	pag. 46
6. Allegati;	pag. 48
7. Ringraziamenti.	pag. 49

Introduzione

Il presente studio verte ad analizzare quella che è la situazione attuale delle donne vittime di violenza che giungono nei pronto soccorsi del territorio nazionale e nei centri antiviolenza e case rifugio, in relazione alla figura dell'infermiere.

Lo studio è diviso in 4 capitoli:

- nel primo si introducono l'entità del fenomeno, la definizione di violenza e come questa viene percepita dall'opinione pubblica;
- nel secondo vengono analizzati i protocolli nazionali, le differenze che intercorrono tra loro ed anche messi a confronto coi progetti europei più innovativi;
- nel terzo si prendono in esame i vari professionisti della salute che seguono le donne nel loro percorso all'esterno delle strutture ospedaliere;
- infine nel quarto vengono introdotti nuovi approcci al futuro e quindi frontiere professionali possibili per l'infermiere.

Perché porre l'attenzione sull'infermiere, molto spesso, egli è il primo contatto che una donna maltrattata ha con l'ambiente sanitario. A supporto di ciò abbiamo gli articoli 33 e 41 del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009¹ (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, riesame del 07/2020), per cui:

“L'infermiere che rilevi maltrattamento o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente”

¹ Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svoltasi in Roma in data 17.01.09

E ancora:

"L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe".

1. Capitolo Primo: la violenza.

La violenza sulle donne ha subito un andamento altalenante durante la pandemia, all'inizio con quello che sembrava un piccolissimo rallentamento e poi una repentina crescita, per poi rientrare nei numeri degli anni precedenti, verranno perciò indagati i motivi di questo andamento e le relative statistiche.

1.1 Entità del fenomeno prima del COVID e durante;

È fondamentale distinguere il fenomeno della violenza sulle donne ponendo come punto di snodo l'anno 2020, anno in cui si è verificato un picco verso l'alto per poi ritornare ai valori degli anni precedenti, questa tendenza è certamente da relazionare al fenomeno della pandemia. Infatti, molto spesso, la violenza avviene all'interno della famiglia, in più le normative introdotte sul distanziamento sociale si sono rivelate un elemento ostacolante all'accoglienza delle vittime. Nonostante questo ostacolo i centri hanno comunque continuato a funzionare regolarmente, anzi hanno diffuso tramite i social locandine informative che invitavano a contattare il 1522. Un numero attivo ventiquattro ore su ventiquattro e gratuito che accoglie con operatrici specializzate le richieste di aiuto e sostegno delle vittime di violenza e stalking.

Oltre al numero verde anche la Polizia di Stato ha deciso di aumentare l'attenzione verso questo fenomeno, perciò, dal 27 marzo 2020, l'applicazione Youpol, realizzata per la denuncia di episodi di spaccio e bullismo, viene estesa anche alla segnalazione di episodi di violenza domestica. L'applicazione ha il vantaggio di poter inviare messaggi ed immagini in tempo reale alla Polizia di Stato, che immediatamente localizza la provenienza del messaggio, anche se l'utente può aggiungere manualmente luogo in cui è avvenuta la violenza. Si possono effettuare anche denunce o chiamate in forma anonima o da parte di terzi;

le segnalazioni vengono comunque gestite nella sala operativa della questura competente del territorio.

Molti studiosi e stakeholder hanno parlato di un'emergenza nell'emergenza, nello specifico un'emergenza-ombra rispetto alla pandemia (shadow pandemic o shadow crisis). Gli scenari che coinvolgono questo fenomeno sono molteplici: dall'incremento di nuovi casi, alla recrudescenza di violenze già esistenti prima della pandemia e alle richieste di aiuto per violenze insorte in precedenza.

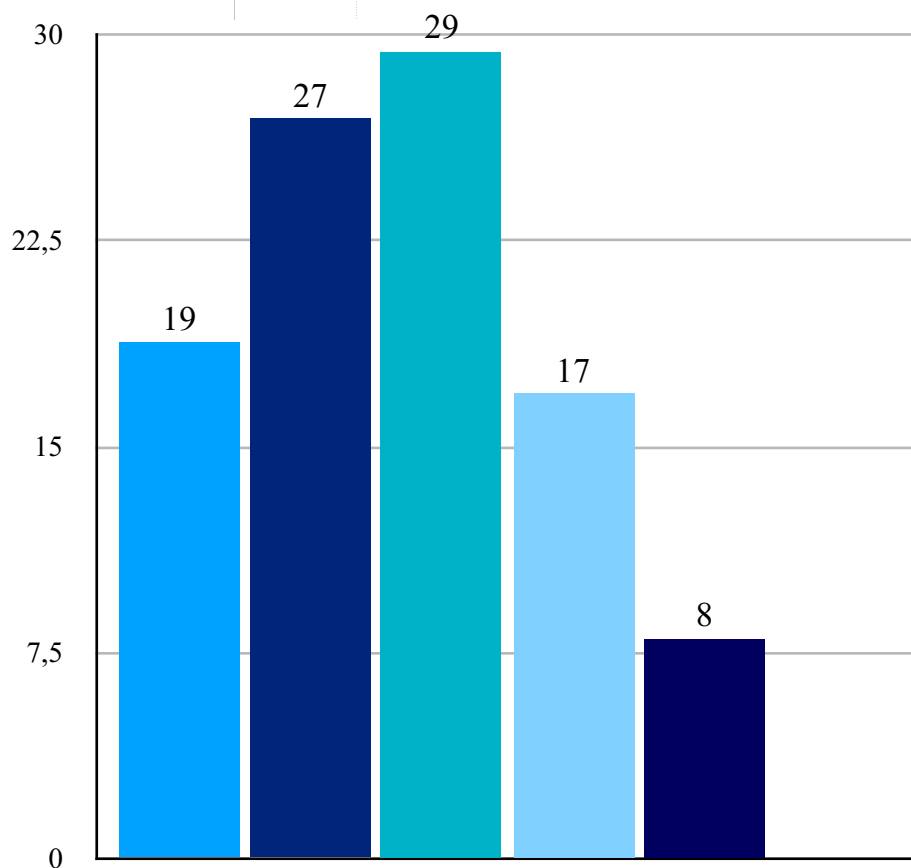
Nel quinquennio precedente all'emergenza sanitaria (2014-2019) si è passati da un numero di accessi al PS di donne vittime di violenza pari a 3.300 ad oltre i 7.600, con un aumento del 133%, mentre il numero di accessi totale era cresciuto solamente del 4%. Questo andamento crescente può essere giustificato da un aumento dei casi o donne che denunciano, ma soprattutto da un maggior riconoscimento di casi di violenza da parte degli operatori sanitari. Per quanto riguarda la casistica nel 2020, si sono verificati circa 5.500 accessi al Pronto Soccorso di donne che hanno subito violenza.

C'è un dato rilevante e positivo però, ovvero che nel corso dello stesso anno sono state più di 15.000 le donne che hanno deciso di intraprendere un percorso di uscita della violenza ed appartengono a tutte le fasce d'età.

Il 18,8% ha meno di 30 anni, tra i 30 e i 39 sono il 26,9%, il 29,4% ha un'età tra i 40 e i 49 anni, il 16,9% tra i 50 e i 59 anni e il restante 8% ha più di 59 anni.

Il 72% ha la cittadinanza italiana e il 59% ha il domicilio nella stessa provincia dove è collocato il centro antiviolenza a cui si sono rivolte in seguito.

■ Minori di 30 anni ■ Tra i 30 e i 39 ■ Tra i 40 e i 49 ■ Tra i 50 e i 59
■ Oltre i 59 anni



(Istogramma 1.1.1, Donne che si sono rivolte a delle strutture per uscire dalla violenza)

Donne che hanno iniziato il percorso personalizzato di uscita dalla violenza, suddivise per tipologia di violenza subita prima di ricorrere al centro (anno 2020, valori in percentuale)².

Violenza fisica	66,9
Minaccia	49,0
Violenza psicologica	89,3
Violenza economica	37,8
Stalking	20,8
Stupro	9,0
Altra violenza sessuale	12,7
Altre forme presenti nella Convenzione di Istambul	2,1

(Tabella 1.1.2)

Nel 59,8 % dei casi l'autore della violenza è il partner convivente, nel 23% un ex partner, nel 9,5% un altro familiare o parente: le violenze subite fuori dall'ambito familiare e di coppia sono solo il restante 7,7%.

L'Istat promuove, infine, una nuova indagine per la primavera del 2022 al fine di continuare a monitorare la "Sicurezza delle donne" e favorire (nell'ambito dell'accordo ISTAT-Ministero della Salute) "l'alimentazione della banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari". Questo accordo vuole: "rendere più efficace la produzione di dati per la conoscenza del fenomeno, anche armonizzata a livello nazionale"

² Fonte: Dati ISTAT, https://www.istat.it/it/files//2021/11/EFFETTI_PANDEMIA_-_VIOLENZA_D_GENERE.pdf

Alimentazione della banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari, Indagine ISTAT.

Art. 1, Finalità dell'Accordo

1. Con il presente Accordo l'ISTAT e il Ministero, nell'ambito delle rispettive competenze tecniche e istituzionali, intendono sviluppare un rapporto di collaborazione finalizzato ad alimentare con i contenuti informativi relativi agli accessi in pronto soccorso con diagnosi di violenza rilevati dal Sistema EMUR e alle dimissioni ospedaliere con diagnosi di violenza rilevati dal flusso SDO, descritti nell'Allegato tecnico che costituisce parte integrante e sostanziale dell'Accordo, il sistema integrato di raccolta ed elaborazione dati previsto dal Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 luglio 2015, secondo le specifiche e le modalità ivi previste.
2. Il sistema integrato indicato al comma 1, denominato "Banca dati sulla violenza di genere", è finalizzato a fornire informazioni statistiche validate e continuative agli organi di governo e a tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nel contrasto alla violenza di genere, nel rispetto delle disposizioni del decreto legge n. 93 del 2013, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 2013.

Art. 2, Oggetto dell'Accordo

1. L'oggetto del presente Accordo consiste nella realizzazione delle seguenti attività:
 - a. messa a disposizione di un set di dati relativi alle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza con riferimento alle attività di Pronto Soccorso (Sistema EMUR) e alle dimissioni ospedaliere (Flusso SDO) con l'obiettivo di selezionare i casi riconducibili alla violenza di genere ai fini dell'alimentazione della "Banca dati sulla violenza di genere", come definito nell'Allegato tecnico;
 - b. individuazione delle esigenze informative, che non possono essere soddisfatte con l'attuale struttura dei flussi EMUR e SDO, valutazione e proposta di eventuali modifiche da apportare alla normativa che regola tali flussi;
 - c. predisposizione di linee guida per la compilazione delle diagnosi dei suddetti flussi informativi rispetto alla violenza di genere;
 - d. predisposizione di piani per la formazione del personale sanitario preposto al riconoscimento della violenza di genere e all'alimentazione dei rispettivi flussi di dati.

1.2 Definizione di violenza

Dare una definizione di violenza permette di definire il fenomeno e in qualche modo renderlo più reale e comprensibile.

L'articolo 1 della dichiarazione ONU recita che: “è violenza contro le donne ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse minacce, coercizione o privazione arbitraria di libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata” (Dichiarazione ONU, 1993)³.

Per l'OMS la violenza è: “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” (Informativa OMS 2002)⁴.

La Convenzione di Istanbul (Istanbul, 11 maggio 2011), anche detta Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, è un trattato internazionale che viene applicato a tutte le forme di violenza contro le donne e consta di 81 articoli in totale, ma già dal primo si pone gli obiettivi di:

- proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;

³ Art.1, Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'Eliminazione della Violenza contro le Donne, Conferenza Mondiale, Vienna, 1993

⁴ Ministero della Salute, Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali, Informativa OMS: violenza contro le donne, Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti, 2002

- contribuire ad eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne;
- predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica;
- promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
- sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica.⁵

Sono considerate forme di violenza molte espressioni fisiche o verbali che si organizzano secondo le seguenti manifestazioni:

- Violenza psicologica;
- Stalking;
- Violenza economica;
- Violenza fisica;
- Violenza sessuale;
- Violenza assistita.

⁵ Istanbul, 11 maggio 2011, Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa – N° 210, Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Traduzione non ufficiale.

La *violenza psicologica* (altrimenti detta violenza emotiva o abuso emotivo): è indiretta e si mostra tramite comportamenti o atteggiamenti. Ne sono esempi la mancanza di ascolto, il fraintendimento volontario, la minaccia di lesioni o vendetta, il disprezzo del partner, la colpevolizzazione, il ricatto sui figli, l'umiliazione e l'isolamento. È una forma di violenza difficilmente denunciabile. Rientra nella categoria di violenza psicologica anche il fenomeno del *gaslighting*: in cui alla vittima vengono fornite informazioni false con la finalità di farla dubitare di sé e delle sue capacità di memoria o anche il semplice negare un avvenimento additando la vittima come pazza o capace di inventare situazioni mai verificate.

Lo *stalking* (o comportamento persecutorio continuativo): è quell'atteggiamento che spesso viene messo in atto quando la donna cerca di allontanarsi da una relazione violenta.

L'ex partner viene perseguitata negli spostamenti, aspettata sotto casa o a lavoro (al fine di portare al licenziamento), chiamata in continuo, anche durante le ore notturne. Il perseguitato si sente in trappola, in uno stato continuo di ansia, vengono limitate autonomia e indipendenza, a questa condizione spesso si associano disturbi del sonno e depressione.

In seguito alla legge del 23 aprile 2009 n. 38, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2009 n. 11, ha introdotto nel nostro codice penale il reato di *stalking*, denominato come "Atti persecutori" dalla rubrica dell'art. 612 bis.

La *violenza economica*: viene messa in atto quando si vieta o impedisce al partner di svolgere un lavoro o un percorso formativo, limitando o privando il partner del

denaro per le proprie spese o per quelle domestiche, non rendendolo partecipe al reddito familiare, costringerlo a contrarre debiti o non corrispondendo agli alimenti dopo la separazione. Sono dei validi esempi impedire o limitare l'accesso ai conti bancari, ai soldi contanti, ai contatti telefonici, ai trasporti e alle cure mediche. Si vive quindi una situazione di privazione economica continua.

La *violenza fisica* (ogni forma di intimidazione o azione che mette a rischio l'integrità fisica): indica un'aggressione diretta contro una persona tramite spintoni, calci, tirate di capelli, pugni, tentativi di strangolamento, bruciature di sigaretta, privazione del sonno, ferite da arma bianca e fino a casi estremi con l'uccisione. Può comprendere le aggressioni con l'acido, forma particolarmente invalidante, e anche le mutilazioni genitali femminili.

La *violenza sessuale*: definisce ogni atto sessuale attivo o passivo, imposto con violenza fisica, minacce o abuso di autorità. Non riguarda solamente l'atto penetratorio di qualsiasi genere, ma comprende ogni situazione annessa al concetto di invasione, più ampio e neutro rispetto al sesso della vittima.⁶

Comprende insulti, l'umiliazione e la brutalizzazione nell'atto sessuale, la costruzione ad assistere ad atti sessuali, a subire un tentato stupro o uno stupro.

⁶ "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da sei a dodici anni.

Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

1. abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
2. traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi(8).

La *violenza assistita*: comprende tutte le forme elencate di violenza ed è compiuta sulla figura di riferimento di un/una minore o su altre figure significative, che siano essi adulti o minori. L'esperienza della violenza assistita può essere percepita direttamente, indirettamente o attraverso effetti successivi alla violenza. I minori che assistono ad episodi di violenza di un genitore contro l'altro vivono uno stress continuo che produce conseguenze negative: arrivano a manifestare disagio con comportamenti e reazioni difficili da comprendere per chi vive accanto a loro (amici, parenti, insegnanti). Poi una volta adulti corrono il rischio di non trovare stabilità e di avere difficoltà a costruire relazioni sane.



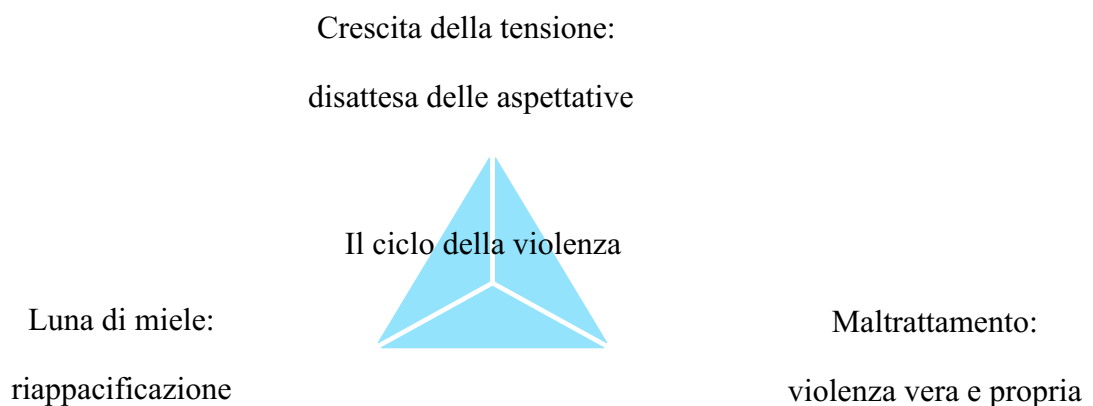
(Fig. 1.2.3, Forme della violenza)

Oltre alle forme con cui la violenza può manifestarsi, questa segue spesso un ciclo identificabile dall'esterno in tre fasi principali:

- la prima fase è quella definita come *crescita della tensione*, in questo momento si creano degli attriti nella coppia, discussioni o litigi;
- la seconda fase è quella del *maltrattamento* vero e proprio in cui l'uomo si accanisce sulla donna verbalmente o fisicamente;
- l'ultima fase è quella conclusiva della *luna di miele*, spesso l'uomo dopo l'escalation di rabbia si sente in colpa e ricopre di attenzioni e regali la donna, sia per tenerla legata a sé, sia per scaricarsi la coscienza dall'accaduto.

Ipoteticamente si può procedere così all'infinito finché qualcosa non interrompe il ciclo e permette la fuoriuscita dalla spirale della violenza.

Caratteristiche della violenza domestica:



(Fig. 1.2.4, Diagramma del ciclo della violenza, lettura in senso orario)

Infine vi è purtroppo un legame stretto tra gravidanza e violenza, in questa particolare condizione che la donna vive la violenza può iniziare o inasprirsi.

La gravidanza rende la donna più concentrata su di se e sui cambiamenti che il suo corpo sta vivendo, cosa che spesso non è capita o accettata dal partner che cova nei confronti del nascituro una forma di gelosia, perché questo si interpone tra lui e la donna.

1.3 Percezione comune della violenza

Il tema della violenza è un argomento che nel corso degli anni sta diventando una parte sempre più integrante della cronaca quotidiana; coinvolge bambini, donne, disabili, migranti, tutte quelle categorie che in qualche modo vengono considerate più fragili e manipolabili.

Nel 1999 le Nazioni Unite hanno identificato il 25 novembre come la giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne.

Nonostante questo moltissimi paesi al mondo ancora considerano legale la violenza domestica e di conseguenza corretto e giusto, da parte dell'uomo, occuparsi della disciplina della propria moglie e utilizzare la violenza a scopo correttivo.

Grazie a fenomeni come il "Me Too", di rilevanza mondiale, è diventato più facile e sicuro per le vittime denunciare comportamenti violenti a sanitari o autorità giudiziarie. Il movimento "Me Too" nasce come movimento femminista contro le molestie sessuali e la violenza sulle donne soprattutto sul posto di lavoro, diffuso come hashtag in modo virale nel 2017. Ma la prima associazione tra Me Too e le molestie sessuali avviene nel 2006 grazie a Tarana Burke, un'attivista americana, le donne sono poi state invitate a condividere l'hashtag su Twitter dall'attrice Alyssa Milano nel 2017, per denunciare l'estensione del problema delle molestie subite e della violenza.

È di certo diventato più facile e sicuro per le donne denunciare, ma questo non toglie che sia privo di rischi o ripensamenti da parte della vittima, anche per come potrebbe essere vista dalla comunità che la circonda.

Per esempio in Italia ancora persiste il pregiudizio per cui alla vittima viene ancora addebitata la responsabilità della violenza⁷, nonostante le vengano rubate l'intimità, lo spazio individuale e il diritto all'autodeterminazione all'interno della propria sfera sessuale.

Argomento che si collega all'estremamente discussa, e subito smentita, pronuncia della Corte di Cassazione⁸ con cui si annullava la condanna dello stupratore perché la vittima indossava dei jeans.

(“i jeans non possono essere sfilati nemmeno in parte se chi li indossa non dà una fattiva collaborazione; (...) è impossibile togliere i jeans a una donna che si oppone con tutte le sue forze e questo è un dato di comune esperienza”)

⁷ Pronuncia del Tribunale penale di Busto Arsizio, assoluzione dell'imputato dall'accusa di violenza sessuale per insussistenza degli elementi costitutivi della norma 609 bis.

⁸ Corte di Cassazione Penale, 6 novembre 1998, n. 1636

2. Capitolo Secondo: i protocolli ospedalieri.

Sulla base del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017, si sono stilate delle linee guida per aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza. Con l'obiettivo, un giorno, di poter realizzare un unico protocollo per tutto il territorio nazionale.

2.1.1 Protocollo assistenziale: Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

Nonostante nella realtà regionale marchigiana vi fossero già dei protocolli lavorativi, dal 2017 in poi ci si è allineati alle Linee Guida ministeriali nella costruzione di un protocollo definito. Il protocollo assistenziale dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona è stato visionato durante il periodo di tirocinio formativo presso la SOD Pronto Soccorso ed OBI.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona si fa riferimento al protocollo del 2019, o anche "Percorso per donne che subiscono violenza". Il percorso vuole pianificare gli interventi dei professionisti della salute coinvolti e viene applicato nei casi di violenza, dichiarata o sospettata, subiti dalle donne che afferiscono all'Azienda Ospedaliera. Possono essere coinvolti eventuali figli/e minori della donna vittima, testimoni o altre vittime di violenza. Per quanto riguarda le donne minori di 18 anni si applica il percorso assistenziale aziendale per ignote vittime di maltrattamento e/o abuso sessuale, salvo particolari casi clinici da valutare a carico del medico accettante.

È fondamentale umanizzare con la vittima e indagare le problematiche scatenanti mediante un colloquio.

Nella fase di anamnesi si indagano: le modalità, la frequenza e la durata dei maltrattamenti, la presenza di minacce verbali, tipo di relazione con l'aggressore e precedenti accessi e referti di pronto soccorso per lesioni. Accertarsi poi se la vittima ha già sporto denuncia o intende farlo in futuro.

La fase del colloquio non termina con l'anamnesi ma continua anche nella fase dell'esame obiettivo nel quale si procede con l'identificazione della sede e dell'estensione delle lesioni e alla loro documentazione fotografica, previo consenso della vittima. A prescindere che la donna voglia o meno procedere con la denuncia è importante raccogliere tutte le prove a disposizione qualora intendesse farlo.

OBIETTIVI:

- Facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- Offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, dando riservatezza e disponibilità all'ascolto;
- Garantire la privacy assegnando alla paziente una stanza singola in cui potersi sentire a suo agio;
- Garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- Ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove ed alla catena di custodia, al fine di meglio documentare l'atto subito;
- Informare e inviare la donna ai servizi territorialmente competenti.

I PUNTI DEL PROTOCOLLO:

1. Violenza sessuale dichiarata

2. Violenza sessuale sospettata ma non dichiarata
3. Unità di crisi per violenza sessuale dichiarata
4. Situazioni particolari
5. Donna vittima di maltrattamento dichiarato/sospettato
6. Denuncia all'autorità giudiziaria
7. Riferimenti utili aziendali e territoriali
8. Contenuto kit "violenza sessuale"⁹
9. Contenuto kit "maltrattamento"
10. Riferimenti documentali



(Fig. 1.3.5)

⁹ Il kit "violenza sessuale" comprende: buste bianche, lima per unghie, tre vetrini con contenitori, quattro tamponi per gli orifizi, due pettini, un tampone per la superficie corporea, provette per i prelievi del sangue e buste.

2.1.2 Protocollo assistenziale: Azienda ospedaliera di Padova.

“Parlare di codice rosa permette di ‘identificare in modo informale la problematica ma non è un nuovo codice colore inserito al triage’”.

(Dott. Maurizio Chiesa, direttore del Pronto Soccorso del Sant’Antonio).

Negli ospedali padovani si codifica nel luglio del 2019 il protocollo “Codice Rosa”, un percorso riservato alle donne vittime di violenza e ai loro figli che arrivano in pronto soccorso, con particolare attenzione anche alla situazione di donne sopravvissute o coinvolte in situazioni di violenza di genere nella protezione internazionale.

Gli iter terapeutici sono stati uniformati nell’anno 2019 per quanto riguarda gli ospedali della provincia di Padova e il percorso codificato prevede: visita medica, consulenze specifiche, segnalazione ai servizi sociali, consulenza medico-legale e denuncia al posto di polizia, valutazione del rischio alla dimissione. L’anno precedente, nel 2018, in questa area furono registrati 364 accessi con diagnosi che riguardavano molteplici tipologie di trauma fisico e psicologico.

È previsto che l’infermiere del triage prenda in carico la persona che ha subito violenza e la accompagni fino alla dimissione e all’aggancio ai servizi del territorio. Qualora si verifichi un ritardo col reperimento di un luogo sicuro è possibile anche organizzare un ricovero temporaneo.

Il punto di forza di questo programma è l’organizzazione in una task force istituzionale che prevede al suo interno personale qualificato e formato: infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali e psicologi, magistrato e ufficiali

di Polizia giudiziaria. Il servizio di tutela si rivolge non solo alle donne ma anche a minori, anziani e vittime di abusi o discriminazioni sessuali. L'impiego di questa task force permette di trattare l'assistito nel maggior rispetto e tutela della privacy, lasciando anche la libertà di decidere in merito al percorso più adatto da seguire dopo la prestazione delle prime cure.

OBIETTIVI:

- Facilitare e velocizzare il trattamento e la presa in carico della persona vittima di violenza;
- Far emergere episodi di cui le vittime sono reticenti a raccontare, spesso a causa di ipotetiche ritorsioni;
- Intervenire tempestivamente per rilevare tutti gli elementi per avviare indagini e monitorare situazioni a rischio, in caso di mancata prosecuzione di denuncia;
- Velocizzare i tempi di indagine e dei processi;
- Con l'inserimento del codice rosa, assieme al codice di triage, viene garantita all'assistita una stanza dedicata che crei le migliori condizioni per accoglienza, cura e sostegno.

2.1.3 Protocollo assistenziale: Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

Per quanto riguarda la realtà siciliana si parla di “Codice Rosa” già dal 2014. L’ospedale di Ragusa, come quello di Padova, adotta la dicitura di codice rosa solamente a scopo identificativo, non lo inserisce come codice all’interno del triage, è rappresentativo di una metodologia di comportamenti da adottare con tempestività, riservatezza e rispetto della privacy.

I codici rosa hanno la precedenza su tutti gli altri, eccezion fatta per i codici rossi. Il primo passo è accompagnare la vittima nella stanza dedicata e riservata, in caso di gravi ferite è opportuno prestare prima le cure necessarie e poi accompagnarla nell’area riservata.

Può verificarsi che la vittima decida di rifiutare le cure, è opportuno comunque refertare le lesioni o se non possibile consigliare di tornare, anche in un secondo momento per redigere i referti.

Qualora la vittima fosse un minore il responsabile della Task Force provvederà ad allertare il direttore del dipartimento di Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza, che prenderà in carico il minore ed eventualmente le famiglie.

Il personale medico-infermieristico del Pronto Soccorso prende in carico la gestione clinica della vittima, “umanizzando”, il più possibile il percorso assistenziale. Si procede con l’anamnesi della paziente: le motivazioni che hanno portato alle lesioni, l’inizio e la frequenza dei maltrattamenti, se ha già frequentato il pronto soccorso per altre lesioni, la relazione con il maltrattatore e infine se ha già sporto denuncia o se è una possibilità che valuta di intraprendere.

Qualora al maltrattamento si associ l'abuso sessuale presunto o riferito si attivano subito le consulenze ostetrica, ginecologica e infettivologica, se poi lo si ritiene necessario si possono implementare le consulenze di altri specialisti.

È molto importante l'esame obiettivo che prevede una descrizione accurata dell'accaduto, delle sedi, delle lesioni presenti e su richiesta delle autorità giudiziarie, e previo consenso della vittima, si procede anche ad un'attenta documentazione fotografica.

Alla dimissione la vittima deve essere informata dell'esistenza di una Task Force Interistituzionale di aiuto e sostegno alla quale può accedere anche autonomamente.

I referti e i risultati degli esami saranno poi consegnati al responsabile della task force per lo studio statistico in copia, mentre gli originali andranno alle autorità giudiziarie che avviseranno telefonicamente la vittima registrando la telefonata.

OBIETTIVI:

- Regolare il percorso sanitario assistito di una vittima adulta o minore che ha subito violenza sessuale e/o maltrattamento;
- Attivazione tempestiva e pianificata di un progetto individuale di intervento d'urgenza;
- Fornire a tutti gli operatori coinvolti nel percorso riferimenti chiari e precisi riguardo a: fasi, modalità, responsabilità e obblighi normativi;
- Garantire alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale.

2.1.4 Protocollo assistenziale: Ospedale Humanitas Gradenigo di Torino

A differenza delle sopracitate situazioni, per quanto riguarda la provincia di Torino, gli ospedali indirizzano le donne che hanno subito violenza sessuale agli ospedali ginecologici, in quanto si ritiene sia la procedura migliore per una gestione efficace del quadro clinico.

All'interno di questi verrà poi attuato un protocollo simile al codice rosa visualizzato per Padova.

Sono stati personalmente contattati infermieri e medici dell'Ospedale Humanitas Gradenigo di Torino per poter visionare i protocolli.

2.2 Differenze tra i protocolli nel territorio nazionale

Per riassumere si rileva una discreta frammentarietà sul territorio nazionale anche se ciascun protocollo mira a garantire la miglior assistenza possibile per la donna. Risulta difficile identificare un protocollo più adatto o completo rispetto agli altri, ma sicuramente un protocollo, basato sulle Linee Guida ministeriali e condiviso a livello nazionale, garantirebbe maggior efficienza nell'affrontare sia la prestazione delle prime cure che l'ipotetica situazione giuridica successiva.

I punti a favore che tutti i protocolli condividono sono:

- l'attenzione da porre, vista la delicatezza della situazione, ai segnali e a decodificare le richieste di aiuto inesprese;
- l'empatia e l'umanità con cui rivolgersi alle vittime;
- il trattamento riservato dei dati personali;
- mantenere, se possibile, il personale invariato dall'accoglienza alla dimissione;
- la presa in carico da parte di un'equipe completa e non solo da parte dei singoli professionisti;
- l'importanza della raccolta dati che potrebbero servire alla vittima anche in futuro;

Di certo sarebbe un ulteriore miglioramento poter avere delle direttive condivise su tutto il territorio nazionale, da una parte renderebbero più semplice il lavoro di accoglienza, garantendo standard assistenziali elevati a tutto il territorio, dall'altra si perderebbe l'unicità provinciale per cui si adattano le cure ai bisogni specifici degli assistiti. Avere un unico protocollo condiviso aiuterebbe anche semplificandone la raccolta per le banche dati di ricerca e le indagini future.

2.3 Progetti Europei

Anche le istituzioni europee sono impegnate nel migliorare l'assistenza alle donne vittime di violenza. Uno dei progetti principali che si concentra sui Centri Anti Violenza è il progetto “Rete Dafne¹⁰” che garantisce informazione, assistenza e protezione alle vittime di reato.

L'Italia ha creato, a partire dal 11 luglio 2018, centri affiliati al progetto “Rete Dafne” nelle sedi di Torino, Verona, Asti, Cuneo, Napoli, Mantova, Firenze, Pistoia, Prato, Siena, Cagliari, Sassari e Puglia.



Fig. 2.3.6, Diffusione dei Centri Dafne in Italia¹¹.

¹⁰ Protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Associazione Rete Dafne Onlus, mappatura dei servizi del 14 settembre 2017.

¹¹ <https://www.retedafne.it/il-coordinamento-nazionale/>

La Rete Dafne¹² in Italia vuole promuovere la costituzione di servizi di assistenza e protezione per le vittime di qualsiasi tipo di reato in coerenza con quanto disposto dal D.L. 212 del 15 dicembre 2015 (“Attuazione della direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 ottobre del 2012) e dalla legge m. 122 del 7 luglio 2016 (“Disposizioni per L’adempimento degli obblighi derivanti dall’appartenenza dell’Italia all’Unione Europea”).

La rete Dafne ha come obiettivi:

- elaborare e diffondere linee guida alle associazioni già operative nel territorio;
- pubblicizzare i servizi di assistenza per favorire l’accesso e la conoscenza delle reti del territorio nazionale sia alle vittime che agli operatori;
- favorire e promuovere la ricerca scientifica in termini di tutela e assistenza alle vittime di reato;
- partecipare a progetti in merito a vittimologia ed assistenza di reato;
- promuovere l’avvio di servizi per le vittime di reato favorendo lo scambio di esperienze e attivando momenti di informazione, formazione e supervisione;
- coordinare le attività dei servizi nazionali rendendoli coerenti tra loro sugli obiettivi e le modalità di intervento;
- rilevare i bisogni formativi degli operatori coinvolti in tutti gli aspetti dell’assistenza sanitaria e legale mediante il dialogo con le Università e istituzioni di ricerca italiane e straniere;
- favorire ed erogare la formazione a questi;
- elaborare e implementare strumenti di rilevazione dei dati e comunicarli alle autorità europee;

¹² <https://www.retedafne.it/il-coordinamento-nazionale/>

- attuare interventi mirati alle vittime di reato di particolare e straordinaria gravità;
- candidarsi come Full Member di Victim Support Europe in rappresentanza dell'Italia.¹³

Purtroppo l'Italia rientra ancora tra quei paesi europei che non prevedono una rete nazionale di servizi di assistenza alle vittime, assieme a paesi come: la Bulgaria, la Grecia, Cipro, la Lituania, la Lettonia e la Romania.

Perciò la “Rete Dafne” può considerarsi uno stimolo per raggiungere quell'idea di coordinazione nazionale per l'erogazione dell'assistenza, gli infermieri formati rimangono una delle figure principali per poter raggiungere buona parte degli obiettivi proposti dal progetto.

Investire sulla formazione di infermieri è di fondamentale importanza per migliorare le prime cure e per una maggior fiducia nelle autorità sanitarie nel poter realmente aiutare le vittime ad uscire dai cicli di violenza o a denunciarne tempestivamente gli episodi.

¹³ Punti illustrati: <https://www.retedafne.it/il-coordinamento-nazionale/>

3. Capitolo Terzo: l'assistenza nel territorio.

Nella fase di transizione di uscita dalla violenza è ovvio che l'assistente sociale sia la figura più adatta a seguire la donna e ad indirizzarla verso un cambiamento, ma la rete di professionisti non si limita a questa sola figura professionale.

3.1 L'importanza della rete di professionisti della salute

Si parla di professionisti sanitari comprendendo tutte le figure che offrono servizi di assistenza sanitaria in virtù di un'abilitazione riconosciuta dallo Stato italiano. Si raggruppano sotto questo termine professionisti sanitari assistenziali, della riabilitazione, tecnici e tecnici della prevenzione.

Prendendo in esame la donna vittima di violenza il modello di rete da adottare deve essere "aperto" per facilitare l'inserimento di specialisti e strutture ulteriori rispetto a quelli già individuati e assicurare una presa in carico integrata che coinvolga e sfrutti tutte le opportunità che la rete locale mette a disposizione. La rete deve essere anche antiburocratica, flessibile e centrata sulle esigenze della donna e, se presenti, di figli/figlie.¹⁴

La rete antiviolenza locale deve garantire la presenza di agenzie competenti, sia pubbliche che private, con il coinvolgimento di operatrici ed operatori che partecipano alla definizione del progetto di uscita dalla violenza condiviso con la

¹⁴ Riferimento: Comune di Verona, Servizio Cultura delle Differenze Pari Opportunità, "Verona libera dalla violenza contro le donne", report di ricerca intervento 2011.
GALETTO A., Femminicidi, 189 donne sotto protezione, L'Arena, Verona, 02/10/2014.
Ibid. Comunicato stampa del 24/11/2014 del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali. Dott. Fabio Gandini – Assistente Sociale AOUI.

<https://www.ilgiornaledeveronesi.it/il-ruolo-dellassistente-sociale-e-il-legame-con-il-territorio/>

donna, al fine di dare supporto alle donne che stanno vivendo o hanno vissuto in situazioni di violenza.

3.2 Più assistente sociale (o facilitatore di rete) che infermiere

Nella prima fase che segue la dimissione protetta, così come dal primo incontro nei Centri Anti Violenza, la donna viene seguita sempre da uno stesso assistente sociale¹⁵.

La rete di servizi sociali si propone di sostenere il processo di uscita dalla violenza offrendo supporto e sospendendo il giudizio rispetto alle sue scelte e proponendo iniziative di miglioramento, assumendo così non solo il ruolo di condannare i comportamenti violenti ma anche di essere attivi attraverso impegni di responsabilità.

Tra i compiti più importanti e gli obiettivi del servizio sociale territoriale rientra per certo la promozione del cambiamento. L'assistente sociale ha la possibilità di far emergere il problema tramite interventi di assistenza economica, segnalazioni, richieste di indagine e ogni altra attività sociale che risulti essere un'occasione per entrare nella realtà familiare; di conseguenza sarà in grado di identificare lo stile di vita e stabilire una relazione basata sulla conoscenza e la fiducia con la donna per garantire una linea comunicativa che faccia emergere il problema della violenza.

È fondamentale porre l'ascolto empatico come caratteristica basilare per instaurare una relazione di cura, che identifichi a sua volta l'instaurarsi di un

¹⁵ Riferimento: Comune di Verona, Servizio Cultura delle Differenze Pari Opportunità, "Verona libera dalla violenza contro le donne", report di ricerca intervento 2011.
GALETTO A., Femminicidi, 189 donne sotto protezione, L'Arena, Verona, 02/10/2014.
Ibid. Comunicato stampa del 24/11/2014 del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali. Dott. Fabio Gandini – Assistente Sociale AOUI.

<https://www.ilgiornaledeveronesi.it/il-ruolo-dellassistente-sociale-e-il-legame-con-il-territorio/>

cambiamento positivo. Di conseguenza il colloquio, ricco di domande aperte, si identifica come il metodo di “indagine” più adeguato, valorizzando sempre il libero arbitrio di poter uscire o meno dalla situazione di violenza, valutando con la donna disagi e lesioni arrecate o che potrebbero verificarsi in futuro.

Nella fase del colloquio l’assistente sociale è in grado individuare alcuni indicatori per leggere segnali altrimenti ignorati, quali: segni visibili come lividi, graffi o escoriazioni, trascuratezza, aspetto triste e provato, rigidità e tensione nei gesti e atteggiamento diffidente e a volte aggressivo (sguardo basso e sfuggente, reticenza a parlare della propria famiglia).

La donna tramite il dialogo costruisce schemi mentali che affinano la sua capacità di affrontare situazioni nuove e operare scelte soddisfacenti. Si parla di processo di empowerment e autodeterminazione di sé all’interno della violenza che le permettono di recuperare un senso di potere e controllo che le violenze annullano.

È importante poi che l’assistente sociale informi la donna sulle risorse disponibili, sulle possibilità per la sua tutela e sui rischi per sé e per i figli, conscia del fatto che le sue decisioni verranno rispettate a prescindere dalla situazione e che niente verrà fatto senza la sua autorizzazione ed approvazione.

È necessario riconoscere che le decisioni che la donna prenderà richiedano tempi lunghi (spesso la donna vittima di violenza ha difficoltà nell’emanciparsi, procede a fasi alterne e con numerosi ripensamenti, per paura di non essere creduta) e sapere su chi e su quali risorse potrà fare affidamento in futuro è una base solida su cui pianificare un percorso di vita, alternativo alla condizione attuale, che comprenda: autonomia lavorativa, abitativa e relazionale, anche avvalendosi di un sostegno legale e giuridico.

Questo può verificarsi solo se la donna viene inserita nella rete familiare, sociale e dei servizi del territorio attivati dall'assistente sociale, che, assieme ad altre figure professionali, partecipano al progetto (educatore professionale e psicologo, mediatore culturale o altro).

Per riassumere le informazioni fondamentali da fornire alla donna sono:

- la garanzia della riservatezza entro i limiti previsti dalla legge;
- l'importanza dell'acquisizione di referti medici;
- la procedibilità di ufficio nei casi di violenza di particolare gravità;
- la definizione dei ruoli e delle competenze dei diversi servizi attivabili;
- l'esistenza di centri e servizi che possono fornirle aiuti;
- l'esistenza di centri di accoglienza per donne e figli e procedure per accedervi.

4. Capitolo Quarto: Discussione.

4.1 Nuove frontiere professionali: l'infermiere nel territorio;

La tesi si propone di inserire un infermiere in quelle strutture che non prevedono al momento questa figura professionale o, se la prevedono, rimane una figura laterale. Le realtà in cui si potrebbe inserire un infermiere riguardano i consultori e i centri antiviolenza.

In merito ai consultori, questi sono servizi socio-sanitari territoriali erogati dalle ASL e istituiti in Italia a seguito della legge 405 del 1975. È importante sottolineare che i servizi offerti dai consultori sono gratuiti e riguardano:

- assistenza per la preparazione e il sostegno alla genitorialità;
- sostegno psicologico a individui, coppie o nuclei familiari;
- servizi di tutela e sostegno della salute della donna;
- prevenzione dei fenomeni di maltrattamento e abuso a danno di minori e donne;
- visite mediche ginecologiche e pediatriche;
- corsi di preparazione alla nascita;
- consulenza professionale e informazioni in relazione a procreazione responsabile, contraccezione e fertilità;
- consulenza sull'interruzione volontaria di gravidanza;
- spazio di ascolto specificatamente rivolto a giovani adulti e adolescenti;
- informazione e assistenza riguardo a problemi di sterilità ed infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

Inoltre possono esservi aggiunti scopi specifici del territorio in cui il consultorio sceglie di specializzarsi a seconda dei bisogni sanitari e sociali basati sulle esigenze del territorio su cui agisce, arrivando a collaborare con organizzazioni private, di volontariato o associazioni no profit.

L'assistenza infermieristica realizzabile nei consultori comprende: l'accoglienza, l'informazione su servizi offerti e procedure realizzabili all'interno della struttura e la preparazione e partecipazione alla visita medica di natura ginecologica o altro.

Ciò che può essere introdotto di nuovo in questo contesto è la pianificazione di interventi di stampo educativo che si concentrino sulla cura sessuale della donna e sui percorsi che si possono intraprendere per uscire da situazioni violente o a rischio.

Nei centri anti violenza difficilmente si vede la figura dell'infermiere e qualora diventassero necessarie prestazioni infermieristiche si preferisce contattare il Pronto Soccorso più vicino e procedere con un ricovero o un professionista per interventi occasionali mirati. Questo in realtà denota implicitamente che la necessità infermieristica c'è ed è un dato reale.

Sono stati contattati i CAV del territorio marchigiano ed è stato ministrato un breve questionario su base volontaria via email, in cui si indagava la necessità infermieristica.

Le strutture contattate sono:

- "Casa delle Donne di Jesi", Jesi;
- "Parla con noi", Pesaro;

- “Centro antiviolenza”, Ancona;
- “Centro S.O.S. Donna”, Macerata;
- “Percorsi Donna”, Fermo;

La struttura “Casa delle Donne di Jesi” ha risposto manifestando sin da subito entusiasmo nel voler inserire questa figura all’interno della loro equipe per migliorare gli standard assistenziali.

Un’altra struttura che ha tempestivamente risposto è stata “il FARO”, una società cooperativa sociale del territorio maceratese che ha accolto solo nel corso del 2021 147 vittime di violenza, a fronte di 225 contatti iniziali. La struttura ha evidenziato come il supporto infermieristico potrebbe influire positivamente sul recupero delle donne vittime di violenza. Specialmente per quanto riguarda la cura della salute sessuale e per fornire alle donne informazioni precise e specifiche. Qualora si dimostri necessario la struttura si affida al sistema sanitario nazionale o a professionisti che forniscono la disponibilità per seguire donne e minori.

Per quanto riguarda le problematiche e le conseguenze a lungo termine sulla salute delle donne vittime di violenza, l’OMS elenca:

- il rischio suicidario;
- i disturbi genito-urinari;
- le terapie a lungo termine;
- le profilassi per MST¹⁶;
- l’abuso di alcool;
- la depressione.

¹⁶ Malattie sessualmente trasmissibili.

Questi sono tutti aspetti con cui un infermiere può confrontarsi in un ambiente ospedaliero, o nella realtà specifica del pronto soccorso, perciò un infermiere informato e formato correttamente potrebbe essere inserito con successo all'interno dei CAV¹⁷.

La figura dell'infermiere garantirebbe, non solo una continuità di tipo sanitario assistenziale, ma anche l'instaurarsi di una relazione di fiducia in un operatore che si fa carico dei bisogni di cura dell'assistita. Cosa che di conseguenza porterebbe ad una maggiore aderenza terapeutica ed anche ad una riduzione dei tempi di riabilitazione.

Dunque se un infermiere è parte integrante della struttura ospedaliera ed è anche la figura con cui per prima entra in contatto una donna maltrattata, inserire il professionista nella realtà dei CAV sembrerebbe essere il passo successivo per un'assistenza più consapevole.



(Fig. 4.1.7)

¹⁷ Centri Anti Violenza.

6. Conclusioni

A seguito dell'indagine si evince come l'infermiere sia una figura fondamentale e centrale per la presa in carico della donna che ha subito violenza e per l'indirizzo verso percorsi terapeutici adeguati e delineati.

Si sono analizzati i protocolli ospedalieri e le linee guida che hanno portato alla loro stesura; le direttive europee per raggiungere nuovi standard di assistenza, informazione e protezione; la rete di professionisti che accoglie le donne nel momento del bisogno; e infine l'apporto infermieristico ai centri antiviolenza e ai consultori.

La tesi nel suo svolgimento ci porta ad individuare degli orizzonti assistenziali che sono ancora inesplorati, o quasi, per l'infermiere.

I punti di forza del progetto

Inserire l'infermiere come una figura stabile all'interno dei CAV e dei consultori può portare ad un ulteriore miglioramento che garantisca livelli di assistenza maggiori:

- Dal punto di vista *relazionale* si creerebbe una situazione di fiducia che faciliterebbe l'aderenza terapeutica ad eventuali trattamenti o medicazioni.
- Dal punto di vista *prestazionale* si garantirebbe una maggiore efficienza, in quanto conoscendo la propria paziente è più facile riconoscerne i bisogni e porvi rimedio. Non si deve sottovalutare poi che gli accertamenti e le terapie a lungo termine, anche legate a MST (Malattie Sessualmente Trasmissibili), possono in qualche modo restituire alla vittima un'immagine di integrità fisica e coscienza di sé che la violenza può aver frantumato.

- E infine dal punto di vista *sanitario* garantirebbe un continuum ospedaliero che vada oltre la dimissione e contribuirebbe a rendere la presa in carico della donna ancora più efficace e strutturata.

Bibliografia e Sitografia:

<https://italianjournalofnursing.it/ruolo-dellinfermiere-allinterno-dei-centri-antiviolenza-di-regione-lombardia/>

<https://nursetimes.org/padova-nei-pronto-soccorso-arriva-il-codice-rosa-per-le-donne-vittime-di-violenza/71303/amp>

<https://opi.roma.it/wp-content/uploads/2020/07/Codice-Deontologico-2009.pdf>

https://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27

<https://www.altalex.com/documents/leggi/2018/01/31/assistenza-alle-donne-vittime-di-violenza-linee-guida-nazionali-per-le-aziende-sanitarie>

https://www.asp.rg.it/images/PDF/qualita_innovazione/MANUALE_OPERATIVO_CODICE_ROSA_REV_1.pdf

https://www.centrodonnapadova.it/images/Schema_di_Protocollo_Seconde_a_nessuno.pdf

<https://www.consultorioaisel.it/figure-professionali/>

https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/04/ANCI_DIRE_LINEE_-GUIDA_ASSISTENTI_SOCIALI-def-web.pdf

https://www.diritto.it/stampa-articolo/?articolo_id=29241

<https://www.donnegiustizia.org>

https://www.epicentro.iss.it/focus/domestica/studio_donne

<https://www.giornaleibleo.it/2021/11/24/nuova-edizione-del-percorso-antiviolenza-codice-rosa-voluto-dallasp-di-ragusa-strumento-fondamentale-per-aiutare-le-donne-vittime-di-violenza/>

<https://www.giuntipsy.it/informazioni/notizie/violenza-caratteristiche-e-tipologie>

<https://www.ilgiornaledeveronesi.it/il-ruolo-dellassistente-sociale-e-il-legame-con-il-territorio/>

<https://www.ilreportercinico.it/ambivalent-sexism-la-romanticizzazione-del-sessismo/amp/>

<https://www.istat.it/it/archivio/263847>

https://www.istat.it/it/file//2021/11//EFFETTI_PANDEMIA_-_VIOLENZA_D_GENERE.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.mise.gov.it/images/stories/documenti/relazione_seminario_1_dicembre.pdf

<https://www.poliziadistato.it/articolo/135e74a0112e9af858848025>

https://www.procuraminorenni.ancona.it/documentazione/D_9979.pdf

https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Pari-oppportunità/Prevenzione-e-Contrasto-alla-violenza-di-genere#9267_Dove-e-Quando

<https://www.retedafne.it>

<https://www.retedafne.it/il-coordinamento-nazionale/>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_listaFile_itemName_0_file.pdf

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036616302619>

<https://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Violenza%20sulle%20Donne%202014.pdf>

7. Allegati

Questionario somministrato ai CAV

Questionario

- Quante donne nell'arco di un anno si rivolgono alla vostra struttura?
- In media quanto tempo trascorrono le donne nella struttura?
- Avete un infermiere stabile all'interno della vostra struttura?
- Avete mai avuto bisogno di organizzare un ricovero o contattare un infermiere per una prestazione mirata su una donna che aveva subito violenza?
- Se si come avete gestito la necessità?
- Ritenete che inserire un infermiere nel vostro staff in futuro possa migliorare l'aiuto che fornite alle donne?
- Prendereste in considerazione l'idea?
- Se no, perché?

Protocolli operativi visionati su internet:

- https://www.asp.rg.it/images/PDF/qualita_innovazione/MANUALE_OPERATIVO_CODICE_ROSA_REV_1.pdf
- <https://www.aulss6.veneto.it/mys/apridoc/iddoc/3341>

8. Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto la prof.ssa Loredana Buscemi per per il sostegno e la pazienza dimostratami durante la stesura della tesi. Ringrazio la prof.ssa Francesca Gallone per tutto il supporto e i preziosi consigli.

Ringrazio il mio compagno, i miei familiari, gli amici che mi hanno sostenuto durante tutto il percorso universitario, spronandomi nei momenti difficili, fino a raggiungere i miei obiettivi.

Ringrazio infine i tutor Alessia Giambartolomei e Pasquale Palumbo, Sandro Ortolani e tutti i professori e tutti gli infermieri da cui ho potuto imparare a migliorarmi per intraprendere una carriera lavorativa.