

*Mamma, non piangere le mie ceneri.  
Se domani tocca a me, mamma,  
se domani non torno, distruggi tutto,  
se domani tocca a me, voglio essere l'ultima.*

*(poesia di Cristina Torre Cáceres)*

## INDICE

Abstract .....		
Capitolo 1	Introduzione .....	Pag. 01
Capitolo 1.1	Violenza di genere .....	Pag. 02
Capitolo 1.2	Ciclo della violenza .....	Pag. 04
Capitolo 1.3	Fattori di rischio .....	Pag. 06
Capitolo 1.4	Stereotipi comuni .....	Pag. 07
Capitolo 1.4.1	La giustificazione dello stupro .....	Pag. 08
Capitolo 1.4.2	La violenza fisica tollerata .....	Pag. 09
Capitolo 1.4.3	L'ossessione al controllo .....	Pag. 09
Capitolo 1.4.4	La vergogna della violenza .....	Pag. 09
Capitolo 1.4.5	Alle origini della violenza .....	Pag. 10
Capitolo 1.5	Conseguenze della violenza .....	Pag. 10
Capitolo 1.6	Servizi socio sanitari .....	Pag. 14
Capitolo 2	Obiettivi .....	Pag. 18
Capitolo 3	Materiali e metodi .....	Pag. 19
Capitolo 4	Risultati .....	Pag. 21
Capitolo 5	Discussione .....	Pag. 23
Capitolo 6	Conclusioni .....	Pag. 26
Bibliografia .....		Pag. 28
Sitografia .....		Pag. 31
Ringraziamenti .....		Pag. 32

## **ABSTRACT**

### **Introduzione**

Women who are victims of violence go to healthcare settings more frequently than the rest of the population, this may be due to the phenomenon of re-victimization that women encounter if they do not find healthcare personnel adequately trained in managing gender-based violence or fact that the woman doesn't want to talk about what is happening to her in the first place, so they rather lie.

### **Obiettivo**

The objective of the thesis is to offer all readers a sort of nursing update on gender violence.

More specifically, we will discuss how the professional figure of the nurse is central in all phases of violence and how the latter must interact with the victims to create a relationship of trust capable of helping them.

### **Materiali e Metodi**

The literature review was conducted by consulting the main available databases (PubMed/Medline, ISTAT, Google scholar for "grey literature"), furthermore a focus group was carried out in collaboration with the operators of the anti-violence center of Jesi Casa delle Donne.

### **Discussione**

The focus group with the operators underlines the importance of the role of nurses in welcoming and identifying victims of violence. An urgent need for more specific training

to recognize forms of psychological and hidden violence is recognized, as non-obvious signs often go undetected.

Continuous training and a multidisciplinary approach are suggested to improve support for victims, with an emphasis on empathy and investigative skills.

### **Conclusioni**

Considering what has been discussed, the urgency of improving nurses' training on issues related to violence becomes evident, including specific modules on psychological violence and power dynamics within relationships.

Another important point is that the nursing figure is a key figure both in the treatment of injuries but also in the prevention and initial interception of violence.

### **Parole chiave**

Gender violence, victims of violence, control, dominate.

## **ABSTRACT**

### **Introduzione**

Le donne vittima di violenza si recano presso i setting sanitari con maggior frequenza rispetto la restante popolazione, ciò può essere dovuto al fenomeno di re vittimizzazione a cui la donna va incontro se non trova un personale sanitario adeguatamente formato nel gestire la violenza di genere o dal fatto che la donna non vuole in primis parlare di ciò che le sta accadendo, quindi piuttosto mentono.

### **Obiettivo**

L'obiettivo della tesi è quello di offrire a tutti i lettori una sorta di aggiornamento del nursing sulla violenza di genere.

Più nello specifico si andrà a discutere di quanto la figura professionale dell'infermiere sia centrale in tutte le fasi della violenza e di come quest'ultima deve interagire con le vittime al fine di creare un rapporto di fiducia tale da poterle aiutare.

### **Materiali e Metodi**

La revisione della letteratura è stata condotta consultando le principali banche dati disponibili (PubMed/Medline, ISTAT, Google scholar per la "letteratura grigia"), inoltre viene svolto un focus group in collaborazione con le operatrici del centro antiviolenza di Jesi Casa delle Donne.

### **Discussione**

Il focus group con le operatrici sottolinea l'importanza del ruolo degli infermieri nell'accogliere e identificare vittime di violenza. Viene riconosciuto un bisogno urgente

di una formazione più specifica per riconoscere forme di violenza psicologica e sommersa, poiché spesso i segnali non evidenti non vengono individuati.

Si suggerisce una formazione continua e un approccio multidisciplinare per migliorare il supporto alle vittime, con enfasi su empatia e capacità investigativa.

## **Conclusioni**

Alla luce di quanto discusso, diventa evidente l'urgenza di migliorare la formazione degli infermieri su temi legati alla violenza, includendo moduli specifici sulla violenza psicologica e sulle dinamiche di potere all'interno delle relazioni.

Un altro punto importante è che la figura infermieristica è una figura chiave sia nel trattamento delle lesioni ma anche nella prevenzione ed intercettazione iniziale della violenza.

## **Parole chiave**

Violenza di genere, vittime di violenza, controllare, dominare.

# 1 Introduzione

La violenza contro le donne è un fenomeno di difficile misurazione perché in larga parte sommerso. Molto spesso si tratta di violenze dentro la famiglia, più difficile da dichiarare e denunciare, situazioni in cui la donna si sente sola a dover affrontare un dramma che, se portato allo scoperto, sconvolgerebbe anche gli equilibri di vita di altre persone care, queste parole ci vengono fornite dall'ISTAT per spiegare brevemente una delle problematiche che coinvolge maggiormente il popolo italiano.

Infatti, sebbene l'Italia abbia aderito a numerosi trattati internazionali<sup>1</sup> volti a prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e violenza contro le donne, la violenza di genere rimane una questione di drammatica attualità.

Le vittime di maltrattamenti si rivolgono ai servizi sanitari con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale; tuttavia, la violenza di genere è spesso sottovalutata a causa della riluttanza di vittime e aggressori a dichiarare episodi di abuso che avvengono in ambito domestico o comunitario.

Per il sistema sanitario pubblico, il tema assume un'importanza particolare non solo a causa delle crescenti responsabilità legali che coinvolgono gli infermieri, ma anche per le difficoltà nel rendere operative procedure efficaci per il riconoscimento e la gestione delle pazienti che non sono disposte, o non sono in grado, di denunciare la violenza subita.

Gli infermieri dei pronto soccorso sono spesso i primi a entrare in contatto con donne vittime di violenza, ma non gli unici in quanto anche i professionisti che lavorano sul territorio spesso si trovano a fronteggiare situazioni analoghe.

Perciò, la formazione ricevuta risulta fondamentale, poiché aiuta a superare i meccanismi di difesa che possono sorgere negli operatori di fronte a situazioni di abuso e violenza.

Inoltre, la formazione è essenziale per combattere gli stereotipi e i pregiudizi che gli operatori possono avere su questi temi, il che potrebbe portare a una gestione infermieristica inadeguata.

---

<sup>1</sup> Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come Convenzione di Istanbul", siglata l'11 maggio 2011 e recepita dall'Italia nel 2013 (20/10/2024).

## 1.1 La violenza di genere

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>2</sup> delinea in modo chiaro la differenza che c'è tra il termine violenza e violenza di genere.

La prima viene spiegata come l'uso intenzionale della forza o del potere, minacciato o effettivo, contro sé stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità e che provoca o ha una probabilità di provocare lesioni, morte, danni psicologici, mal sviluppo o privazione.

La violenza di genere si differenzia dalla prima nozione per due aspetti.

In primo luogo, il genere, in quanto essa viene motivata da una volontà di annullare l'altro unicamente poiché appartiene ad una determinata classe, maschile o femminile. Nonostante alcune ricerche mostrino come sia donne che uomini possano divenire vittime o carnefici, la letteratura ci mostra, anche con tangibile evidenza, come siano le donne i soggetti maggiormente colpiti (OMS, 2010).

È necessario porre in evidenza come la violenza di genere eserciti la propria azione in un contesto sociale che vede una diversa valorizzazione dell'uomo e della donna e che concepisce inconsciamente la violenza, giustificandola in quanto latente parte di un più vasto sistema culturale e valoriale, questo è ben visibile e di facile comprensione grazie all'uscita di un grande film italiano "c'è ancora domani" che ha posto come focus principale della storia la figura della donna, mostrando agli spettatori quale era la concezione della donna in quell'epoca, che diritti aveva e quali non, facendo comprendere ancora di più da dove arriva questo divario tra uomini e donne.

Per questo, analizzando il fenomeno della violenza di genere, non si può parlare di singoli incidenti, di "raptus d'amore".

Sarebbe piuttosto più corretto considerarli comportamenti compresi in un modello culturale di condotta.

---

<sup>2</sup> OMS (2013) Global and Regional Estimates of violence against women. Prevalence and health effects of Intimate partner violence and non-partner sexual violence (20/10/2024).



Quindi da quanto scritto prima, deduciamo che la violenza di genere è una serie di comportamenti abusanti messi in atto da un uomo per controllare e dominare una donna all'interno di una relazione sentimentale.

Può consistere in aggressioni fisiche, violenza psicologica, controllo economico, abuso sessuale, oppure atti persecutori (stalking).

Andiamoli a vedere nello specifico.

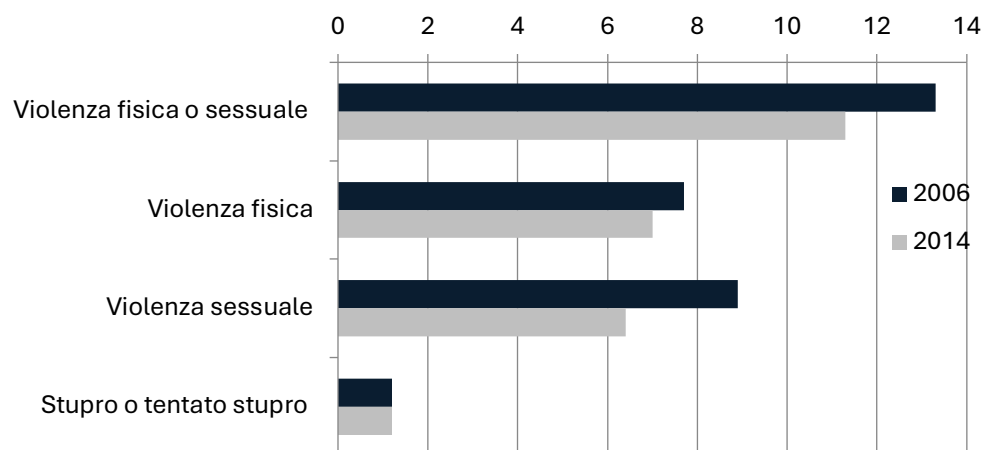
**Violenza fisica:** è quella diretta contro il corpo della donna. “mi ha dato uno schiaffo perché secondo lui stavo guardando troppo quel ragazzo, mi ha presa per i capelli e trascinato giù per le scale perché non ho chiesto il permesso per uscire con le mie amiche”.

**Violenza psicologica:** è ogni abuso o mancanza di rispetto che lede l'identità di persona. “ho buttato tutte le foto che avevo insieme alla mia famiglia e ai miei amici, lui voleva che fossi solo per lui e voleva distruggere il mio passato isolandomi”.

**Violenza economica:** è ogni forma di controllo sull'autonomia economica di una persona. “non potevo gestire le mie entrate economiche senza prima consultarlo o dimostrando come e per cosa spendessi i miei soldi”.

**Violenza sessuale:** per abuso sessuale si intende il coinvolgimento forzato in attività sessuali, attraverso l'uso della forza fisica o coercizione psicologica. “quello che sentivo non era importante lui pretendeva di usare il mio corpo come voleva”.

**Stalking:** è ogni forma di persecuzione in grado di limitare la libertà di una persona e di volere la sua privacy. “appena uscivo di casa compariva ovunque come se sapesse perfettamente quali erano i miei piani”.



Tab 1: Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 5 anni da un uomo e tipo di violenza subita. Anno 2006-2014, sono state prese in considerazione 100 donne (ISTAT, anno 2014).

Analizzando la tabella possiamo dire che negli ultimi cinque anni il numero di donne che hanno subito almeno una forma di violenza fisica o sessuale ammonta a 2 milioni 435 mila, l'11,3% delle donne dai 16 ai 70 anni.

Quelle che hanno subito violenza fisica sono 1 milione 517 mila (il 7%), le vittime della violenza sessuale sono 1 milione 369 mila (il 6,4%); le donne che hanno subito stupri tentati stupri sono 246 mila, (1,2%), di cui 136 mila stupri (0,6%) e circa 163 mila tentati stupri (0,8%).

Nel confronto con i cinque anni precedenti al 2006 si colgono importanti segnali di miglioramento: diminuiscono la violenza fisica e sessuale da parte dei partner attuali e da parte degli ex partner, e cala pure la violenza sessuale (in particolare le molestie sessuali, dal 6,5% al 4,3%), perpetrata da uomini diversi dai partner. Non si intacca però lo zoccolo duro della violenza nelle sue forme più gravi (stupri e tentati stupri) come pure le violenze fisiche da parte dei non partner mentre aumenta la gravità delle violenze subite (ISTAT, 2014).

## **1.2 Il ciclo della violenza**

Per poter comprendere al meglio la tematica dobbiamo prima capire in che modo il carnefice riesce ad esercitare la sua dominanza nella relazione e ciò viene spiegato in modo chiaro ed efficace dal ciclo della violenza.

Prima di entrare nel vivo della questione però è di fondamentale importanza evidenziare che la violenza non si manifesta mai dall'inizio del rapporto<sup>3</sup>, anzi nei primi mesi di

---

<sup>3</sup> Caratteristiche del ciclo della violenza, rete antiviolenza Milano (20/10/2024).

relazione il partner avrà atteggiamenti affettuosi, sarà gentile, premuroso, tutti comportamenti che faranno sì che la vittima si leghi al carnefice credendo di vivere un rapporto piacevole, sicuro e gratificante.

Con il tempo però, si manifestano i primi episodi di violenza, talvolta un po' "in sordina", e via via la situazione va a peggiorare.

All'inizio si andrà a creare un clima di tensione quasi impercettibile caratterizzato da minacce costanti e paura.

Gli episodi di violenza spesso si scatenano a seguito di banalità, ad esempio nei litigi dove l'uomo vuole garantirsi il controllo della situazione tramite la violenza.

Uno dei modelli atti a spiegare questo meccanismo di violenza è il "ciclo della violenza" della Walker (1979).

Il ciclo della violenza è da intendersi come "il progressivo e rovinoso vortice in cui la donna viene inghiottita dalla violenza continuativa, sistematica, e quindi ciclica, da parte del partner" (Walker L., 1979).

Il ciclo della violenza si compone di tre fasi, la prima fase viene denominata crescita della tensione, qui si realizzano le aggressioni psichiche, con lo scopo di andare a sminuire e mortificare la vittima facendo crescere in lei un senso di smarrimento ed impotenza che portano la vittima stessa ad attuare tutti quei comportamenti che non vadano ad infastidire ulteriormente il carnefice, pensando così di risolvere il conflitto.

La seconda fase viene denominata fase dell'aggressione o del maltrattamento, è qui che il partner perde il controllo ed inizia a mettere in atto i suoi atteggiamenti violenti, la donna si sente impotente e non reagisce per paura oppure perché si sente responsabile della reazione violenta.

L'ultima fase viene denominata fase di riconciliazione o luna di miele dove il carnefice attua un atteggiamento affettuoso e disponibile nei confronti della vittima, cercando così di far credere a quest'ultima che sia cambiato veramente.

Questa fase termina con l'arrivo di nuove discussioni e vessazioni.

Con ciò è facile comprendere perché viene chiamata ciclo della violenza appunto, perché le tre fasi si susseguono in modo ciclico nel tempo.

Il ciclo può essere interrotto solamente quando la donna decide di fare una richiesta di aiuto.

### **1.3 Fattori di rischio**

I fattori per i quali si crea un'associazione alla violenza da parte del partner agiscono a livello dell'individuo, della famiglia e della comunità.

Alcuni fattori di rischio, qui sotto riportati, predispongono a commettere violenze, altri a subirla e altri ancora a entrambe le tendenze.

I fattori di rischio associati sia alla violenza da parte del partner che alla violenza sessuale comprendono:

- esposizione a maltrattamenti infantili (carnefici e vittime);
- aver assistito a maltrattamenti familiari (carnefici e vittime);
- livello di istruzione basso (carnefici e vittime);
- disturbo antisociali della personalità (carnefici);
- abuso di alcool (carnefici e vittime);
- avere partner multipli o essere sospettati di infedeltà da parte del partner (carnefici);
- mentalità che considera accettabile la violenza e le disuguaglianze di genere (carnefici e vittime).

I fattori di rischio associati specificamente alla violenza da parte del partner comprendono:

- storia passata di violenze;
- discordie e insoddisfazioni coniugali;
- difficoltà nella comunicazione tra i partner.

I fattori di rischio associati specificamente alla predisposizione a commettere violenze sessuali comprendono:

- convinzioni legate all'onore familiare e alla purezza sessuale;
- ideologie basate sui diritti sessuali maschili;
- sanzioni legali deboli per la violenza sessuale.

## 1.4 Stereotipi comuni

La violenza di genere è una problematica a livello mondiale come ha riconosciuto l’OMS<sup>4</sup>, la domanda che ci sorge spontanea è come mai non riusciamo a debellare questa situazione, per capire ciò basta pensare come la figura femminile veniva vista e viene tutt’oggi considerata nel nostro paese.

Prima di andare a vedere quali sono gli stereotipi che riguardano questa tematica, andiamo a dare una definizione di stereotipo, quest’ultimo viene inteso come un insieme coerente e abbastanza rigido di credenze che un certo gruppo condivide rispetto ad un altro gruppo o categoria sociale.

Gli stereotipi sono “costruzioni sociali”, non rispecchiano la realtà; tuttavia, non è così facile accorgersi di utilizzarli, essi sono parte del “senso comune”, della cultura che si è appresa tramite i processi di socializzazione e che viene data per scontata quando sul piano cognitivo i soggetti interpretano la realtà sociale.

Per questo molti stereotipi rispecchiano anche credenze di una specifica società e dipendono da specifiche condizioni storico-sociali.

Per comprendere meglio quanto detto fino ad ora basta fare riferimento all’uscita del recente capolavoro cinematografico “c’è ancora domani” dove è possibile apprezzare una fotografia storica ma allo stesso tempo un’istantanea del nostro presente, un’opera che si posiziona a metà strada tra impegno civile, denuncia e proposta educativa.

Il film ci dà una chiara immagine dei compiti a cui doveva adempiere la donna ma sottolinea l’importanza di tutte quelle battaglie che le donne hanno combattuto per non essere solo mogli e madri.

Ora andiamo a vedere gli stereotipi che tutt’oggi troviamo nel nostro Paese grazie ad un’indagine che è stata svolta dall’ISTAT<sup>5</sup> che comprende un lasso temporale che va da maggio a luglio del 2023.

---

<sup>4</sup> OMS (2009) La Conferenza internazionale di Roma sulla violenza contro le donne (20/10/2024)

<sup>5</sup> Stereotipi di genere e immagine sociale della violenza: primi risultati (2023), disponibile su sito ufficiale Istat (20/10/2024).

Come riportato dallo studio condotto in alcuni casi ancora è tollerata la violenza fisica nella coppia il 2,3% delle persone ritiene accettabile sempre o in alcune circostanze che un ragazzo schiaffeggi la sua fidanzata perché ha flirtato con un altro uomo, per il 4,3% dei cittadini è accettabile sempre o in alcune circostanze che in una coppia ci scappi uno schiaffo ogni tanto.

Sono di più le persone 10,2% che ritengono accettabile sempre o in alcune circostanze che un uomo controlli abitualmente il cellulare o l'attività sui social network della propria moglie/compagna.

Questa idea è condivisa dal 16,1% dei giovani dai 18 ai 29 anni.

Vengono inoltre riportati gli stereotipi di genere più comuni.

Il 21,4% sostiene che gli uomini sono meno adatti delle donne a occuparsi delle faccende domestiche, una donna per essere completa deve avere dei figli 20,9%, per l'uomo più che per la donna è molto importante avere successo nel lavoro 20,4%, è compito delle madri seguire i figli e occuparsi delle loro esigenze quotidiane 20,2%, soprattutto l'uomo che deve provvedere alla necessità economica della famiglia 6,3%, una buona moglie compagna deve assecondare le idee del proprio marito compagno anche se non è d'accordo 6,5%.

L'indagine fa emergere che l'idea che accomuna il popolo italiano

#### **1.4.1 La giustificazione dello stupro:**

La metà degli intervistati hanno almeno un preconcetto sugli stupri. Quattro uomini su dieci 39,3% sono convinti che una donna sia in grado di sottrarsi a un rapporto sessuale se davvero non lo vuole.

E due uomini su dieci 19,7% pensano che siano sempre le donne a provocare la violenza sessuale con il loro modo di vestire.

A pensarlo di altre donne sono anche le donne stesse, seppur in percentuale minore.

Ma le opinioni dei due sessi si pareggiano quando si parla di stupri ai danni di vittime ubriache o sotto l'effetto di altre droghe.

Quel che dovrebbe essere un'aggravante diventa una scusante: circa l'11% delle persone sia di sesso maschile che femminile ritiene che una donna vittima di violenza sessuale quando è ubriaca o sotto l'effetto di droghe sia almeno in parte responsabile, circa il 10%

ritiene che se una donna dopo una festa accetta un invito da un uomo e viene stuprata sia anche colpa sua.

Non dell'uomo che la violenta, che la considera sua, un oggetto di cui approfittare, abusare.

No, colpa della donna incauta.

Rispetto al 2018 gli stereotipi si sono ridotti, soprattutto tra le donne, eppure resistono preoccupanti cliché ancora ben radicati e opinioni violente, oppressive, lesive.

#### **1.4.2 La violenza fisica tollerata**

Il 2,3% delle persone ritiene accettabile la violenza fisica, ritiene cioè accettabile sempre o in alcune circostanze che "un ragazzo schiaffeggi la sua fidanzata perché ha flirtato con un altro uomo".

Il 4,3% dei cittadini interpellati pensa che sia accettabile sempre o in alcune circostanze che "in una coppia ci scappi uno schiaffo ogni tanto".

#### **1.4.3 L'ossessione al controllo**

Il 10,2% ritiene che vada bene che "un uomo controlli abitualmente il cellulare o l'attività sui social network della propria moglie/compagna".

Percentuale che sale al 16,1% se si parla di ragazzi tra i 18 e i 29 anni.

#### **1.4.4 La vergogna della violenza**

Oggi si parla di più e ci si vergogna di meno della violenza subita.

La metà della popolazione (51,1% per entrambi i sessi e tutte le età tra i 18 e i 74 anni) pensa che la violenza, fisica e/o sessuale, subita dalle donne da parte dei propri mariti o compagni sia un fenomeno abbastanza diffuso, mentre il 28,8% pensa che sia molto diffuso.

Soltanto il 17,9% ritiene che si parla sempre più spesso della violenza sulle donne perché è aumentata, mentre emergono, come possibili motivi, il fatto che le donne se ne

vergognano di meno 31,4%, il lavoro dei media nel diffondere le notizie 23,2% e la presenza di iniziative di sensibilizzazione e servizi a favore delle vittime 15,8%.

#### **1.4.5 Alle origini della violenza**

Da dove arriva la violenza maschile sulle donne? Dal possesso anzitutto: tra le possibili cause della violenza scelte in un ventaglio proposto dall'Istat è riportata più frequentemente la considerazione della donna come oggetto di proprietà 83,3%. Poi c'è il bisogno dell'uomo di sentirsi superiore alla moglie o alla compagna 75,9%, e infine la difficoltà dell'uomo a gestire la rabbia 75,1%.

### **1.5 Conseguenze della violenza**

Nonostante sia evidente la problematica della violenza di genere a livello mondiale la società e i servizi sanitari per decennio hanno ignorato la questione ignorando così anche le conseguenze che la violenza porta.

Oggi sappiamo che la violenza su una donna, quasi sempre compiuta da un partner o ex partner, ha delle conseguenze devastanti sia sul piano fisico che psicologico della donna. Anche l'Organizzazione mondiale della Sanità<sup>6</sup> ha espresso il proprio pensiero in merito alla questione dicendo che la violenza contro le donne rappresenta un problema di salute enorme a livello mondiale, si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme.

Le conseguenze sulla salute possono essere dirette o indirette, quelle dirette sono le aggressioni fisiche, le quali possono avere come risultato fratture, lividi e lesioni, quelle indirette sono scatenate dallo stress e mediate dal malfunzionamento del sistema immunitario e possono colpire qualsiasi organo o funzione.

---

<sup>6</sup>O.M.S. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. W.H.O. clinical and policy guidelines. Traduzione Italiana Giovanni Fioriti Editore, 2014 (20/10/2024).



Un'altra modalità attraverso la quale la violenza può compromettere la salute riguarda i comportamenti a rischio: la donna abusata può smettere di mangiare, trascurare la propria salute, non effettuare i controlli sanitari necessari, oppure consumare troppi farmaci, fumare o "automedicarsi" con il consumo di alcol e droghe.

Sul piano psicologico le conseguenze dirette di violenze fisiche o sessuali possono essere rappresentate da reazioni di ansia acuta, dissociazione o di numbing (rallentamento e intorpidimento delle reazioni) e nei casi più gravi, dalla sindrome post-traumatica da stress.

Anche le violenze di natura psicologica quali possono essere scenate, minacce, insulti, possono scatenare gravi conseguenze sul piano psicologico della donna.

A medio e a lungo termine la conseguenza psicologica più frequente è la depressione alcuni studi hanno dimostrato che le donne maltrattate dal partner hanno un rischio di depressione 4/5 volte maggiore rispetto alle altre donne, un'altra conseguenza è l'abuso di farmaci o droghe, tramite l'assunzione di quest'ultimi la donna cerca di dissociarsi per distaccarsi dalla realtà in cerca di un benessere fittizio e di breve durata.

Un'altra conseguenza dello stato di disperazione indotto nelle vittime dai maltrattamenti è il suicidio: uno studio francese (ricerca Enveff, 2002) su un campione di 7000 donne, mostra che il rischio di un tentativo di suicidio aumenta di 19 volte nei mesi successivi un'aggressione fisica e di 26 volte in seguito a una violenza sessuale.

Tutto ciò è utile per farci comprendere che le donne vittime di violenze necessariamente sono portate a recarsi più frequentemente rispetto le altre donne ai servizi sanitari, i quali i più frequentati sono il pronto soccorso, consultori ginecologici, servizi psichiatrici, Sert. Da ciò è facile dedurre quanto la figura infermieristica; presente in ogni setting assistenziale ed in ogni struttura, possa diventare una figura cruciale e di supporto per tutte queste donne che stanno richiedendo aiuto inconsapevolmente la maggior parte delle volte.

Ora è bene andare a vedere alcune percentuali stimate dell'Istat (Istituto Nazionale di Statistica) sulle conseguenze riportate sulle donne vittime di violenza nel nostro paese nel 2014.

I dati mostrano che più di una donna su tre vittima della violenza del partner ha riportato ferite, lividi, contusioni o altre lesioni 37,6%.

Nella maggior parte dei casi si tratta di lividi, ma circa il 20% è stata ricoverata in ospedale a seguito delle ferite riportate, e più di un quinto di coloro che sono state ricoverate ha avuto danni permanenti.

Tra le donne straniere vittime di violenza da parte del partner, la quota di coloro che riportano ferite raggiunge il 44,5%.

La violenza nella coppia non si ferma neanche durante la gravidanza 11,8%.

Per le donne che l'hanno subita in gravidanza in poco meno di 1 caso su 4 23,9% le violenze sono diminuite, mentre per l'11,3% delle donne sono addirittura aumentate e per il 5,7% iniziate.

A seguito delle ripetute violenze dai partner, attuali o precedenti, più della metà delle vittime soffre di perdita di fiducia ed autostima 52,7%.

Tra le conseguenze sono molto frequenti anche ansia, fobia e attacchi di panico 46,8%, disperazione e sensazione di impotenza 46,4%, disturbi del sonno e dell'alimentazione 46,3%, depressione 40,3%, nonché difficoltà a concentrarsi e perdita della memoria 24,9%, dolori ricorrenti nel corpo 21,8%, difficoltà nel gestire i figli 14,8% e infine autolesionismo o idee di suicidio 12,1%.

Per la violenza subita da parte di autori non partner, invece, sono state considerate altre categorie.

Molte sono le donne che dichiarano di avere superato l'episodio, il 49,2%, percentuale in aumento tra le donne che hanno subito molestie 57,8%, mentre è pari al 34,1% nel caso la donna racconti una violenza sessuale più grave.

Molte riscontrano una maggiore difficoltà relazionale, la paura dei luoghi isolati e del buio, la perdita di fiducia negli uomini, nonché depressione, ansia o shock.

Da notare invece un residuale 4,2% dichiara di sentirsi più forte.

Circa il 5% delle donne si è dovuta assentare dal lavoro e una quota simile non è riuscita a svolgere i compiti quotidiani di cura.

Molte donne inoltre hanno avuto paura per la propria vita (nel 36,1% dei casi, con una distanza tra italiane e straniere di circa 10 punti percentuali a sfavore delle seconde) e per quella dei figli.

Per le violenze da non partner la percentuale è pari al 22,2%.

Negli ultimi cinque anni, la quota di donne che ha subito ferite è aumentata, così come in aumento anche il dato della pericolosità.

Percentuale delle conseguenze della violenza sulle donne	Italiana	Straniera
Depressione/attacchi di ansia problemi legati al sonno	1,7%	6,8%
Sono rimasta sotto shock/non sono più la stessa	2,3%	7,3%
Sono diventata più aggressiva	3,2%	7,7%
Non ho più fiducia negli uomini	4,2%	10,2%
Evito strade isolate/ho paura del buio	8,6%	17,3%
Sono stata più attenta	15,4%	19,2%
Più diffidente/non riesco ad instaurare relazioni	29,9%	24,8%
Superato episodio	50,0%	38,6%

Tab.1: Percentuali di donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza da un partner per cambiamento di abitudini a seguito del fatto e cittadinanza, (ISTAT, 2014).

Per comprendere a pieno questo fenomeno è fondamentale concentrarsi anche sulla figura del carnefice ed è importante andare a vedere se esiste o meno un aggressore tipico.

In uno studio condotto dall'università di Trieste, in concordanza con altri studi scientifici, si evince che gli uomini violenti non presentano, se non eccezionalmente, delle patologie mentali o sociali.

L'associazione con l'alcolismo, rivelata da molti, non è esplicativa.

Ci sono uomini che bevono e sono violenti, ma non è mai il bere che causa la violenza.

I mariti o i fidanzati violenti, inoltre, non sono affatto confinati a una determinata nazionalità, religione o classe sociale.

Se è vero che ci sono culture o sub-culture in cui il dominio dell'uomo sulla donna è considerato più accettabile, e quindi le violenze sono più frequenti, è altrettanto vero che l'identikit dell'uomo violento corrisponde a "un signor qualunque": disoccupato, operaio, impiegato, professore, poliziotto...medico.

È vero invece che l'alcolista, il disoccupato o lo straniero sono più "visibili", attirano maggiormente l'attenzione delle forze dell'ordine ed è più probabile che siano denunciati.

Allora, in che senso l'uomo violento è tipico?

Quello che lo caratterizza è un'idea della donna come un essere inferiore, che non ha diritto all'autonomia, alla libertà, e di sé stesso come legittimato a controllare, dominare, possedere questa donna.

Gli uomini violenti, inoltre anche se privi di patologie mentali identificate, hanno subito più spesso degli altri maltrattamenti in famiglia, o hanno visto il padre picchiare la madre: questo dato ci conferma l'importanza di intervenire nei casi di violenza domestica, anche per prevenire le conseguenze sui bambini e il ripetersi delle violenze.

## **1.6 Servizio sociosanitario**

Per rispondere in modo articolato e completo ai bisogni delle donne vittime di violenza, è dunque, necessario utilizzare un modello d'intervento coordinato, multidisciplinare ed interistituzionale, che si basi sull'accurata conoscenza del fenomeno ed utilizzi procedure quanto più standardizzate.

In letteratura la rete è definita come “un modello stabile di transazioni cooperative tra attori individuali o collettivi che costituisce un nuovo attore collettivo” (Pichierri,1999). La base per il lavoro di rete è che tutti gli attori abbiano una lettura univoca e condivisa del fenomeno della violenza di genere, avendo chiari i compiti e le necessità di tutti gli operatori coinvolti.

Il lavoro di rete in modalità multidisciplinare e su diversi livelli, singolo caso, sulle istituzioni e sulla società, diventa così lo strumento per la costruzione di un percorso integrato contro la violenza alle donne e, più in generale, a tutte le persone vulnerabili, minori, disabili, anziani.

La “rete antiviolenza”, che va costruita e declinata a livello locale, a seconda delle competenze dei vari attori istituzionali coinvolti, si avvale di una serie di servizi, risorse, procedure comuni a livello nazionale.

Oltre alle strutture sanitarie di Pronto Soccorso e ai dipartimenti di emergenza di ostetricia ginecologia, fanno parte della rete i C.A.V.

Strutture antiviolenza (C.A.V.): costituiscono il fulcro della rete territoriale per la presa in carico, accoglienza, accompagnamento e sostegno delle vittime di violenza e maltrattamenti.

Si tratta di servizi specializzati e forniscono gratuitamente assistenza psicologica, legale, sostegno, anche economico, nei percorsi di uscita da situazioni familiari violente e ospitalità, in caso di bisogno, presso case rifugio dall'indirizzo segreto.

A livello nazionale, il numero dei Centri Antiviolenza è aumentato negli ultimi anni da 351 nel 2013 a 554 nel 2017, con un incremento del 57,8 %, ma la distribuzione non è uniforme a livello regionale.

Nella Regione Marche sono presenti due case di accoglienza e quattro case rifugio, oltre a C.A.V. e sportelli di ascolto in ogni provincia.

È stata inoltre istituita la Rete regionale antiviolenza che raccoglie 65 istituzioni presenti sul territorio<sup>7</sup>.

Centri per uomini autori di violenza: strutture dedicate all'ascolto e al trattamento degli uomini, mariti, compagni, familiari, che hanno agito comportamenti violenti nei confronti delle donne.

Offrono in genere consulenza psicologica, ascolto telefonico, psicoterapia individuale e di gruppo e sostegno alla responsabilità genitoriale.

Anche il Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020, prevede la creazione di percorsi di rieducazione per gli autori di violenza, ma non esiste ancora una rete ufficiale.

Una ventina di centri aderiscono alla Rete Re.li.ve. (relazioni libere dalle violenze).

Numero verde 1522: numero di pubblica utilità attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, accessibile gratuitamente sia da rete fissa che mobile.

È dedicato alle donne vittime di violenza e stalking e risponde in italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo.

Le operatrici forniscono una prima risposta ai bisogni delle vittime, orientandole verso i servizi sociosanitari pubblici e privati presenti sul loro territorio, mentre i casi di emergenza vengono gestiti insieme alle forze dell'ordine secondo una particolare procedura tecnico-operativa.

---

<sup>7</sup> Tutti i dati sono tratti dalla guida "In difesa delle donne – Leggi aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia", a cura dell'Ufficio Valutazione Impatto del Senato della Repubblica (dati aggiornati al 01/11/2018) (20/10/2024).

Oltre a garantire assistenza legale e psicologica, organizza, mediante l'associazione onlus "Telefono rosa" che ne cura la gestione, gruppi di auto-aiuto e supporto psicologico e psicoterapeutico per l'elaborazione dei traumi.

Dalla sua entrata in funzione, nel 1990, vi si sono rivolte oltre 715.000 donne<sup>8</sup>.

Forze dell'ordine (FF.OO.):

La Polizia di Stato ha messo a punto un particolare protocollo, denominato E.V.A. (acronimo di Esame Violenze Agite), che definisce le modalità da seguire per il primo intervento delle forze di polizia nei casi di violenza di genere.

Il protocollo riguarda innanzitutto l'approccio che gli operatori devono avere:

- Intervenire con delicatezza
- Ascoltare le parti in luoghi separati dell'abitazione
- Verificare l'eventuale presenza di minori e capire se hanno assistito all'evento
- Osservare i luoghi e annotare ogni minimo particolare, procedendo anche all'ascolto di eventuali vicini;
- Richiedere l'intervento di personale sanitario, nel caso in cui la vittima abbia riportato lesioni.

Si procede quindi all'inserimento negli archivi informatici del caso di violenza, anche se non è sfociato in una denuncia, in modo da costruire una memoria storica utile a monitorare il fenomeno e ad agevolare la scelta di strategie di contrasto, fino all'adozione di eventuali provvedimenti restrittivi nei confronti del carnefice.

Carabinieri: la sezione Atti persecutori si è specializzata nei reati di stalking: provvede alla formazione e all'addestramento del personale dell'Arma dei Carabinieri che si occupa delle vittime, sviluppa studi e ricerche, aggiorna le strategie di prevenzione e di contrasto in collaborazione con la comunità scientifica, gestisce un archivio per l'analisi statistica dei dati.

---

<sup>8</sup> Tutti i dati sono tratti dalla guida "In difesa delle donne – Leggi aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia", a cura dell'Ufficio Valutazione Impatto del Senato della Repubblica (dati aggiornati al 01/11/2018) (20/10/2024).

Uffici Giudiziari (Procura dei Minori e Procura Ordinaria): i processi per violenza di genere, come previsto dalla normativa più recente, hanno la priorità assoluta nella formazione dei ruoli d'udienza.

A prescindere dal reddito, le vittime dei reati di stalking, maltrattamenti, violenza sessuale e pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili sono ammessi al patrocinio legale gratuito e per loro sono previste anche modalità protette per la testimonianza.

## **2 Obiettivi**

L'obiettivo della tesi è quello di offrire a tutti i lettori una sorta di aggiornamento del nursing sulla violenza di genere.

Più nello specifico si andrà a discutere di quanto la figura professionale dell'infermiere sia centrale in tutte le fasi della violenza, nella prevenzione e nella cura, e di come quest'ultima deve interagire con le vittime al fine di creare un rapporto di fiducia tale da poterle aiutare nel concreto.

Inoltre, tramite l'esecuzione di un focus group, si metterà l'accento sulla problematica della violenza di genere legata alla figura professionale dell'infermiere nel territorio in cui noi tutti cittadini viviamo con l'obiettivo di poter sensibilizzare i lettori sull'argomento e dare delle indicazioni a tutti i miei colleghi su come interagire con le vittime.



### 3 Materiali e metodi

Lo studio effettuato è uno studio fenomenologico che si è avvalso sia di una revisione narrativa della letteratura sia di interviste semi strutturate a testimoni privilegiati lungo l'esempio dello studio etnografico.

Uno studio di tipo fenomenologico, etnografico e narrativo rientra nella famiglia degli studi qualitativi, caratterizzati da una raccolta dati che si basa sull'osservazione dei soggetti che a noi interessa andare a studiare<sup>9</sup>.

Come viene riportato sopra esistono vari studi qualitativi ed ora andiamo a vedere cosa li va a differenziare; per ricerca etnografica si intende quando il ricercatore si immedesima nella vita quotidiana dei partecipanti, agisce come osservatore o partecipa all'ambiente.

Una ricerca fenomenologica si ha, invece, quando un ricercatore studia un fenomeno o un'attività da diverse prospettive; mentre uno studio narrativo si ha quando un ricercatore esegue la raccolta di dati da uno o due partecipanti a un'intervista o sondaggio, usa questa intuizione per rispondere ad una domanda specifica e formula raccomandazioni.

La revisione della letteratura è stata condotta consultando le principali banche dati disponibili:

- Pubmed/Medline
- Google Scholar (per la letteratura grigia)<sup>10</sup>
- ISTAT (istituto nazionale di Statistica)

Non sono stati presi in considerazione gli articoli antecedenti al 2014.

Le parole chiave utilizzate per le ricerche sulle banche dati sono state:

- Violenza di genere
- Vittime di violenza

---

<sup>9</sup> <https://zipreporting.com/it/qualitative-research/types-of-qualitative-research.html> (20/10/2024).

<sup>10</sup> La letteratura grigia (Grey literature) comprende tesi di laurea, abstract di congressi e seminari, protocolli di studio, lettere editoriali.

- Controllare
- Dominare
- Prevenzione alla violenza
- Conseguenza della violenza

Viene inoltre svolto un focus group in collaborazione con le operatrici del centro anti violenza di Jesi “Casa delle Donne”.

Per focus group si intende una tecnica qualitativa non standardizzata di rilevazione dell’informazione, basata su una discussione, che è solo apparentemente informale, tra un gruppo di persone, di dimensioni non troppo estese, dalle quattro/sei ad un massimo di dieci persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzati su un argomento che si vuole indagare in profondità.

Più nello specifico si svolge come un “intervista di gruppo “guidata da un moderatore che, seguendo una traccia più o meno strutturata, propone, degli “stimoli” ai partecipanti. Gli stimoli possono essere di tipo verbale (domande dirette, frasi, definizioni, associazioni) oppure visivo (fotografie, disegni, vignette, filmati).

La modalità di risposta può essere richiesta dal moderatore in forma sia verbale sia scritta. Si può cioè decidere la modalità classica di intervista in cui si ottengono una serie di risposte orali, oppure si può utilizzare il “metodo dei foglietti”, in cui i partecipanti vengono invitati a scrivere individualmente ciascuno la loro posizione/opinione su un determinato argomento.

Durante il focus group condotto con le sei operatrici; che hanno una formazione in campo giuridico, psicologico e sociologico, del centro anti violenza di Jesi “Casa delle Donne” erano presenti due moderatori e sono stati assegnati “stimoli” di tipo orale, nello specifico domande a carattere generale su tre aree focus:

- I contesti assistenziali: Pronto Soccorso, Ambulatori (pubblici e privati), Territorio (ADI); le dinamiche registrate; risorse e criticità relative alla figura infermieristica.
- La professione: la dimensione assistenziale, la dimensione di genere, la dimensione organizzativa (contesti in cui dovrebbe essere più presente).
- Comparazione: altre professioni sanitarie, altre professioni (es. assistente sociale, mediatrice culturale), altre culture.

La modalità con cui le nostre operatrici hanno riposto è il metodo classico in cui si ottengono delle risposte orali.

## **4 Risultati**

Dall'esecuzione del focus group e dalla revisione della letteratura, si sono ottenuti dei risultati molto interessanti.

Verranno riportati principalmente i risultati ottenuti dallo svolgimento del focus group in quanto, i risultati, ottenuti dalla revisione della letteratura, vanno a concordare con ciò che viene esposto dalle operatrici del centro antiviolenza di Jesi.

Ciò che viene riportato fin da subito da tutte le operatrici è che la figura infermieristica ricopre la figura di accoglienza in vari setting sanitari, in quanto è la prima ad entrare in contatto con i pazienti, quali il pronto soccorso, gli ambulatori, i consultori e il sert; è la prima figura professionale che entra nelle famiglie dei pazienti, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare; per questo si evidenzia fin da subito l'importanza di trovare delle figure qualificate, formate e con esperienza e spesso, purtroppo, non è così.

Una delle nostre operatrici, che si è trasferita nelle Marche da poco, sottolinea quanto siano dispersivi e poco chiari gli iter da svolgere all'interno dei distretti presenti qui nel nostro territorio e sottolinea che l'organizzazione è accoglienza.

Quanto riportato sopra è da vedere con un'ottica ancor più negativa se ci si addentra nella questione della violenza di genere, nel senso che si denota una mancanza nella formazione e spesso a livello empatico nel riconoscere una donna vittima di violenza.

Infatti, le operatrici evidenziano che nonostante la situazione dei pronti soccorsi in Italia sia in "affanno", in linea di massima viene ben gestita la vittima di violenza che ha subito percosse fisiche o che manifesta il suo malessere tramite l'abuso di sostanze stupefacenti che la portano spesso a frequentare setting sanitari di emergenza, il problema, come viene riportato da alcune operatrici, è quando si interagisce con una donna che non vuole far trapelare niente di ciò che sta vivendo, il problema maggiore è tutta la violenza sommersa che non viene in alcun modo tirata fuori ed è qui che abbiamo bisogno di infermieri che si pongano delle domande, che non lascino indietro situazioni dubbie, che sappiano

avviare un percorso con la vittima o che sappiano indirizzarla nelle giuste strutture presenti nel nostro territorio.

Ciò che viene detto è anche che una vittima, molto spesso, non viene creduta sul territorio, si intende ambulatori, consultori ed assistenza domiciliare, se non presenta segni visibili di una percossa subita, per questo è importante essere anche empatici ed essere formati sulla violenza di genere fin dagli anni accademici per andare a sensibilizzare tutti gli operatori.

L'ultimo punto su cui hanno messo l'accento le operatrici è che la figura infermieristica è l'anello chiave tra tutti i servizi, in quanto lavora in equipe multidisciplinare cioè figure che si distaccano dall'ambito sanitario, le quali possono essere mediatrici culturali, psicologhe, assistenti sociali.

Per questo motivo un infermiere in quanto risponde ad un profilo professionale deve essere formato sia su come interagire con una vittima, su come cogliere i segnali, sia sulle strutture più idonee per la vittima in quanto come viene riportato dalle operatrici due vittime possono aver bisogno di percorsi totalmente diversi, una può aver bisogno di uno sportello di ascolto, un'altra di una vera e propria seduta psicologica, un'altra vittima ancora di essere affidate ad una casa rifugio.

<b>Domande</b>	<b>Op. 1</b>	<b>Op. 2</b>	<b>Op. 3</b>	<b>Op. 4</b>	<b>Op. 5</b>	<b>Op. 6</b>
<b>risorse e criticità relative alla figura infermieristica</b>	Presenti in molti contesti, spesso poco formati.	Figura di accoglienza, distretti poco organizzati.	Poca formazione sul tema della violenza di genere.	Pronto soccorso gestisce bene i casi di violenza manifesta.	Spesso le donne che non hanno segni non vengono credute dal personale.	Utili per la prevenzione della violenza di genere.
<b>La professione: la dimensione ass., la dimensione di genere e organizzativa</b>	Operatori poco empatici e sensibili verso questo tema.	Necessità di sensibilizzare il personale.	Necessità di rendere chiari gli iter interni ai distretti.	Necessità di porre figure esperte e formate all'accoglienza.	Deve essere in grado di indirizzare la vittima verso la struttura migliore.	Necessità di concentrarsi sulla violenza sommersa.
<b>Comparazione: altre professioni sanitarie, altre professioni</b>	Deve lavorare in equipe multidisciplinari.	Deve conoscere le strutture presenti sul territorio.	Deve apprendere dalle altre figure come porsi con le vittime.	Deve conoscere le figure professionali che si occupano delle vittime.	Deve saper lavorare in gruppo con differenti figure.	Figura chiave che fa da tramite fra molte figure professionali diverse.

## 5 Discussione

I risultati emersi dal focus group con le operatrici del centro antiviolenza di Jesi sottolineano con forza il ruolo centrale degli infermieri nei diversi setting sanitari come primo punto di accoglienza per pazienti, e potenzialmente per vittime di violenza.

Infatti, dalle osservazioni del focus group, emerge chiaramente che la figura infermieristica è la prima a entrare in contatto con pazienti in vari contesti sanitari, come il pronto soccorso e l'assistenza domiciliare.

Questo offre l'opportunità di riflettere sul fatto che il personale infermieristico è in prima linea nell'identificare situazioni di disagio e violenza, ma manca spesso di formazione adeguata a farlo.

Le operatrici fanno emergere una preoccupante carenza di formazione specifica su come riconoscere e gestire i casi di violenza, soprattutto quando non vi sono segni fisici evidenti.

Infatti, come viene esposto dalle operatrici, le donne che hanno segni visibili di percosse subite o che ricorrono ad uso di sostanze stupefacenti a causa di ciò che stanno vivendo che a loro volta le portano a frequentare molto spesso questi setting emergenziali<sup>11</sup>; vengono ben gestite dagli infermieri all'interno dei pronti soccorsi in quanto è nato un codice, conosciuto in tutta Italia come codice rosa, fatto esclusivamente per le donne che subiscono violenza.

Questo codice rosa<sup>12</sup> è un protocollo, presente ormai in tutti i setting di emergenza, dove al suo interno sono scritte in maniera sequenziale tutte le azioni che un operatore deve fare di fronte ad una vittima.

Quindi, le operatrici del focus group evidenziano che il pronto soccorso può gestire meglio i casi di violenza fisica manifesta o di abuso di sostanze, mentre si riscontrano difficoltà maggiori nella gestione di situazioni di violenza psicologica o sommersa. Questo potrebbe stimolare una riflessione su come potenziare l'approccio nei confronti

---

<sup>11</sup>OMS (2013) Global and Regional Estimates of violence against women. Prevalence and health effects of Intimate partner violence and non-partner sexual violence. (20/10/2024)

<sup>12</sup> Adottate con D.P.C.M. del 24/11/2017 pubblicato sulla G.U., Serie Generale n. 24/11/2018. (20/10/2024)

delle vittime silenziose, magari attraverso strumenti diagnostici o modelli di colloquio più empatici e investigativi.

La formazione continua è quindi essenziale per preparare gli infermieri ad affrontare situazioni complesse come la violenza di genere; ma le testimonianze delle operatrici fanno luce su una lacuna significativa nel sistema, ovvero la mancanza di sensibilizzazione degli infermieri nei confronti della violenza sommersa.

Questo riflette una più ampia problematica di formazione insufficiente in ambito universitario e professionale, che non prepara adeguatamente i futuri operatori sanitari a riconoscere segnali meno evidenti di maltrattamenti, come il disagio psicologico o l'abuso emotivo.

In merito a quanto detto le operatrici hanno riportato che le vittime di violenza che non manifestano segni evidenti possono non essere credute o riconosciute, soprattutto in ambulatori e consultori.

Questo aspetto evidenzia una grave mancanza di empatia e competenze specifiche nel rilevare segnali meno evidenti di abuso.

Si potrebbe enfatizzare l'importanza di programmi di sensibilizzazione e aggiornamento formativo durante il percorso di studi infermieristici per migliorare queste capacità.

Qui emerge l'importanza di creare un ambiente formativo dove si stimola l'empatia, la capacità di ascolto e la capacità di porsi domande per non lasciare che situazioni ambigue passino inosservate.

In questo senso, l'infermiere dovrebbe essere considerato una figura chiave in grado di avviare percorsi di supporto<sup>13</sup> per le vittime e indirizzarle verso i servizi più appropriati.

---

<sup>13</sup> In seguito all'identificazione del profilo del personale infermieristico attuata con D.M. 739/'94, all'infermiere è riconosciuta una maggiore autonomia decisionale ed una completa assunzione di responsabilità professionale, con ampliamento della propria sfera di conoscenza ed intervento. Da ciò scaturisce l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria di reati perseguibili d'ufficio, dei quali si sia venuti a conoscenza durante l'esercizio della professione sanitaria, indipendentemente dalla volontà della vittima (artt 331-33c.p.p. e artt 361-362, c.p.p.). Vi è poi l'obbligo di referto, documento tecnico-professionale che va redatto e presentato alla Procura entro quarantotto ore, quando, nell'esercizio di una professione sanitaria, si sia prestato assistenza a casi che possano presentare caratteri di delitto perseguibile di ufficio (artt 334 e 365 del c.p.p.). (20/10/2024)

Le infermiere sono considerate un anello di congiunzione fondamentale tra le varie figure di supporto alle vittime di violenza, come assistenti sociali, psicologi e mediatori culturali, come viene riportato dalle operatrici del centro antiviolenza di Jesi.

Questo è un punto importante in quanto sottolinea la necessità di un approccio personalizzato per ogni vittima di violenza, poiché ciascuna potrebbe richiedere un tipo diverso di supporto (es. supporto psicologico, assistenza domiciliare o collocazione in una casa rifugio).

Infine, la collaborazione multidisciplinare tra infermieri e altre figure professionali, come assistenti sociali e psicologi, è essenziale per offrire un supporto adeguato e completo alle vittime.

Questa interconnessione con diversi professionisti mette in risalto l'importanza di una formazione olistica per gli infermieri che permette loro di operare con efficacia in contesti multidisciplinari.

Questa multidisciplinarietà deve riflettersi anche nel percorso formativo, garantendo agli infermieri le competenze necessarie per orientare le vittime di violenza verso il percorso più adatto alle loro esigenze individuali.

In conclusione, le operatrici hanno dato delle regole comportamentali a cui ogni operatore sanitario deve rispettare, quando ci si trova di fronte ad una donna che non vuole parlare di ciò che sta vivendo non dobbiamo avere noi operatori un atteggiamento menefreghista, anzi non dobbiamo lasciare nulla al caso e dobbiamo sempre porci delle domande.

Come prima cosa bisogna portare la donna in un luogo sicuro lontano dal proprio carnefice, poi in seguito si può iniziare con la formulazione delle prime domande a carattere generale, come ad esempio è il suo primo accesso in pronto soccorso?

Cosa l'ha portata qui?

Se notiamo che la donna continua a mentirci non dobbiamo continuare con domande dettagliate sull'accaduto ma sarebbe buono iniziare ad interagire con la donna in modo tale da iniziare a costruire con lei un rapporto di fiducia, non possiamo pensare che una donna vittima di violenza inizi subito a parlare.

## 6 Conclusione

Alla luce di quanto discusso, diventa sempre più evidente l'urgenza di migliorare in maniera significativa la formazione degli infermieri, sia durante gli anni universitari che durante il periodo lavorativo, su tematiche cruciali legate alla violenza.

È fondamentale, infatti, che all'interno dei percorsi formativi siano inclusi moduli specifici non solo sulla violenza fisica, ma anche sulla violenza psicologica, che spesso risulta meno visibile ma altrettanto devastante.

Approfondire le dinamiche di potere all'interno delle relazioni abusive rappresenta un passo essenziale per fornire agli infermieri una comprensione completa del problema e per offrire loro gli strumenti adeguati a intervenire.

Non si tratta semplicemente di dare agli operatori sanitari delle linee guida da seguire nel momento in cui si trovano a interagire con una vittima di violenza, ma anche di promuovere una maggiore sensibilizzazione e consapevolezza rispetto a questi temi.

Infatti, come si riporta nella discussione, l'atteggiamento principe che un operatore deve adottare è quello empatico, tramite il quale l'operatore è portato a porsi domande e non lasciare situazioni dubbie con le vittime.

L'infermiere deve essere in grado di accogliere la vittima con gentilezza, se si sta parlando di una vittima che si reca al pronto soccorso questa deve essere accompagnata in una stanza dove deve rimanere isolata dagli altri pazienti, è qui che il professionista sanitario deve iniziare a costruire un rapporto di fiducia con la donna in modo tale da poterla aiutare concretamente sia che si ha davanti una donna con visibili segni di percosse che parla sia una donna senza segni che apparentemente non dice nulla.

Lo stesso discorso vale per gli infermieri che lavorano nel territorio, l'atteggiamento da attuare è lo stesso che si attua nei setting di emergenza, cioè non si possono e devono lasciare situazione dubbie specialmente con donne che non sono disposte a parlare di ciò che le sta accadendo.

È fondamentale che ogni infermiere sia in grado di riconoscere i segnali, talvolta sottili, di una situazione di abuso, così da poter attuare interventi tempestivi che possano fare la differenza nel percorso di cura e protezione della vittima.

I professionisti oltre a dover sapere come interagire con una vittima, devono essere al corrente di tutte le strutture che ci sono a livello territoriale; quindi, deve essere in grado



di riconoscere una situazione di abuso e indirizzare le donne verso il percorso riabilitativo corretto; in quanto non tutte le donne vittime di violenza hanno bisogno dello stesso percorso verso il miglioramento della propria situazione personale.

Inoltre, la creazione di programmi di aggiornamento continuo è un elemento chiave per garantire che le competenze acquisite non diventino obsolete e ci garantisce un personale sempre aggiornato in merito alla questione.

Questi programmi dovrebbero prevedere la collaborazione tra diverse discipline, coinvolgendo professionisti con competenze specialistiche in ambiti come la psicologia, la sociologia, e giuridico, al fine di creare un approccio multidisciplinare che permetta di affrontare il problema della violenza da tutte le prospettive necessarie.

Solo attraverso una visione integrata e collaborativa sarà possibile migliorare in modo sostanziale la risposta sanitaria alle vittime di violenza, in particolare in quei contesti in cui i segni di abuso sono meno evidenti.

Quindi è di fondamentale importanza andare a creare una rete tra i vari servizi offerti per fronteggiare la violenza di genere tramite la prevenzione e la presa in carico della vittima. Infine, è fondamentale che le istituzioni sanitarie riconoscano pienamente il ruolo centrale che gli infermieri ricoprono, in quanto è una figura presente in ogni setting assistenziale sia a livello ospedaliero sia a livello territoriale, non solo nel trattamento delle ferite fisiche, ma anche nell'intercettazione precoce delle dinamiche abusive.

Gli infermieri, infatti, si trovano spesso in una posizione privilegiata per instaurare un rapporto di fiducia con i pazienti, un aspetto che può rivelarsi determinante per consentire loro di cogliere segnali che altri operatori potrebbero non notare.

Questo tipo di intervento precoce può contribuire in modo significativo alla prevenzione della violenza reiterata, riducendo così i danni a lungo termine per le vittime e migliorandone la qualità.

Si conclude questo elaborato cercando di esortare tutti gli operatori sanitari in primis, ma anche tutti i lettori che non lo sono, a diventare sensibili verso il tema della violenza di genere che purtroppo nel nostro paese è largamente diffusa e purtroppo ancora se ne parla poco.

## Bibliografia

- Bramante A., Filocamo G. e Mencacci C. (2014). Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio. Raccomandazione sulla violenza sulle donne (IPV) per operatori sanitari.
- Chapin J.R., Coleman G., Varner E. (2011) Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy. *J Inj Violence Res.* 2011 Jan;3(1):19-23.
- Choi A.W., Lo B.C., Wong J.Y., Lo R.T., Chau P.C., Wong J.K., Lau C.L., Kam C.W. (2019) Clinical Features of Heterosexual Intimate Partner Violence Victims With Escalating Injury Severity. *J Interpers Violence.* 2019 May 29;
- Colucci A., Luzi A.M., Fanales Belasio E., Barbina D., Mazzaccara A., Farchi S., Battilomo S. (2019) A blended training programme for healthcare professionals aimed at strengthening territorial networks for the prevention and contrast of gender-based violence. *Epidemiol Prev.* 2019 Mar-Jun;43(2-3):177-184.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 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, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n.24 del 30 gennaio 2018.
- Gregory A., Ramsay J., Agnew-Davies J., Baird K., Devine A., Dunne D., Eldridge S., Howell A., Johnson M., Rutterford C., Sharp D., Feder G. (2010) Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC public health*, 2010.
- Gupta J., Falb K.L., Ponta O., Xuan Z., Campos P.A., Gomez A.A., Valades J., Cariño G., Olavarrieta C.D. (2017) A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: findings from a cluster randomized controlled trial. *BMC Med.* 2017 Jul 12;15(1):128.
- Hendriks B., Vandenberghe A.M.A., Peeters L., Roelens K., Keygnaert I. (2018) Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *Int J Equity Health.* 2018 Sep 24;17(1):152.

- Hinkle, J.L.–Cheever, K.H. Brunner–Suddarth, *Infermieristica medico-chirurgica*, vol.2, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2017.
- ISTAT, (2011). *Indagine Stereotipi, rinunce e discriminazioni di genere*.
- Leitão M.N. (2014) Women survivors of intimate partner violence: the difficult transition to independence. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Aug;48 Spec No:7-15.
- Lovi R., Hutchinson M., Hurley J.(2018) Inclusion of intimate partner violence related content within undergraduate health care professional curriculum: mixed methods study of academics' attitudes and beliefs. *Contemp Nurse*. 2018 Dec;54(6):592-602.
- Macdowall, W. et al. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013; 382: 1845-55.
- Mikton, C. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev*. 2010; 16(5): 359-60.
- Muluneh M.D., Stulz V., Francis L., Agho K. (2020) Gender Based Violence against Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 1;17(3).
- O'Doherty L., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L.L., Feder G., Taft A. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015).
- Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020.
- Pichierri, A. (1999). *Organizzazione rete, reti di organizzazioni: dal caso anseatico alle organizzazioni contemporanee*. Studi Organizzativi, Frano Angeli ed, Roma.
- Rhodes K.V., Frankel R.M., Levinthal N., Prenoveau E., Bailey J., Levinson W. (2008).
- You are not a victim of domestic violence,are you? Provider-Patient communication about domestic violence *PubMed Central* (2008).
- Rubbi I., Mattarozzi K., Menghi D., Cremonini V. (2017) Domestic violence: what skills and knowledge a nurse of the Emergency Service should have? *Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza* (2017).

- Save the Children, (2011). Spettatori e vittime. I minori e la violenza assistita in ambito domestico. Analisi dell'efficienza del sistema di protezione in Italia, Roma. Arti Grafiche Agostini.
- Signorelli M.C., Hillel S., de Oliveira D.C., Ayala Quintanilla B.P., Hegarty K., Taft A. (2018) Voices from low-income and middle-income countries: a systematic review protocol of primary healthcare interventions within public health systems addressing intimate partner violence against women. *BMJ Open*. 2018 Mar 25.
- World Health Organization [WHO/OMS], Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South Africa Medical Research Council, Geneva (2013). Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
- World Health Organization [WHO/OMS], Geneva (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.
- World Health Organization [WHO/OMS], Geneva (2013). Responding to Intimate Partner Violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.

## SITOGRAFIA

- ISTAT, (2014). Il numero delle vittime e le forme della violenza. Disponibile in:  
*URL: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza> (20/10/2024).*
- ISTAT, (2018). Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale sulla violenza sessuale. Indagine realizzata in collaborazione con Dipartimento Pari Opportunità, Regioni, Consiglio Nazionale delle Ricerche. Disponibile in:  
*URL: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne> (20/10/2024).*
- Marrocco, A. (2019). La violenza sulle donne vista ai raggi X. Disponibile in:  
*URL: [https://www.huffingtonpost.it/entry/la-violenza-sulle-donne-vista-a-raggi-x\\_it\\_5dd6f775e4b02648edb24b8e](https://www.huffingtonpost.it/entry/la-violenza-sulle-donne-vista-a-raggi-x_it_5dd6f775e4b02648edb24b8e) (20/10/2024).*
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2019).
- Tomasetta, L. (2020). Femminicidi, il capo della Polizia Gabrielli: “Le donne sono considerate delle proprietà”. Disponibile in:  
*URL: <https://www.tpi.it/cronaca/femmicidi-gabrielli-donne-proprietà> 20200203539508/ (20/10/2024).*
- Milano e la rete antiviolenza. Disponibile in:  
*<https://www.reteantiviolezamilano.it/il-ciclo-della-violenza> (20/10/2024).*
- OMS (2009) La Conferenza internazionale di Roma sulla violenza contro le donne (20/10/2024).

## **Ringraziamenti**

Arrivata alla fine di questi tre anni mi sento di ringraziare in primis la mia famiglia che mi ha permesso di realizzare i miei obiettivi facendomi vivere questi anni nel migliore dei modi, inoltre, vorrei ringraziare tutti gli insegnanti, i tutor ed infine il mio relatore Giordano Cotichelli, che con tanta pazienza mi ha seguito in questo ultimo periodo universitario rendendo possibile il raggiungimento del titolo.

Un ringraziamento speciale va anche alle operatrici del centro antiviolenza di Jesi “Casa delle Donne” che hanno partecipato a questo progetto senza le quali non sarei riuscita a portarlo a termine.

Durante questi tre anni sono cambiate molte cose, ma specialmente sono cambiata io; il percorso fatto è stato molto duro ed altalenante, pieno di gioia, sorrisi, infiniti scherzi ricevuti durante le lezioni specialmente da parte di Antonio e Francesco; ma anche tristezza, stanchezza ed esaurimento.

Nonostante tutto però porterò sempre con me questi anni universitari perché ho avuto la fortuna di condividere questo periodo con delle magnifiche persone che mi hanno sostenuta durante tutto il percorso, ringrazio Giusy che il primo anno si è presa cura di me, mi ha fatto scoprire che ci sono altri piatti da mangiare oltre al pancarrè e il prosciutto, un grazie speciale va anche a Giulia, se non ho l’esaurimento è grazie a te che hai condiviso con me situazioni molto stressanti; ed infine volevo ringraziare la persona che tutti i giorni mi affianca con molta pazienza e che mi ha fatto riscoprire un po’ di serenità, grazie Nicolò.

Inoltre, mi sento di ringraziare tutte le guide di tirocinio che ho avuto in quanto, oltre a trasmettermi il loro sapere mi hanno trasmesso la passione e l’amore che oggi provo per questa magnifica professione.







