

Ai deboli.

A chi non ha ancora trovato un posto nel mondo.

A chi si batte ogni giorno per i propri diritti.

A chi sbaglia, cade e si rialza.

A chi spera.

INDICE

ABSTRACT	2
1. INTRODUZIONE	3
1.1 INTIMATE PARTNER VIOLENCE FATTORI DI RISCHIO	7
1.3 CICLO DELLA VIOLENZA	15
1.4 DATI EPIDEMIOLOGICI NUMERO DELLE VITTIME	19
1.4.1 ACCESSO DELLE DONNE AL PRONTO SOCCORSO	20
1.5 NORMATIVA VIGENTE	25
2. OBIETTIVO	29
3. MATERIALI E METODI	30
4. RISULTATI	31
4.1 LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' SULLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE	32
4.2 CODICE ROSA	34
4.3 CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE DELLA DONNA	39
4.4 LIMITI E BARRIERE NELLA PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO	42
4.5 IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE	45
4.6 ACCOGLIENZA E APPROCCIO COMUNICATIVO	48
4.6.1 SOSTEGNO DI PRIMA LINEA	50
4.6.2 ASCOLTO ATTIVO	51
5. CONCLUSIONI	53
6. BIBLIOGRAFIA	55

ABSTRACT

Introduzione: La violenza domestica è un problema di sanità pubblica e le donne che la subiscono spesso si rivolgono ai servizi sanitari per ricevere assistenza e supporto. L'infermiere che si trova a gestire queste situazioni deve assicurare un'assistenza con grande preparazione professionale perchè può svolgere un ruolo cruciale nell'identificazione, prevenzione e gestione di queste vittime.

Obiettivo: Valutazione del ruolo dell'infermiere nella gestione del Codice Rosa, focalizzando l'attenzione sulla gestione dell'accoglienza del paziente e sull'approccio dell'ascolto attivo.

Materiali e metodi: È stata eseguita una revisione della letteratura, con articoli a partire dall'anno 2000. Sono stati presi in considerazione unicamente articoli su pazienti di sesso femminile, escludendo quelli che riguardassero anche il coinvolgimento dei figli delle vittime. Le banche dati utilizzate sono: PubMed, CHINAL, Google Scholar, MedLine.

Risultati: Gli argomenti principali rilevati dall'analisi degli articoli sono la presenza di barriere nella relazione tra paziente e infermiere, l'impatto emotivo che il comportamento dell'infermiere ha nella relazione e salute della donna, l'importanza della formazione per fornire agli operatori sanitari le conoscenze e le competenze necessarie per indagare e rispondere in modo appropriato alle donne che subiscono violenza.

Conclusioni: Nell'approccio alle vittime di violenza, i migliori esiti assistenziali vengono raggiunti dagli infermieri che hanno un elevato livello di formazione e aggiornamento e che utilizzano la relazione d'aiuto, l'ascolto attivo e l'empatia come strumento di cura per migliorare la qualità assistenziale.

Keywords: "Domestic violence", "Emergency Room", "Emergency Department", "Screening", "Violence", "Nursing", "Nurse care", "Gender violence".

1. INTRODUZIONE

La violenza domestica (DV) e la violenza del partner intimo (IPV), nonostante una sovrapposizione nelle loro dinamiche e nel loro impatto, sono diverse. Per definizione, la DV si svolge all'interno di una famiglia e può coinvolgere un genitore e un figlio, fratelli o persino coinquilini (Moorer O., 2019). L'IPV si verifica tra partner intimi che possono o meno convivere, è “un danno fisico, sessuale o psicologico da parte di un attuale o ex partner o coniuge che include qualsiasi episodio di comportamento violento o minaccioso o abuso tra adulti in relazioni eterosessuali o omosessuali” (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). Né l'IPV né il DV si limitano all'aggressione fisica (cioè colpire, calciare e picchiare), ma l'IPV comprende anche l'abuso emotivo (cioè intimidazione o azioni di controllo con l'obiettivo desiderato di isolamento dalla famiglia e dagli amici o controllo finanziario) (Moorer O., 2019). Entrambe le forme di violenza rientrano anche nel continuum della violenza domestica. In tabella 1 sono riassunti i principali termini utilizzati per individuare l'IPV.

Tabella 1. Termini di violenza da parte del partner

Termine	Definizione
Violenza da parte del partner	Violenza fisica o sessuale, comportamento di stalking e/o aggressione psicologica da parte di un partner intimo
Partner intimo	Persona con cui un individuo ha uno stretto rapporto personale, che può includere molti dei seguenti elementi (non tutti sono obbligatori): connessione emotiva, contatto regolare compreso il contatto fisico, identità di coppia, conoscenza della vita dell'altro
Violenza fisica	Uso intenzionale della forza con potenziale di causare morte, disabilità, lesioni o danni
Violenza sessuale	Compimento o tentativo di atto sessuale in cui la vittima non ha fornito il consenso o non è in grado di consentire o rifiutare

Inseguimento	Attenzioni e/o contatti ripetuti e indesiderati che causano paura per la propria incolumità o per quella di qualcun altro
Aggressività psicologica	Uso della comunicazione, sia verbale che non verbale, per danneggiare mentalmente o emotivamente un'altra persona o per esercitare controllo su un'altra persona

From Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2015.

La violenza da parte del partner (IPV) è ora chiaramente riconosciuta come un problema sanitario e sociale globale (World Health Organisation [WHO], 2015). L'IPV interseca culture, religioni, etnie, classi sociali e posizioni geografiche; l'IPV può verificarsi sia nelle relazioni eterosessuali che in quelle omosessuali e che anche le donne possono essere autrici di IPV (Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P., & Fiebert, M. S., 2012; Fehringer, J. A., & Hindin, M. J., 2014). Mentre è assodato che le donne possono perpetrare l'IPV contro i loro partner maschi, il numero di donne che sperimentano l'IPV e/o subire infortuni è molto più elevato (WHO, 2015; Howarth, E., Feder, G., Howard, L., Agnew-Davies, R., & Feder, G., 2013) (Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K., 2017).

I ricercatori hanno riferito che le donne hanno dieci volte più probabilità degli uomini di essere vittime di violenza da parte del partner e che i tassi di prevalenza della violenza da uomo a donna variano dal 14% al 50% (Gagan, 1998; Kernic, M., Wolf, M., & Holt, V., 2000) (Bryant, S. A., & Spencer, G. A., 2002).

L'IPV può avere effetti negativi gravi e a lungo termine sulla salute della vittima che, nella maggior parte dei casi, è una donna (Olive P., 2007). I suoi effetti negativi riguardano salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva e portano le donne che subiscono abusi a fare ampio ricorso all'assistenza sanitaria. (García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G., 2015).

L'OMS stima che oltre il 30% delle donne in tutto il mondo ha subito violenza fisica o sessuale da parte del partner. Il 7% delle donne in tutto il mondo ha subito aggressioni sessuali da parte di persone diverse dal partner. (Mary Ellsberg et. al., 2015).

In Italia, la violenza fisica, psicologica e sessuale sul genere femminile, è molto diffusa ma le vittime che denunciano l'accaduto, si presentano in pronto soccorso, ed iniziano un percorso di uscita dalla violenza, sono solo un numero ancora troppo limitato. (Adriana Corazza, Annalisa Alberti, Anne Destrebecq, 2020).

Come osservato nel rapporto dell'OMS del 2013, "Stime globali e regionali della violenza contro le donne" (WHO, 2013c), una donna su tre nel mondo che ha avuto un partner denuncia violenza fisica o sessuale, o entrambe, da parte di un partner intimo. Questa violenza contribuisce ad aggravare il peso della cattiva salute delle donne in molti modi. Le donne con una storia di violenza da parte del partner hanno maggiori probabilità di ricorrere all'assistenza sanitaria rispetto alle donne non abusate. (Claudia García-Moreno, Kelsey Hegarty, Ana Flavia Lucas d'Oliveira, Jane Koziol-McLain, Manuela Colombini, Gene Feder, 2015). Gli infermieri che lavorano in qualsiasi contesto sanitario e in particolare quelli che lavorano in contesti di emergenza e urgenza possono svolgere un ruolo cruciale nell'identificazione, prevenzione e gestione dell'IPV (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Lo screening di routine dell'IPV nei Dipartimenti di Emergenza può essere molto utile, poiché sono un luogo comune in cui le vittime/sopravvissute dell'IPV accedono per il trattamento delle loro ferite e sintomi (Houry et al., 2008) grazie alla loro disponibilità 24 ore su 24 (Ahmad I et. al., 2017). Gli operatori sanitari spesso, e spesso inconsapevolmente, incontrano donne vittime di violenza. Il sistema sanitario può fornire alle donne un ambiente sicuro in cui possono rivelare in modo confidenziale le esperienze di violenza e ricevere una risposta di sostegno. Inoltre, le donne vittime di violenza da parte del partner identificano gli operatori sanitari come i professionisti di cui si fidano per la denuncia degli abusi. Tuttavia, il ruolo cruciale che gli operatori e i servizi sanitari possono svolgere per affrontare la violenza contro le donne spesso non viene riconosciuto o implementato. I sistemi sanitari devono rafforzare il ruolo degli operatori sanitari come parte di una risposta multisettoriale alla violenza contro le donne. (Claudia García-Moreno et al., 2015). La peculiarità del "prendersi cura", in questo contesto così delicato, infatti, richiede competenze tecnico-scientifiche di cui gli operatori dovrebbero disporre,

garantendo alla vittima quel supporto emotivo e psicologico necessario a determinare una relazione di fiducia e di ascolto empatico utile e fondamentale anche dopo la dimissione ospedaliera. A tal proposito, infatti, la donna ha il diritto di essere informata ed indirizzata su tutte quelle realtà presenti sul territorio che hanno lo scopo di aiutarla ad affrontare il percorso di fuoriuscita dall'evento violento, come ad esempio i Centri Antiviolenza che hanno la finalità precipua di mettere in sicurezza le vittime di violenza, permettendo così un recupero dell'autonomia e del senso di fiducia e di autostima.

È fondamentale che la vittima che si apre al racconto sia ascoltata e non giudicata e gli operatori sanitari, spessissimo gli Infermieri, che intervengono per primi, non devono indagare la veridicità del racconto ma prestare soccorso, cercando di non minimizzare l'evento ma nemmeno drammatizzarlo. Il percorso di rielaborazione del trauma può configurarsi come una presa in carico breve, focale, anche se le vittime, spesso raccontano di episodi diluiti nel tempo. Per questo non è possibile stabilire un unico modello di intervento, proprio per la diversità con cui si manifesta la violenza. La presa in carico si costruisce "sulla vittima", considerando, appunto un approccio multidisciplinare tra operatori, proprio per la ragione per cui la violenza ha pesanti ripercussioni sulla salute della donna e costituisce un problema sanitario di primaria importanza. Non a caso l'OMS riporta innumerevoli conseguenze sulla salute delle donne vittime, che vanno dai disturbi genito-urinari frequenti, al rischio suicidario proprio perché la vittima non sempre conosce gli effetti della violenza sul suo stato di salute, è fondamentale il compito di chi interfaccia per primo la donna, spesso l'Infermiere, di comunicare e informare circa il percorso da seguire perché i problemi della donna non si trasformino in percorsi di malattia senza uscita. Infatti, l'Infermiere, di fronte al racconto esplicito della violenza deve essere in grado, oltre che di occuparsi del bisogno sanitario, di attivare una rete di aiuto e sostegno con la possibilità di integrazione tra le varie figure professionali anche dell'ambito psico-socio-sanitario, perché è fondamentale riconoscere che a fronte di una molteplicità di bisogni complessi espressi dalle vittime, non vi possa rispondere un solo operatore. (Adriana Corazza et al., 2020)

1.1 INTIMATE PARTNER VIOLENCE FATTORI DI RISCHIO

L'IPV (Intimate Partner Violence) può essere osservato indipendentemente dal genere, dall'orientamento sessuale, dall'età, dall'identità etnica e dai fattori socioeconomici. Tenendo questo in mente, ci sono alcuni fattori di rischio identificabili per la violenza relazionale. Sebbene nessuno di questi fattori garantisca individualmente esiti relazionali dannosi, la conoscenza dei rischi associati può essere utile per determinare quali popolazioni potrebbero aver bisogno di cure, attenzioni e strategie di prevenzione extra. I fattori di rischio individuali sono numerosi e vari. Una revisione sistematica del 2018 di Yakubovich e colleghi ha identificato diversi fattori di rischio a livello individuale, tra cui l'etnia, istruzione femminile inferiore al livello di scuola superiore, gravidanze indesiderate o non pianificate, uso di sostanze, storia di abusi sui minori, comportamenti antisociali degli adolescenti e atteggiamenti tradizionali legati al ruolo di genere. Il CDC identifica inoltre la giovane età, una storia di depressione o tentativi di suicidio e l'insicurezza economica come ulteriori fattori di rischio individuali (National Center for Injury Prevention and Control National Center for Injury Prevention and Control, 2021). Resta chiaro che l'appartenenza a gruppi emarginati aumenta significativamente il rischio individuale. Il National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) ha identificato le donne multirazziali, indiane americane/native dell'Alaska e nere non ispaniche come aventi un rischio di IPV nel corso della vita superiore al 40% rispetto a un rischio nel corso della vita inferiore al 40% nelle donne non-ispaniche. Bianchi ispanici, ispanici e asiatici o isolani del Pacifico che identificano le donne. Ci sono ulteriori discrepanze da notare tra i pazienti e le relazioni LGTBQIA. Il NISVS riporta che il 44% delle donne che si identificano come lesbiche e il 61% delle donne con identità bisessuale hanno subito stupro, violenza fisica o stalking da parte di un partner intimo rispetto al 35% delle donne che si identificano come etero (S.G. Smith et al., 2017). Studi condotti su donne che si identificano come transgender hanno riportato tassi di violenza fisica fino a 6 volte più elevati rispetto alle donne che si identificano come cisgender (S.E. Valentine et al., 2017). I fattori relazionali includono famiglie monoparentali, relazioni di convivenza, conflitti relazionali tra cui gelosia o possessività, modelli di dominanza e controllo disadattivi e basso status socioeconomico. (A.R. Yakubovich et al., 2018). Tra queste numerose qualità relazionali che possono aumentare il rischio di violenza, la dominanza e il

controllo relazionale da parte di un partner sull'altro costituiscono un quadro utile per comprendere la fisiopatologia di molte relazioni disadattive. Sebbene i precedenti modelli IPV considerassero la violenza nel contesto di un particolare conflitto o di una situazione provocatoria, i modelli più recenti vedono la violenza come parte di un modello più sistematico di paura, intimidazione e isolamento, chiamato anche “controllo coercitivo”. In queste relazioni, gli sforzi vengono costantemente e progressivamente utilizzati per aumentare il potere dell'individuo e la conformità del proprio partner. L'autore della violenza può utilizzare un'ampia varietà di mezzi per ridurre sistematicamente l'autonomia e la posizione del proprio partner; queste misure includono e vanno oltre i tradizionali paradigmi IPV, tra cui violenza fisica, violenza sessuale, restrizioni finanziarie e dipendenza, isolamento da amici, famiglia e risorse e traumi emotivi. In uno studio di Dichter e colleghi, le donne che riconoscevano relazioni caratterizzate da “controllo coercitivo” sperimentavano tassi elevati di tutte le forme di IPV e livelli di pericolo più elevati rispetto a coloro che sperimentavano una maggiore violenza situazionale. (M.E. Dichter et al, 2018)

I fattori comunitari identificabili includono comunità con alti tassi di instabilità economica, opportunità educative minime e basso sostegno comunitario per le persone che subiscono violenza e/o riluttanza a intervenire. (National Center for Injury Prevention and Control, 2021) È ovvio che la coesione e la connessione della comunità possono fornire una potenziale rete di supporto per coloro che subiscono violenza per uscire dalle relazioni e cercare assistenza. Una comunità forte può anche fungere da cuscinetto contro l'isolamento, l'impotenza e lo scarso accesso al lavoro e alle risorse che possono portare un individuo a cercare il controllo sugli altri.

1.2 VIOLENZA DI GENERE

Secondo il ministero della Salute con l'espressione violenza di genere si indicano tutte quelle forme di violenza da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking allo stupro, fino al femminicidio.

Nell'art.1 della "Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'Eliminazione della Violenza Contro le Donne" del 1993 la violenza contro le donne viene definita come "Ogni atto di violenza indirizzato al genere femminile che rechi o possa recare alle donne un pregiudizio o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata". Viene in seguito specificato che "la violenza contro le donne costituisce una violazione dei diritti e delle libertà fondamentali delle donne e danneggia e annulla il godimento da parte loro di quei diritti e libertà". In questo documento, importante per delineare il primo concetto, la causa della violenza è ricondotta alla disparità nell'esercizio del potere tra donne e uomini.

Secondo l'articolo 2 della Dichiarazione delle Nazioni Unite stabilisce gli ambiti in cui si muove la violenza contro le donne:

1. la violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, l'abuso sessuale di minori di sesso femminile nella famiglia, lo stupro coniugale, la mutilazione genitale femminile e altre pratiche tradizionali riservate alle donne;
2. la violenza fisica, sessuale e violenza psicologica che avviene all'interno della comunità, compreso lo stupro, abuso sessuali, molestie sessuali e intimidazioni sul posto di lavoro, nelle scuole e altrove, il traffico delle donne e la prostituzione forzata;
3. la violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o tollerata dallo Stato, ovunque si manifesti". (ONU 48/104 1993)

Più recentemente in ambito europeo, la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza, la cosiddetta convenzione di Istanbul (11 maggio 2011), definisce la violenza di genere, come qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato (art.3) o

numero di persone discriminate in base al sesso. L'art.12 riconosce la necessità di promuovere i cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini. Convenzione ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013 n. 77, impegna gli Stati “ad adottare misure legislative o di altro tipo per raccogliere a intervalli regolari i dati statistici disaggregati pertinenti su questioni relative a qualsiasi forma di violenza e alle sue cause (ROOT CAUSES) che rientra nel campo di applicazione della Convenzione medesima, a sostenere la ricerca e realizzare indagini in merito”. (ONU - Organizzazione delle Nazioni Unite, Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993).

1.2.1 TIPI DI VIOLENZA

Diversi sono i tipi di violenza che si ripercuotono tra il carnefice e la vittima:

VIOLENZA FISICA

La violenza fisica mutua da forme relativamente miti a forme molto gravi e comprende la minaccia di essere fisicamente colpita, spinta, strattonata, picchiata, schiaffeggiata, presa a calci, minacciata o colpita con armi, sottoposta a tentativi di strangolamento, soffocamento e bruciature, azioni queste, inquadrare come comportamenti lesivi l'integrità della donna e con l'obiettivo di produrre un vero e proprio stato di soggezione nella vittima. Nella legislazione italiana possono fare riferimento a una serie di reati quali percosse, lesioni personali, maltrattamenti in famiglia, omicidi colposi e volontari. La violenza fisica è contestualmente caratterizzata dall'impiego della forza corporea maschile volta a colpire la donna nello specifico, a scopi punitivi oppure per intimidirla e costringerla a fare qualcosa contro la propria volontà.

VIOLENZA SESSUALE

Nella normativa nazionale, per violenza sessuale ci si riferisce ad azioni agite con la forza, con la minaccia o attraverso l'abuso di autorità, nell'intento di forzare un'altra persona a commettere o subire atti sessuali, e include pertanto lo stupro e le molestie sessuali. Viene inoltre considerata violenza sessuale, ogni atto che approfitta della momentanea o cronica incapacità della donna di esprimere un lucido e deliberato consenso, oppure attraverso l'induzione di uno stato di soggezione psicologica protratto nel tempo. La violenza sessuale si configura quindi come un atto di potere attivato dall'uomo allo stesso modo non sempre i mezzi utilizzati sono la forza fisica e le minacce nei confronti della vittima; questo perché la violenza può essere avviata in maniera passivo aggressiva come nel caso in cui l'autore dell'atto utilizzi la propria età, fisicità o status sociale per manipolare la vittima.

VIOLENZA PSICOLOGICA

Nella violenza psicologica rientrano tutti gli atteggiamenti e condotte dell'abusante, volte a sopraffare la vittima, ne pregiudicano l'autostima ed il senso di autoefficacia, dominando la sua quotidianità e generando paura e sensi colpa nella donna che, di conseguenza, è portata a limitare i propri atteggiamenti e comportamenti; esse comprendono: insultare la donna, umiliarla in pubblico e in privato (“stai zitta, quando parlo tu non devi fiatare”); danneggiare i suoi effetti personali; disprezzare il suo fisico o ciò che fa e dice (“ma non lo vedi quanto sei brutta?”, “dici solo stupidaggini, perché non stai zitta, ti stai rendendo ridicola da sola”); negare i suoi sentimenti; rifiutarsi di parlarle, anche per lunghi periodi, trattandola come se fosse invisibile; colpevolizzarla, farla sentire inadeguata, facendo leva su situazioni, problemi e/o difficoltà oggettive della donna (“Era stata una gravidanza voluta da entrambi, ma fu in quel periodo che le cose cominciarono ad andare sempre peggio, soprattutto quando comincio a vedersi la pancia. [...] Più di una volta mi fece notare che stavo diventando come una vacca”¹). L'uomo reputa la donna una sua proprietà, da plasmare secondo i propri gusti; la isola, limitando i suoi rapporti con persone ed ambienti al di fuori della coppia, compresi famiglia e colleghi; controlla i suoi spostamenti e pretende spiegazioni su cosa fa o dove va, specialmente quando non in sua presenza; attribuisce alla donna responsabilità di avvenimenti, stati d'animo ed azioni anche non direttamente riconducibili a lei, comprese sofferenze e problemi propri e/o dei figli; accuse e attribuzioni di colpa rispetto a ciò che lui fa (“è colpa tua se reagisco così”, “se tu fossi diversa questo non accadrebbe”); non consente alla donna di prendere decisioni che riguardano la propria sfera personale; minaccia la sua integrità e/o quella di conoscenti o familiari qualora lei manifestasse la volontà di interrompere la relazione.

VIOLENZA ECONOMICA

Si parla di violenza economica quando ci si trova di fronte ad una forma di controllo e privazione volta ad evitare che la donna possa contribuire al bilancio della coppia (o familiare) e/o rendersi autonoma economicamente e, di conseguenza, non debba più aver bisogno dell'uomo per vivere. Come quella psicologica è, a volte, difficilmente identificabile poiché, soprattutto nelle manifestazioni più lievi, è spesso considerata una forma “normale” di comportamento: è socialmente accettato che la gestione delle risorse

finanziarie familiari e/o della coppia spetti all'uomo, anche nella nostra avanzatissima, per altri aspetti, società occidentale.

Vi ritroviamo:

- l'impedire alla vittima di accedere ai conti bancari/postali della famiglia ma anche, a volte, di accedere al proprio conto personale
- concedere alla donna di fare acquisti ma secondo proprie direttive e controllando spesa e resto una volta a casa;
- impedirle di lavorare;
- non riconoscere l'importanza del lavoro della donna in casa, con minacce di ritorsioni economiche a danno proprio e/o di eventuali figli o familiari;
- imposizione alla donna della sottoscrizione di un mutuo o di un finanziamento o di fare da prestanome alle attività del marito, senza una spiegazione esaustiva.

Il denaro viene utilizzato come strumento per tenere la donna ancorata alla relazione, con la conseguente paura, da parte di lei, di cadere in povertà o perdere lo status sociale. È necessario tener presente due elementi importanti quando si parla di violenza economica di genere: il primo è che spesso coinvolge non solo la moglie/compagna/fidanzata ma anche la figlia femmina o altre persone di sesso femminile all'interno del nucleo familiare, considerate, in quanto appartenenti al genere femminile, persone di “serie B” (con la scusante del risparmio, l'abusante, ad esempio, impedisce di utilizzare beni di prima necessità, come acqua calda, solo alle persone di sesso femminile). Il secondo, ma non per rilevanza, aspetto riguarda il fatto che molte volte, questo tipo di violenza non termina con la cessazione del legame, riconosciuto secondo la legge o meno, tra la donna e l'uomo ma continua anche fuori dalle mura domestiche: l'abusante, cioè, ostacola l'indipendenza della donna dal rapporto, per esempio attraverso il mancato versamento dei contributi di mantenimento, a lei e/o ai figli e con il mancato rispetto del diritto di visita; non provvede ai bisogni degli stessi (riprenderli da scuola, accompagnarli alle visite mediche, aiutarli nei compiti quotidiani e di scuola...); non contribuisce a pagare le rate del mutuo contratto insieme; mette in atto strategie per negare opportunità professionali alla donna.

In Italia la violenza economica non è considerata un reato ma è inquadrabile sia dal punto di vista civile che penale; in particolare, in quest'ultimo caso, è riconoscibile:

- nei **maltrattamenti in famiglia**, art. 572 del Codice penale;
- nei casi di **violenza privata**, art. 610 del Codice penale;
- come **privazione parziale o totale delle risorse economiche necessarie per il sostentamento personale e dei figli**, art. 570 del Codice penale. (Bonura, 2021; Erickson, 2021)

STALKING

La legge del 2009 sullo stalking ha colmato un importante vuoto legislativo, regolando gli atti persecutori di cui sono vittime uomini e donne. Per essere definiti come stalking, tali atti devono ripetersi nel tempo e generare nella vittima ansia e timore al punto di condizionarne le abitudini. In virtù delle innovazioni legislative, è stato meglio definito il fenomeno, misurandone la ripetitività, la durata e alcune sue caratteristiche, così come previsto dalla normativa. Si tratta di qualsiasi “continuativo maltrattamento, minaccia o persecuzione di comportamento che: provoca uno stato di ansia e paura nella vittima, o genera all’interno della vittima una paura motivata per la propria sicurezza o per la sicurezza dei familiari, dei familiari o di altri che sono associati alla vittima da una relazione affettiva, o forza la vittima a cambiare le proprie abitudini di vita “.Nel febbraio 2009, l’Italia ha adottato una legge anti-stalking che lo trasforma in un reato penale, punibile con la reclusione da sei mesi a quattro anni (Legge 23 aprile 2009 e codice penale, 612bis). (Istat, Violenza sulle donne)

1.3 CICLO DELLA VIOLENZA

Le dinamiche della violenza domestica implicano modelli comportamentali ripetitivi nelle relazioni, mantenendo il ciclo della violenza. (Figura 1) Di solito, si presenta con un inizio lento e silenzioso senza aggressione fisica, per poi progredire gradualmente verso azioni con maggiore intensità fino a percosse umilianti, così come anche manifestazioni pubbliche di aggressione. Inoltre, può essere aggravato dalla vergogna delle donne nel denunciare la violenza, dalla mancanza di mezzi educativi e di accesso alle informazioni legali e dalla scarsa assistenza e protezione. (Falcke, D., Boeckel, MG & Wagner, A, 2017) (Both, L. M., Favaretto, T. C., & Freitas, L. H. M., 2019). 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, Lenore E., 1979).

A seguito di un’analisi condotta su donne vittime di violenza, la dottoressa Leonor Walker ha evidenziato il ciclo della violenza (1979), scandito da fasi temporali cicliche all’interno di una relazione di coppia in cui viene perpetrata violenza.



Figura 1. Il ciclo della violenza (Forti, E., 2019)

La prima fase, di **tensione**, vede la presenza di comportamenti ostili generalmente di tipo verbale come forme di accuse, intolleranza e attacchi verbali. Tra gli obiettivi di questo comportamento vi è la necessità di esercitare un controllo ossessivo e possessivo della vittima, utilizzando spesso la tecnica della colpevolizzazione della stessa. La donna tenta, così, di controllare la rabbia del partner assecondandolo e sottomettendosi ad esso, spesso con la convinzione che il partner possa cambiare in un futuro.

La seconda fase è rappresentata dall'**esplosione** dove la donna viene aggredita fisicamente, psicologicamente e/o anche sessualmente, rappresentando il momento di massimo pericolo per la donna e i figli, qualora presenti. La donna, grazie alla fase precedente, prova paura e non ha modo di reagire, ogni sua reazione potrebbe portare ad un aumento di violenza da parte del compagno, unica soluzione è restare sottomessa. È in questa fase che, la maggior parte delle donne, si sentono pronte a chiedere aiuto e a denunciare i maltrattamenti rivolgendosi, quindi, ad istituzioni o associazioni di supporto e dedicate al contrasto della violenza.

Infine, la terza fase è rappresentata dalla **richiesta di perdono**: l'uomo comprende gli effetti negativi della violenza perpetrata e teme di perdere la donna, considerata come una preda e di sua proprietà. L'uomo minimizza e giustifica il suo comportamento, promettendo che non succederà mai più. Molto spesso per discolparsi sostiene che è stata lei a provocarlo, oppure è stata colpa dell'alcool o del troppo lavoro. Viene chiesto, quindi, perdono da parte dell'uomo che rassicura la donna di cambiare e di non aggredirla più in futuro. Inizia ad essere premuroso, attento ai bisogni della compagna ed amorevole. La vittima che dopo la violenza è esausta, crede a tutto ciò che gli viene detto convinta che cambiando il suo comportamento possa in seguito prevenire lo scoppio della violenza. Questa, al contrario della precedente, è la fase in cui le donne tendono ad abbandonare il percorso iniziato di uscita dalla violenza ritornando, così, dal maltrattante.

La quarta fase, dopo le scuse, è l'ultima fase definita spesso "**la luna di miele**" in cui l'aggressore si trasforma nell'uomo più dolce e tenero di questo mondo. Questo momento è costellato da fiori, regali e inviti al ristorante e agli occhi della donna sembra davvero pentito pensando che con il suo amore tutto possa tornare come al primo incontro. È sempre l'autore violento che decide l'inizio e la fine di questa ultima fase; i cicli con il

passare del tempo si ripropongono con intensità crescente simulando una spirale. (Luca Damianto, Alice Savoia, 2022)

Utile a fare capire il funzionamento della violenza domestica è “La Ruota del Potere e del Controllo” ripresa dal modello Duluth formulato da Ellen Pence e Michael Paymar operatrici dei centri antiviolenza, essa spiega in modo semplice e diretto come la violenza nelle relazioni di intimità indebolisca la donna, tenda a demolire la sua autostima e la lasci esausta ed insicura su cosa accadrà giorno dopo giorno. (Figura 2)

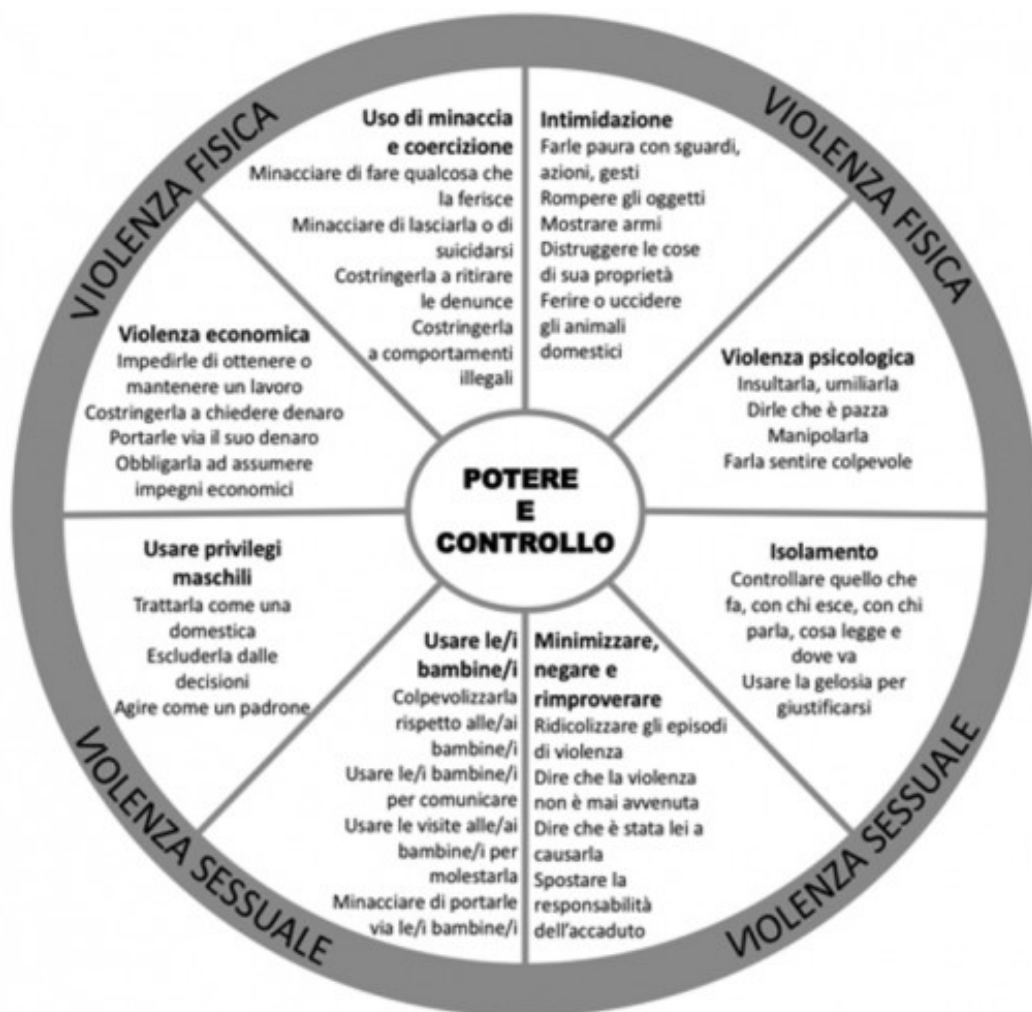


Figura 2. La ruota del potere e del controllo di Pence e Paymar (Forti, E., 2019)

Nei raggi sono descritti tutti i tipi di azioni e comportamenti che assume l'uomo violento per arrivare ad avere il pieno potere e controllo della donna, concetto posto al centro della figura in quanto è assunto come scopo ultimo della violenza. Ha la finalità di visualizzare le diverse manifestazioni della violenza agita dagli uomini all'interno delle relazioni intime. Il vantaggio di questo modello interpretativo è la sua portata globale. Esso, infatti, ha consentito di mostrare che, al di là di peculiarità culturali o legate al caso specifico, le modalità attraverso le quali viene agita la violenza nelle relazioni intime segue una strategia, un modello di comportamento largamente diffuso, riscontrabile, quindi, nella stragrande maggioranza dei casi.

Nel modello la violenza fisica e/o sessuale si sostanzia come episodio finale di una vera e propria "spirale di violenza" ed ha quale finalità quella di costringere la donna a "rimanere" nella relazione. (Forti, E., 2019).

1.4 DATI EPIDEMIOLOGICI NUMERO DELLE VITTIME

Secondo le stime Istat 2019, le vittime sono italiane in altissima percentuale, si parla dell'80,2% dei casi, con colpevoli italiani nel 74% dei casi: nel periodo gennaio 2016-agosto 2019, le vittime di sesso femminile sono aumentate, passando dal 68% del 2016 al 71% del 2019.

Il 31,5% delle 16-70enni (6 milioni 788 mila) ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale: il 20,2% (4 milioni 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% (1 milione 157 mila) le forme più gravi della violenza sessuale come lo stupro (652 mila) e il tentato stupro (746 mila). Ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner il 13,6% delle donne (2 milioni 800 mila), in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner.

Il 24,7% delle donne ha subito almeno una violenza fisica o sessuale da parte di uomini non partner: il 13,2% da estranei e il 13% da persone conosciute. In particolare, il 6,3% da conoscenti, il 3% da amici, il 2,6% da parenti e il 2,5% da colleghi di lavoro.

Le donne subiscono minacce (12,3%), sono spintonate o strattonate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%). Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%). Meno frequenti le forme più gravi come il tentato strangolamento, l'ustione, il soffocamento e la minaccia o l'uso di armi. Tra le donne che hanno subito violenze sessuali, le più diffuse sono le molestie fisiche, cioè l'essere toccate o abbracciate o bacciate contro la propria volontà (15,6%), i rapporti indesiderati vissuti come violenze (4,7%), gli stupri (3%) e i tentati stupri (3,5%). Le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner, parenti o amici. Gli stupri sono stati commessi nel 62,7% dei casi da partner, nel 3,6% da parenti e nel 9,4% da amici. Anche le violenze fisiche (come gli schiaffi, i calci, i pugni e i morsi) sono per la maggior parte opera dei partner o ex. Gli sconosciuti sono autori soprattutto di molestie sessuali (76,8% fra tutte le violenze commesse da sconosciuti).

Le donne straniere hanno subito violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della vita (31,3% e 31,5%). La violenza fisica è più frequente fra le straniere (25,7% contro 19,6%), mentre quella sessuale più tra le italiane (21,5% contro 16,2%). Le straniere sono molto più soggette a stupri e tentati stupri (7,7% contro 5,1%). Le donne moldave (37,3%), rumene (33,9%) e ucraine (33,2%) subiscono più violenze. (Tabella 2)

Tabella 2 Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito nel corso della vita violenza fisica o sessuale da un uomo per tipo di autore, tipo di violenza subita e cittadinanza. Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

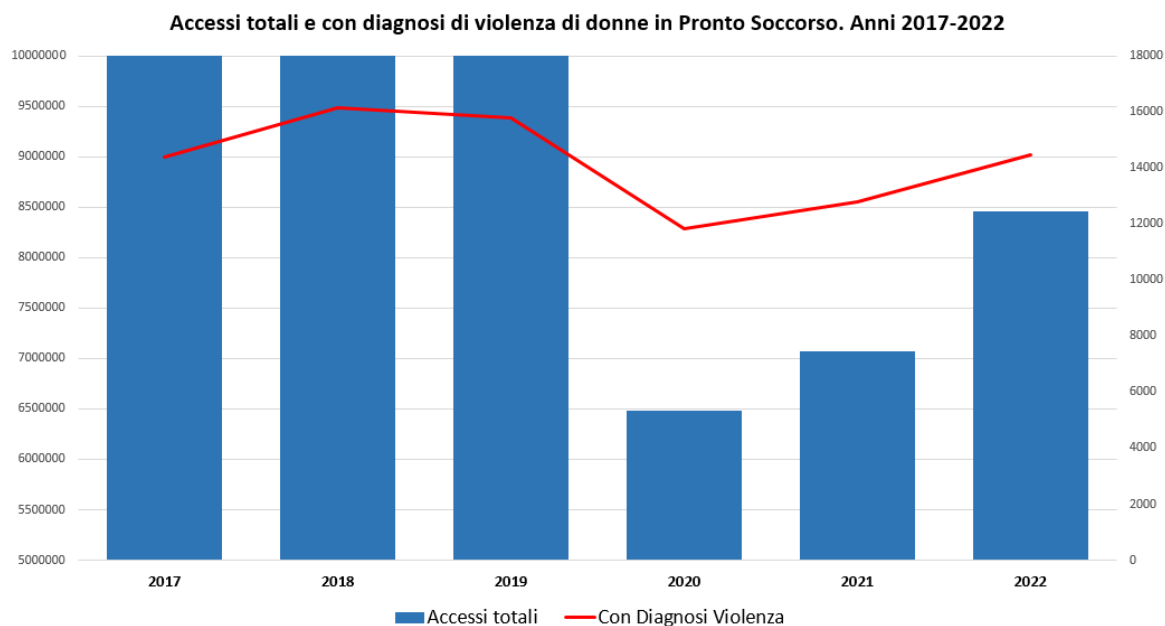
TIPO DI VIOLENZA	Partner attuale o ex (a)			Non partner (b)			Totale (b)		
	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
Violenza fisica o sessuale	12,9	20,4	13,6	25,3	18,2	24,7	31,5	31,3	31,5
Violenza fisica	11,0	18,2	11,6	12,3	12,6	12,4	19,6	25,7	20,2
Violenza sessuale	5,5	9,1	5,8	18,3	9,7	17,5	21,5	16,2	21,0
Stupro o tentato stupro	2,2	4,2	2,4	3,3	4,6	3,4	5,1	7,7	5,4
Stupro	1,8	3,8	2,0	1,1	2,0	1,2	2,8	5,3	3,0
Tentato stupro	1,0	2,1	1,1	2,5	2,9	2,5	3,3	4,6	3,5
(a) per 100 donne con partner attuale o precedente									
(b) per 100 donne dai 16 ai 70 anni									

Secondo i dati enunciati dalla Polizia di Stato il giorno 25 novembre 2019, “Giornata contro la Violenza sulle Donne”, è evidente come nel tempo le vittime di sesso femminile risultino in aumento, passando dal 68% del 2016 al 71% nel 2019. Per fare un esempio, nel mese di marzo 2019, in media, ogni 15 minuti è stata registrata una vittima di violenza di genere di sesso femminile, per cui 88 vittime ogni giorno, ed i luoghi dove avvengono di più le violenze sessuali sono le strade ed i parcheggi pubblici. Il dato più sconcertante descritto dalla Polizia di Stato è che l’82% delle donne che sono state vittime di violenza, l’hanno ricevuta non da chi ha “bussato alla porta” ma “da chi aveva le chiavi di casa”.

1.4.1 ACCESSO DELLE DONNE AL PRONTO SOCCORSO

Nel 2022, sono 14.448 gli accessi delle donne in Pronto Soccorso (PS) con indicazione di violenza rispetto al dato registrato nel 2021 pari a 12.780 accessi. Nel 2022 c’è stato un aumento in termini assoluti del 13% rispetto all’anno precedente. Gli accessi in PS di donne con indicazione di violenza prima della pandemia da Covid-19 variavano da 14.368 nel 2017 a 15.800 nel 2019. Sono diminuiti a 11.826 nel 2020 e risaliti a 12.780 nel 2021. (Grafico 1) (Tavola 1)

Grafico 1. Accessi totali e con diagnosi di violenza di donne in Pronto Soccorso. Anni 2017-2022



Esclusi gli accessi per le regioni Calabria.

Fonte: Ministero della Salute, EMUR (Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza - urgenza)

Tavola 1. Accessi al pronto soccorso (PS) di donne con indicazione di violenza. Anni 2017-2022

ANNI	numero accessi per violenza	incidenza per 10.000 accessi in PS	tasso per 10.000 residenti
2017	14.368	14,1	4,8
2018	16.164	15,8	5,4
2019	15.800	15,3	5,3
2020	11.826	18,5	4,0
2021	12.780	18,4	4,4
2022	14.448	17,4	4,9

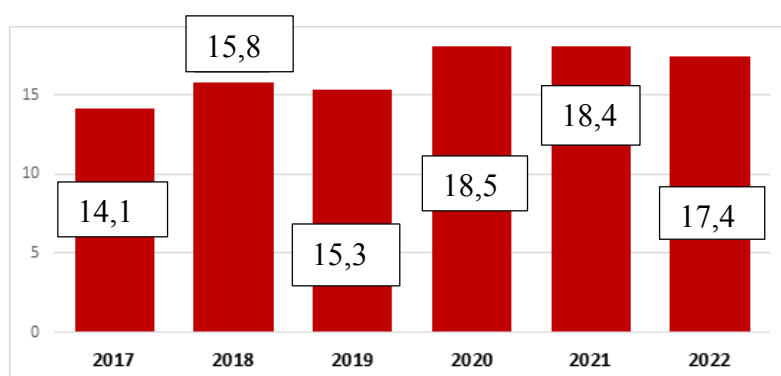
Esclusi gli accessi in PS per la regione Calabria.

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

(valori assoluti, incidenza per 10.000 accessi in PS, tassi per 10.000 residenti)

Analizzando l'andamento negli anni la quota di accessi con indicazione di violenza per 10 mila accessi totali ha continuato ad aumentare passando da 14,1 nel 2017 a 18,4 nel 2021 (Grafico 2). Nel 2022 si è verificata una lieve flessione da 18,4 a 17,4, dovuta non ad una riduzione della violenza ma ad un aumento degli accessi per altre cause. Negli anni la quota di accessi con indicazione di violenza sul totale ha continuato ad aumentare passando da 14,1 per 10 mila accessi totali nel 2017 a 18,4 nel 2021. (Grafico 2)

Grafico 2. Accessi con indicazione di violenza di donne in Pronto Soccorso per 10.000 accessi totali. Anni 2017-2022



Esclusi gli accessi per le regioni Calabria e Campania.

Fonte: Ministero della Salute, EMUR (Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza - urgenza)

Nel 2022, si sono registrati 4,9 accessi in PS di donne con indicazione di violenza per 10.000 residenti. Le giovani donne di 18-34 anni sono state le più colpite (9,7 per 10.000), seguite dalle donne adulte di 35-49 anni (8,1 per 10.000).

Per le donne di età inferiore a 18 anni, le diagnosi che vengono riportate più frequentemente negli accessi al PS con indicazione di violenza, sono relative ad abuso sessuale su minore, abuso di minore non specificato, osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza.

Per le donne di età maggiore o uguale a 18 anni le diagnosi che vengono riportate più frequentemente negli accessi al PS con indicazione di violenza, sono relative al maltrattamento di adulto, non specificato, all'anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica e all'abuso sessuale di adulto e alla sindrome dell'adulto maltrattato. (Istituto Nazionale di Statistica [ISTAT], 2023)

In termini di incidenza, si osservano forti differenze tra italiane e straniere: tra le donne straniere sono 37,3 gli accessi al PS per violenza ogni 10.000 accessi totali, a fronte di 16,1 tra le italiane. I divari si ampliano tra le donne adulte di età 35-49 anni con 51 accessi di donne straniere con indicazione di violenza per 10.000 accessi totali, rispetto a 30,8 per le italiane coetanee. (Tavola 2)

Tavola 2. Accessi al PS di donne con indicazione di violenza per cittadinanza e classe di età. Anni 2020-2022 (% di accessi di straniere, incidenza per 10.000 accessi)

CLASSI DI ETÀ	% di accessi di donne straniere	incidenza per 10.000 accessi totali	
		Italiane	Straniere
0-17	16,2	14,3	20,6
18-34	26,7	26,9	46,0
35-49	24,5	30,8	51,0
50-64	11,8	17,8	23,4
65+	4,1	3,2	6,3
Totale	21,0	16,1	37,3

Esclusi gli accessi per le regioni Calabria e Campania.

Fonte: Ministero della Salute, EMUR (Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza - urgenza)

Nel triennio considerato 2020-2022, gli accessi al PS di donne straniere con indicazione di violenza è molto elevata per le donne con cittadinanza nei paesi dell’Africa occidentale (21,06 accessi per 10.000 donne residenti) e dell’America centro meridionale (21,52), seguite dalle donne dell’Africa settentrionale e di quella orientale (rispettivamente 16,56 e 14,39 accessi per 10.000 donne residenti). In ogni caso il fenomeno risulta generalmente più diffuso tra le donne con cittadinanza straniera rispetto alle italiane, sia nel complesso sia nelle diverse classi di età, inoltre, il tasso risulta più elevato nelle giovani adulte tra i 18 e i 34 anni indipendentemente dalla cittadinanza (Tavola 3)

Tavola 3. Accessi al PS di donne con indicazione di violenza per gruppo di cittadinanze e classe di età. Anni 2020-2022 (tassi per 10.000 residenti)

CLASSI DI ETÀ	Italia	Unione europea (esclusa Italia)	Europa centro orientale	Altri paesi europei	Africa settentrionale	Africa occidentale	Africa orientale	Africa centro meridionale	Asia occidentale	Asia centro meridionale	Asia orientale	America settentrionale	America centro meridionale
0-17	3,31	3,91	3,58	21,40	4,94	7,18	3,20	...	8,19	3,81	0,99	24,14	13,10
18-34	7,85	11,75	13,94	23,28	27,95	39,92	25,79	22,27	10,67	14,44	5,33	45,52	37,50
35-49	6,61	9,69	13,19	11,00	24,74	18,83	14,39	...	7,38	8,92	4,61	18,44	23,75
50-64	3,29	4,02	4,32	2,31	12,09	12,48	10,68	...	3,36	2,95	2,24	6,49	9,57
65+	0,97	2,16	0,97	...	2,84	*	...	*	2,10	...	1,83
Totale	3,97	7,46	8,48	7,81	16,56	21,06	14,39	11,35	7,08	8,20	3,44	17,91	21,52

Esclusi gli accessi per le regioni Calabria e Campania.

Fonte: Ministero della Salute, EMUR (Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza - urgenza)

1.5 NORMATIVA VIGENTE

Codice Penale (Art 609 bis-ter-quater-quinquies, 612ter, 582, 583 quinquies, 572)

Legge N.66/96 (Legge contro la violenza sessuale)

La legge numero 66 del 15 febbraio 1996 meglio nota come “legge contro la violenza sessuale” comprende:

Art.609-bis (Violenza sessuale)

“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali é punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

- abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
- traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena é diminuita in misura non eccedente i due terzi”.

Art. 609-ter (Circostanze aggravanti)

“La pena é della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all’articolo 609bis sono commessi:

- nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
- con l’uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
- da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
- su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
- nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l’ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.

La pena é della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto é commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci”.

Art. 609-quarter (Atti sessuali con minorenne)

Art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)

Art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)

Art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)

Art. 612-bis (Atti persecutori)

Art 612-ter (Diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti)

Art. 582 c.p. (Lesione personale)

“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa”.

Art. 583 quinquies (Deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso)

“Chiunque cagiona ad alcuno lesione personale dalla quale derivano la deformazione o lo sfregio permanente del viso è punito con la reclusione da otto a quattordici anni.”

Art. 572 c.p. (Maltrattamenti contro familiari o conviventi)

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni. (La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici.) Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni”. (Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, 1996)

Legge 172/2012 (ratifica ed esecuzione della convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale)

Legge 28 agosto 2015 n.208 (istituzione nelle aziende sanitarie e ospedaliere percorso di tutela vittime di violenza (violenza sessuale, maltrattamenti, atti persecutori) e definizione linee guida.

DPCM 24/11/17 (Linee guida nazionali in materia di soccorso ed assistenza socio-sanitaria per donne vittime di violenza recepite da aziende sanitarie e ospedaliere che hanno un PS)

Sono definite a livello nazionale le Linee guida di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza con la denominazione di “PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA”.

Le presenti Linee guida nazionali saranno recepite dalle Aziende sanitarie e dalle Aziende ospedaliere che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti, compatibilmente con le risorse disponibili stanziare per il Fondo Sanitario Nazionale.

Obiettivo delle Linee guida nazionali è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Il Percorso per le donne che subiscono violenza, di seguito delineato, dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.

Destinatario del Percorso per le donne che subiscono violenza sono le donne (con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni come previsto dall'art. 3 lettera f, della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza. Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni.

Le Linee guida nazionali si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio-sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che a diverso titolo operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne, come di seguito individuati:

- Servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ospedalieri e territoriali;
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri antiviolenza e Case rifugio;
- Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali;
- Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni;
- Tribunale (civile-penale-per i Minorenni);
- Enti territoriali (Regioni - Province - Città metropolitane - Comuni).

(Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, 2017)

LEGGE 19 luglio 2019, n. 69 CODICE ROSSO (modifiche del CP, al CPP ed altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere).
(19G00076)

Dlgs 134/2021 e Dlgs 10 ottobre 2022, n. 150. (Riforma Cartabia: nuove tutele nei procedimenti familiari in cui si allega violenza domestica o di genere per assicurarsi misure di salvaguardia, protezione e tempi più celeri).

Legge 24 novembre 2023 n. 168 “Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica”.

(Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana)

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione narrativa è quella di evidenziare il percorso delle vittime di violenza che si recano in Pronto Soccorso:

1. individuare gli aspetti e le fasi che caratterizzano la violenza di genere e le conseguenze che ha sulle donne;
2. comprendere il ruolo e gli interventi dell'infermiere nel percorso dell'assistenza infermieristica delle donne che subiscono violenza, dalla fase acuta alla dimissione;
3. identificare risorse e limiti che potrebbero presentare gli infermieri nella presa in carico delle donne vittime di violenza.

3. MATERIALI E METODI

Il disegno di studio del presente elaborato è una revisione narrativa della letteratura. Per la redazione dell'elaborato di tesi sono state ricercate le migliori evidenze scientifiche mediante motore di ricerca.: PubMed, Google Scholar, MedLine, Cinah.

Al fine di rendere esaustiva la ricerca sono stati reperiti articoli su Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e Ministero della Salute.

Il quesito clinico è stato sviluppato seguendo la metodologia PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) come illustrato nella seguente tabella.

P	PAZIENTE/PROBLEMA	Donne che subiscono violenza di genere e si recano al pronto soccorso
I	INTERVENTO INFERMIERISTICO	Strategie che vengono adottate dal personale infermieristico al pronto soccorso per riconoscere la violenza di genere
C	CONFRONTO	
O	OUTCOME/ PROBLEMATICIA	Miglioramento della qualità assistenziale fornita alla donna che subisce violenza di genere

Keyword: "Domestic violence", "Emergency Room", "Emergency Department", "Screening", "Violence", "Nursing", "Nurse care", "Gender violence"; unite dagli operatori booleani: and, or, not.

Criteri di inclusione: articoli in lingua italiana, inglese, spagnola, a partire dall'anno 2000, Free full text con abstract, Systematic review, Review, Meta- Analysis.

I criteri di esclusione riguardano articoli di una specifica categoria di donne che subiscono violenza in gravidanza, o nel periodo COvid-19 o che riguardassero anche il coinvolgimento dei figli delle vittime.

4. RISULTATI

Gli operatori sanitari sono spesso il primo punto di riferimento per le donne e sono tra i professionisti a cui è più probabile che si affidino per una divulgazione (Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR, 2006; Tarzia L., et al., 2020). Un operatore empatico e ben formato può convalidare le esperienze delle donne e aiutarle ad accedere al sostegno di cui hanno bisogno, spesso mettendole in contatto con servizi specializzati. Gli operatori sanitari sono nella posizione ideale per identificare e fornire assistenza e sostegno alle donne vittime di IPV, collegandole ad altri servizi e contribuendo potenzialmente ad una riduzione della violenza e a migliori risultati per le donne e i loro figli (Aksan HA, Aksu F., 2007; Bullock, 1997; Garcia- Moreno, 2002; García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G, 2015; Kim J, Motsei M, 2002; Short LM, Johnson D, Osattin A, 1998; WHO, 2014). Gli operatori sanitari possono anche svolgere un ruolo centrale nella raccolta e documentazione delle prove necessarie per l'identificazione e l'azione legale contro l'autore della violenza (WHO, 2013a). (Kalra N., 2021)

Le linee guida internazionali suggeriscono agli operatori di porre una domanda diretta sulla presunta violenza, sia nel momento dell'anamnesi, sia nel momento in cui vengono identificati segni e/o sintomi, che facciano pensare alla violenza. Porre la domanda in modo diretto è un punto fondamentale, che mette in difficoltà il personale sanitario, perché temono che le donne si sentano disturbate oppure offese. Dopo aver eseguito le procedure necessarie, offerto il supporto e garantito la sicurezza alla paziente è importante il lavoro di rete. È essenziale che venga spiegato alla donna le informazioni e il materiale sui servizi specifici sul territorio per elaborare un percorso che le permetta di uscire dalla violenza. Bisogna essere in grado di fornire i numeri di telefono delle associazioni che si occupano di aiuto e sostegno alle vittime con orari di lavoro e i numeri di emergenza. (Romito, P., & Melato, M., 2013).

4.1 LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' SULLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Le nuove direttive pubblicate dall'OMS hanno, tra i molti obiettivi, quello di far fronte all'inesperienza dei clinici nell'assistenza di vittime di abusi sessuali. Queste infatti, mettono in rilievo l'importanza della posizione del personale sanitario nell'intercettare e rispondere alla domanda di salute psicosociale della vittima di violenza. Non si tratta quindi solo di assicurare un'assistenza corretta dal punto di vista clinico, ma di garantirle quel supporto emotivo e psicologico necessario a determinare una relazione di fiducia e di ascolto, una premessa importante per fare il primo passo verso l'ammissione della propria situazione di vittima di abuso.

Le raccomandazioni delle linee guida trattano i seguenti argomenti:

1. Modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza: garantire confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, fornire informazioni e supporto sociale. Lo staff clinico deve essere preparato a porre domande sull'abuso.
2. L'identificazione e l'assistenza per le donne sopravvissute alla violenza: viene sconsigliato rivolgere delle domande focalizzate sulla violenza in tutte le occasioni d'incontro della donna con i servizi per qualsiasi necessità. Sarà invece necessario indagare con discrezione quando la donna chiede assistenza per una condizione determinata dall'abuso, che mostri segni e sintomi che possano essere messi in relazione con una violenza, oppure in condizioni di particolare vulnerabilità come: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, malattie infettive, gravidanza.
3. L'assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale: assistenza immediata, contraccezione di emergenza entro 5 giorni dall'evento o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, attuazione della profilassi dell'infezione da HIV entro 72 ore dall'evento e per altre infezioni a trasmissione sessuale, interventi psicologici se necessario prolungati nel tempo. Sarà importante utilizzare procedure/protocolli standard, attivare percorsi e risorse

specifiche e un sistema di servizi a cui la donna può far riferimento in caso di necessità. Mantenere la riservatezza.

4. Formazione degli operatori sanitari sulla violenza domestica e sessuale: è fortemente raccomandato che questa avvenga sia in fase pre- e post-qualificazione del personale medico, infermieristico e ostetrico. La formazione deve essere multidisciplinare e deve trattare: l'identificazione della violenza, procedure di primo intervento, la valutazione della sicurezza della vittima, la pianificazione della protezione di essa, comunicazione con la vittima e competenze: clinico-assistenziali, psicologico-relazionali, legali e forensi, documentazione dei fatti e offerta di percorsi assistenziali in strutture esterne a quelle sanitarie.
5. L'organizzazione dei servizi di supporto alle vittime di violenza: è raccomandata integrazione del tema nei servizi già esistenti puntando ad una differenziazione dei livelli di assistenza e supporto a seconda del bisogno, dando priorità alle cure primarie.
6. Informazione all'Autorità giudiziaria: viene sconsigliata la denuncia alle autorità contro il volere della donna anche se sarà necessario tentare di convincerla a fare questo passo. Sarà invece obbligatorio rivolgersi alle autorità se la violenza riguarda minori e se ci siano condizioni che possano mettere in pericolo la vita della donna. (WHO, 2013d Linee Guida)

4.2 CODICE ROSA

Il Percorso per le donne che subiscono violenza viene formalmente istituito con il DPCM del 24 novembre 2017. Lo scopo del Percorso è quello di accogliere le donne vittime di violenza di genere (anche se minori di 18 anni e indipendentemente dalla loro nazionalità) ed eventualmente i figli minorenni a seguito, garantendo un trattamento più delicato e riservato e indirizzarle, previo consenso, verso i servizi territoriali competenti che possano delineare insieme a loro un percorso di fuoriuscita dalla violenza. A monte di queste disposizioni c'è la consapevolezza che le donne che hanno subito violenze sessuali o domestiche si sentano violate nella loro sfera più intima ed è quindi necessario garantire la massima privacy per evitare una seconda vittimizzazione e per restituire quella integrità (fisica e/o mentale) che si è corrotta a causa delle violenze sopportate (Filo Rosa Auser, 2020). Questo Percorso è riservato anche a uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali, senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza. Il simbolo è una rosa bianca che rappresenta tutte le vittime di violenza. (D'Oro S, Rivitti G., 2014)

Il Percorso, conosciuto con il nome di **Codice Rosa**, all'arrivo in sede di triage di una (o un) paziente che riferisca di aver subito violenza sessuale verranno applicati il codice colore ordinario (arancione o rosso) in base alla gravità clinica del caso più un codice aggiuntivo, denominato "codice rosa", che qualifichi la persona come possibile vittima di abusi sessuali, in modo tale da assicurarle in maniera tempestiva e con la dovuta riservatezza l'accesso al percorso dedicato, poiché di fatto è un codice (arancione o rosso) in base alla gravità clinica del caso, ha inizio nel momento del triage. (Filo Rosa Auser, 2020)

Il Codice Rosa in Italia la prima sperimentazione è rappresentata nel 2010 dall'Azienda USL9 di Grosseto come progetto pilota con finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le diverse istituzioni e competenze per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto Soccorso. Nel 2011 diventa progetto regionale, con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze. Nel gennaio 2014 viene completata la diffusione a livello regionale con un'estensione della sperimentazione a tutte le aziende sanitarie che si trovano in Toscana. Infine, nel 2016 è stata costituita la Rete regionale Codice Rosa

che si occupa degli interventi a favore di adulti e minori vittime di violenze e/o abusi (Regione Toscana, 2021).

I Codice Rosa dalla provincia di Grosseto è diventato uno strumento per tutto il sistema sanitario nazionale, dal 2018 è legge dello Stato, una legge che dà le linee guida sull'argomento alle aziende ospedaliere e sanitarie di tutta Italia.

Secondo i risultati dell'indagine conoscitiva sull'attuazione del percorso di assistenza sociosanitaria, all'interno del pronto soccorso, per le donne vittime di violenza promossa dal Ministero della Salute nel periodo giugno-settembre 2023, in Italia circa l'80% delle strutture sanitarie dotate di Pronto Soccorso hanno attivato il "Percorso per le donne che subiscono violenza". Si stima che il 19% delle vittime che inizia un percorso di uscita dalla violenza lo fa al momento dell'accesso al Pronto Soccorso. (Ministero della Salute, dati ISTAT 2023)

Gli obiettivi della rete prevedono di:

- favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza assicurando efficaci percorsi dedicati;
- coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per fornire una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso;
- dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso con la presa in carico territoriale successiva, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle vittime mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze;
- assicurare omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale. (Regione Toscana, 2021)

Il personale infermieristico accoglie la donna e ricerca ogni segno di violenza, anche non dichiarata, e controlla nei database se ci sono accessi passati per motivi affini. Questo passaggio è importante per definire se la donna è vittima di un abuso occasionale o se ci si trova davanti ad un caso di violenza domestica (Filo Rosa Auser, 2020). Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata. (D'Oro S at. al, 2014)
A meno che le lesioni riportate non siano identificabili con un codice rosso emergenziale,

alla donna verrà attribuito un codice giallo e verrà tempestivamente presa in carico dal personale sanitario (si raccomanda entro 20 minuti dal suo arrivo). Questo sia per evitare un allontanamento volontario della donna che rinuncia alla presa in carico, sia per non sottoporla a situazioni di disagio nelle sale d'attesa. (Filo Rosa Auser, 2020)

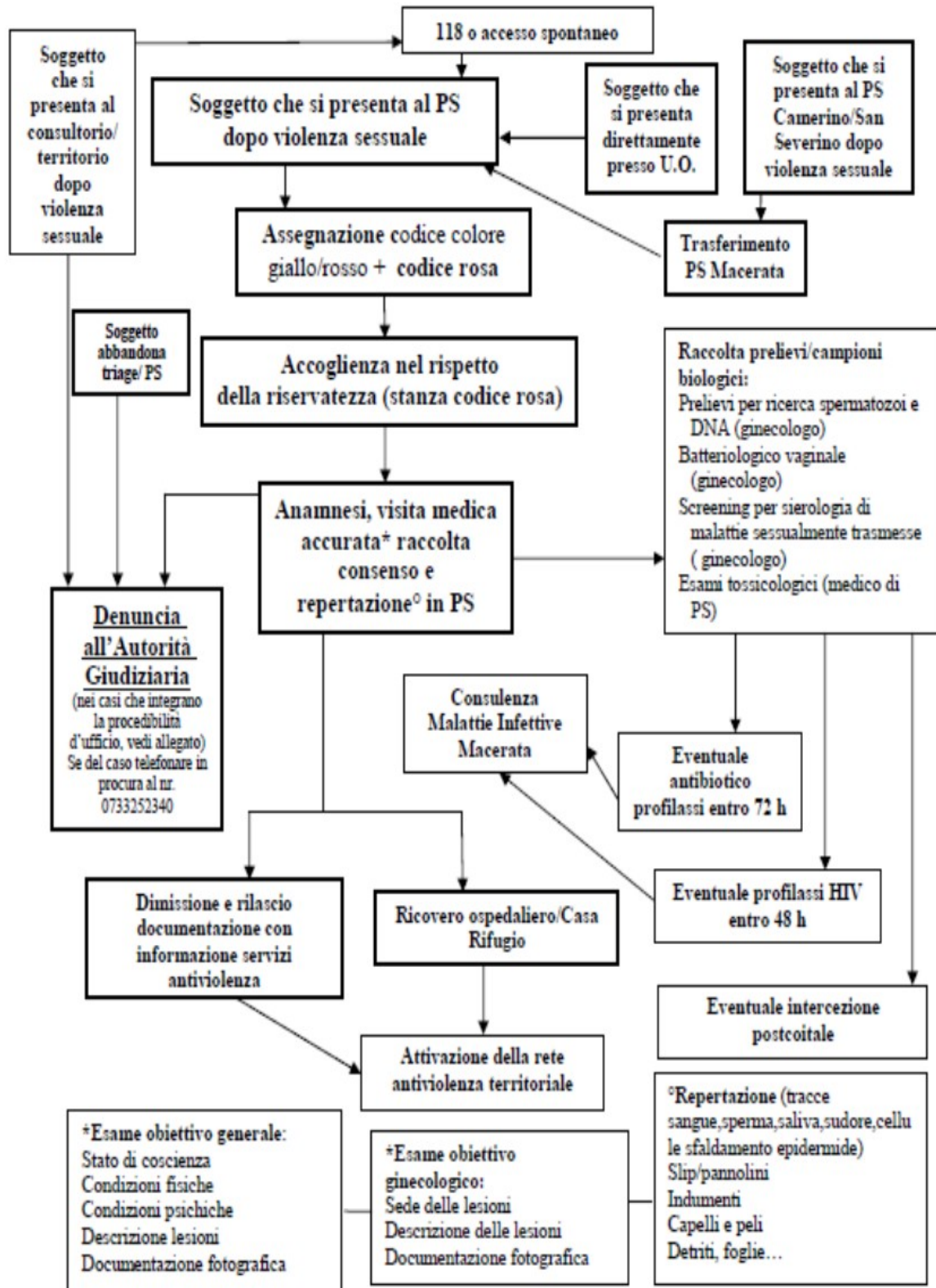
Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario e dalle forze dell'ordine. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, la Stanza Rosa, che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, è una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche (saranno gli specialisti a raggiungere il/la paziente), alla quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della Vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine (D'Oro S at. al, 2014). La donna quindi viene accolta in uno spazio protetto da personale possibilmente femminile e adeguatamente formato, che, nel modo più preciso e dettagliato possibile, raccoglie il materiale necessario per la refertazione e per una eventuale denuncia. In questo frangente, il personale informa la donna dell'esistenza dei centri antiviolenza e dei suoi diritti, prendendo informazioni circa la presenza di figli minori. Inoltre, si dispone che questo sia l'unico luogo in cui il personale sanitario procede alla visita e all'ascolto della donna, per non doverla obbligare a spostarsi tra i vari ambulatori e reparti della struttura ospedaliera.

Le Linee guida del Codice Rosa riportano anche una serie di disposizioni in merito alla formazione del personale socio-sanitario e delle forze dell'ordine, nonché un insieme di allegati in cui vengono specificate le modalità di ascolto della vittima, prelievo, refertazione, profilassi e somministrazione di terapie farmacologiche, sempre ovviamente previo consenso informato della donna. Infine, il personale infermieristico le sottopone un questionario per la valutazione del rischio di recidiva, attivando, se la donna lo consente, i Centri Antiviolenza territorialmente competenti e, se necessario, disponendo un ricovero in osservazione. (Filo Rosa Auser, 2020)

La stessa AST Macerata ha ottemperato a quanto previsto dalla legge, la finalità di garantire a chi ha subito un atto di violenza sessuale e/o maltrattamento il diritto di trovare immediato soccorso in un luogo adatto, luogo in cui operatori sanitari competenti sappiano accogliere ed ascoltare il paziente ed adottare comportamenti idonei ad assicurare l'assistenza sanitaria necessaria e la raccolta delle prove del presunto reato.

(Diagramma di flusso 1)

Diagramma di flusso 1. Codice rosa AST Macerata rev.1 20/05/2023 (violenza sessuale nell'adulto)



Obiettivi specifici:

- Offrire la migliore accoglienza possibile alle vittime di violenza predisponendo un percorso specifico che garantisca la necessaria riservatezza, disponibilità di ascolto e competenza.
- Facilitare e standardizzare le procedure di raccolta delle prove e dei rilievi necessari al fine di assicurare valenza probatoria delle fonti di prova, specie se accertamenti irripetibili.
- Assicurare il rispetto della catena di custodia delle prove.
- Garantire l'ottemperanza degli obblighi di informativa all'Autorità Giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

4.3 CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE DELLA DONNA

L'IPV colpisce la salute fisica e mentale delle donne attraverso percorsi diretti, come lesioni, e percorsi indiretti, come problemi di salute cronici derivanti da stress prolungato. Una storia di violenza è quindi un fattore di rischio per molte malattie e condizioni (Heise L. et al., 2002). La ricerca attuale suggerisce che l'influenza degli abusi può persistere molto tempo dopo che la violenza è cessata. Più grave è l'abuso, maggiore è il suo impatto sulla salute fisica e mentale della donna, e l'impatto nel tempo di diversi tipi e molteplici episodi di abuso sembra essere cumulativo.

Lesioni e salute fisica

Le percosse sono state determinate come un fattore di rischio significativo per una varietà di problemi di salute fisica trattati in ambito ambulatoriale, di assistenza primaria e nei reparti di emergenza. Le lesioni o le conseguenze di lesioni dovute ad abusi come dolore, ossa rotte, traumi facciali (p. es., mandibole fratturate) e lesioni ai tendini o ai legamenti (C. Feltner, I., et al., 2018). Tuttavia, oltre agli infortuni, e forse molto più comuni, ci sono disturbi che spesso non hanno una causa medica identificabile o sono difficili da diagnosticare. Questi vengono talvolta definiti “disturbi funzionali” o “condizioni legate allo stress” e comprendono la sindrome dell'intestino irritabile/ sintomi gastrointestinali, fibromialgia, varie sindromi dolorose croniche ed esacerbazione dell'asma. Nello studio multinazionale dell'OMS, la prevalenza di lesioni tra le donne che avevano subito abusi fisici da parte del proprio partner variava dal 19% in Etiopia al 55% in Perù. Le donne abusate avevano anche il doppio delle probabilità rispetto alle donne non abusate di denunciare problemi di salute e problemi di salute fisica e mentale, anche se la violenza era avvenuta anni prima. (Garcia-Moreno C et al., 2005)

Salute mentale e suicidio

Le conseguenze degli abusi sulla salute mentale sono significative e spingono le donne a ricorrere ai servizi sanitari con la stessa frequenza con cui lo fanno per problemi di salute fisica. La principale risposta di salute mentale delle donne che subiscono maltrattamenti in una relazione intima continua è la depressione. (L. O'Doherty , et al., 2015). In studi controllati condotti in diversi contesti, è stato riscontrato che le donne maltrattate

presentano costantemente più sintomi depressivi rispetto alle altre donne. (M. Dutton, et al., 2006; S. McManus, et.al., 2022). Nello studio multinazionale dell'OMS, le segnalazioni di disagio emotivo, pensieri suicidi e tentativi di suicidio erano significativamente più elevate tra le donne che avevano mai avuto hanno subito violenza fisica o sessuale rispetto a coloro che non l'hanno avuta. Inoltre, l'IPV è stato collegato anche a: abuso di alcol e droghe; disturbi dell'alimentazione e del sonno; scarsa autostima; disturbo da stress post-traumatico; fumare; autolesionismo; comportamento sessuale non sicuro.

Salute sessuale e riproduttiva

Esistono ormai molti studi sugli abusi nelle donne in gravidanza, con una prevalenza di abusi durante la gravidanza in corso che varia dall'1% al 17% e con una prevalenza di abusi prima della gravidanza (nell'ultimo anno) che varia dal 3% al 9%. (L. O'Doherty , et al., 2015) In termini di esiti della gravidanza, ora ci sono almeno tre studi che hanno documentato un'associazione tra basso peso alla nascita (LBW) e abusi durante la gravidanza, controllando anche altri fattori di rischio. (DevriesKM et al., 2010). Come spiegato da Newberger e colleghi, potrebbe esserci un percorso causale diretto attraverso il trauma addominale e il conseguente danno alla placenta o le contrazioni uterine o la rottura prematura delle membrane. Potrebbero verificarsi anche infezioni, soprattutto legate al sesso forzato, o l'esacerbazione di problemi cronici della madre come l'ipertensione o il diabete dovuti al trauma. Altri esiti deleteri documentati dell'abuso durante la gravidanza includevano un aumento significativo del tasso di aborti spontanei in uno studio, ma non un aumento degli aborti facoltativi (Asling-Monemi K et al. Bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2003)

Omicidi e altri decessi

Studi condotti in diversi paesi hanno rilevato che il 40-70% delle donne vittime di omicidio sono state uccise dal marito o dal fidanzato, spesso nel contesto di una relazione violenta (Shamu S et al., 2011).¹ Inoltre, le prove suggeriscono che l'IPV aumenta il rischio di donne che si suicidano, e può anche aumentare il rischio di contrarre l'HIV, e quindi di morte correlata all'AIDS (Campbell JC et al., 2008;)

Figli di donne maltrattate

Diversi studi hanno stabilito una significativa sovrapposizione tra abusi sui minori e abusi sulle mogli, con stime che vanno dal 40% al 70% dei bambini che entrano nei centri di accoglienza per donne maltrattate e che subiscono essi stessi abusi. (Holt S, et al., 2008) Di solito l'aggressore è colui che picchia la madre, ma la madre può abusare anche dei bambini. Questa doppia traumatizzazione aggrava gli effetti deleteri di ciascuno. Anche i bambini possono essere feriti inavvertitamente, a volte gravemente, in quanto vittime involontarie della violenza domestica. (Shamu S et al. 2011) Le donne maltrattate si preoccupano per i loro figli e spesso cercano di proteggerli e allevarli nonostante difficoltà straordinarie. Le minacce derivanti dalla violenza sono pervasive per molte madri, in particolare quelle appartenenti a gruppi socioeconomici bassi. Si preoccupano della violenza diretta verso i propri figli o verso sé stessi da parte del partner violento, Le donne maltrattate che sono madri si preoccupano di dove rimarrà la famiglia se hanno lasciato la casa a causa delle percosse e di come potranno provvedere ai propri figli. Si preoccupano degli effetti a lungo termine di tutte queste esperienze. (Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009)

4.4 LIMITI E BARRIERE NELLA PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO

Dalla letteratura emerge che le vittime di violenza domestica spesso provano vergogna a rivelare la loro situazione e sono riluttanti nel chiedere aiuto: vi è la paura di essere ridicolizzate e ignorate (Vincente L.M, Viera E.M, 2009). Le donne vittime di maltrattamenti che si presentano in Pronto Soccorso dimostrano una significativa sofferenza fisica ed emotiva. (Loke AY., Wan ML., Hayter M, 2012) (Cremonini V., Menghi D., Mattarozzi K. & Rubbi I., 2017). Nonostante un ampio consenso sul ruolo che gli operatori sanitari possono svolgere nell'affrontare l'IPV, molte barriere possono impedire agli operatori sanitari di identificare e rispondere adeguatamente alle donne che subiscono violenza. La formazione sulla violenza da parte del partner per gli operatori sanitari potrebbe aiutare a superare le barriere legate agli operatori sanitari nella cura delle donne che soffrono di IPV (Aksan et. al, 2007; Wood K, Maforah F, Jewkes R., 1998; Zakar R, Zakar MZ, Kraemer A, 2011). (Kalra N. et al., 2021).

Queste donne risultano scarsamente capaci di narrare in modo coerente e comprensibile l'accaduto e tendono a nascondere molti particolari. L'atteggiamento omertoso è soprattutto legato al timore che eventuali veritiere dichiarazioni portino ad una maggior intrusione dei servizi sanitari e sociali all'interno della propria vita privata, limitandone la privacy (Loke AY et. al, 2012). La prima figura sanitaria che accoglie la donna in Pronto Soccorso è l'infermiere e come tale assume un ruolo chiave nel determinare il comportamento della donna e l'espressione della sua sofferenza (Djikanovic B., Celik H., Simic S., Matejic B., Cucic V, 2010). (Ruth E. Davis, Kenetta E. Harsh, 2001) Tuttavia, nei contesti sanitari, potrebbero non essere in grado di riconoscere o supportare le donne che presentano IPV (McGarry, J., & Nairn, S., 2015). Gli infermieri dovrebbero essenzialmente essere dotati delle conoscenze e della formazione più moderne per classificare le preoccupazioni e gestire i diversi pazienti in modo appropriato. La pratica dell'infermiere richiede esigenze psicologiche e fisiche ogni giorno poiché sono impegnate in diversi compiti. Pertanto, oltre all'esperienza, un infermiere deve avere un insieme completo di competenze in modo che l'assistenza sanitaria per le donne non ne risenta (Ghayath, T. A., Al-Sagobi, A. H., Alansari, A. M., El-Shazly, M., & Kamel, M. I., 2010). (Alshammari KF, McGarry J, Higginbottom GMA, 2018)

Leppäkoski e collaboratori (Leppäkoski T., Paavilainen E., Astedt-Kurki P., 2011) hanno evidenziato che le donne vittime di IPV cercano negli operatori sanitari adibiti all'Emergency Department (ED) non soltanto un'adeguata cura delle lesioni, ma soprattutto un buon sostegno psicologico e un chiaro orientamento sui servizi che possono aiutare le dinamiche del nucleo familiare. I risultati di questo studio trovano conferma nelle ricerche di Reisenhofer e Seibold (Reisenhofer S. et al, 2013) condotte in Australia, in cui si sottolinea che le donne che hanno subito esperienze di IPV hanno bisogno di sostegno empatico più che di trattamenti legati alle lesioni fisiche. Gli infermieri dell'ED, pur mostrando una comprensione nei confronti delle donne vittime di violenza e non giustificando l'IPV, non sanno come aiutare la vittima (Cremonini V., 2017). La letteratura scientifica mostra anche che gli ED non identificano efficacemente le donne vittime di abusi. (D. Houry, K. Feldhaus, S. Nyquist, J. Abbott, P. Pons, 1999; S. McLeer, R. Anwar, S. Herman, K. Macquiling, 1989; R. Spedding, M. McWilliams, B. McNicholl, C. Dearden, 1999). In uno studio su 1.000 donne vittime di abusi, gli operatori sanitari si sono classificati all'ultimo posto tra tutti i gruppi, inclusi i servizi sociali, il clero, i servizi comunitari, le forze dell'ordine e i servizi legali, nel fornire assistenza. (A. Sisley, L. Jacobs, G. Poole, S. Campbell, T. Esposito, 1999) (Ruth E. et al., 2001). L'esperienza di violenza di un operatore sanitario può influenzare la loro capacità di rispondere in modo solidale alle donne che subiscono l'IPV. Uno dei principali ostacoli nel chiedere informazioni sull'IPV è la convinzione degli operatori sanitari che, chiedendo informazioni sull'IPV, entreranno in una situazione personale e complessa che non saranno preparati a gestire, a causa di una formazione inadeguata (Beynon CE., Gutmanis IA., Tutty LM., Wathen CN., MacMillan HL, 2012; Davidson LL, Grisso JA, Garcia-Moreno C, Garcia J, King VJ, Marchant S, 2001; Djikanovic et al., 2010). È stato suggerito che gli operatori sanitari che non dispongono di una formazione adeguata per indagare e rispondere all'IPV possono causare danni; forse incoraggiando le donne a lasciare una relazione violenta senza fornire alle sopravvissute un piano di sicurezza o senza prendere in considerazione il punto di vista della sopravvissuta (Morse DS., Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C., 2012). Risposte come questa possono far sentire le sopravvissute all'IPV impotenti, colpevoli, isolate e a rischio di ulteriore violenza (Djikanovic et al., 2010; Karla N. et al., 2021)

Oltre alle lesioni fisiche mortali (Stöckl H. et al., 2013) e non mortali, che sono il risultato diretto della violenza inflitta, l'IPV che può comportare violenza psicologica e sessuale è stato collegato a un'ampia gamma di esiti negativi per la salute, disturbi o condizioni come problemi sessuali -infezioni trasmesse, HIV, gravidanze indesiderate e non intenzionali e aborti non sicuri, disturbi gastrointestinali e ginecologici, malattie croniche, uso di sostanze nocive, depressione, stress post-traumatico e altri disturbi d'ansia e altre condizioni somatoformi (Campbell, 2002; Coker et al., 2002; WHO, 2013b) (Kalra N. et al., 2021). Gli studi hanno riscontrato che le capacità degli infermieri di riconoscere i segni di violenza sono insufficienti (Korkmaz T., Okanli A, Durmaz H., 2016) o incoerenti (Kıyak S, Akın B., 2010). Il personale sanitario che riceve una formazione sulla violenza contro le donne o che ha una conoscenza sufficiente della violenza è maggiormente in grado di riconoscere i segni di violenza (Akyüz P, Kahyaoğlu H., 2016). Questi risultati mostrano che la formazione relativa alla violenza contro le donne fornita nei programmi infermieristici e ostetrici è insufficiente. (Sis Çelik, A, Aydın A., 2019)

Uno studio di Beynon (Beynon CE, et al, 2012) ha dimostrato che le principali barriere che impediscono ad infermieri e medici di intervenire efficacemente sull'IPV sono la mancanza di tempo, il disagio personale nei confronti della problematica, la mancanza di formazione e l'assenza di strumenti e linee guida, la presenza del partner, l'atteggiamento scarsamente collaborativo della donna e la possibile presenza di barriere culturali o linguistiche (Al-Natour A., Gillespie GL., Felblinger D., Wang LL., 2014). Gli infermieri che lavorano nell'ED, al fine di prestare un soccorso ottimale e approcciarsi al meglio alla donna che ha subito IPV, hanno bisogno di una formazione specifica sul riconoscimento dei segni di violenza fisica, sessuale o psicologica, così come ha sottolineato Gibbons (Gibbons L., 2011). Diversi studi (Svavarsdottir EK, Orlygsdottir B., 2009; Leppakoski T., et al, 2013) hanno infatti evidenziato che i professionisti che hanno la possibilità di seguire linee guida riguardo la gestione della violenza domestica sono in grado di supportare con maggiore efficacia le donne vittime di violenza. Tuttavia, tali linee guida devono essere integrate con una rete organizzativa che favorisca un efficace scambio di informazioni e una forte cooperazione fra gli operatori. (Cremonini V., 2017)

4.5 IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

La formazione e l'istruzione degli operatori sanitari nell'IPV sono un mezzo importante per affrontare molti di questi ostacoli che impediscono ad infermieri e medici di intervenire efficacemente sull'IPV e possono portare a una migliore assistenza e a migliori risultati sanitari per le sopravvissute. Oltre a questi aspetti e dato il costo significativo dell'IPV per la famiglia, la comunità e la società di una donna in generale, la formazione degli operatori sanitari è stata proposta come un intervento economicamente vantaggioso e di risparmio da una prospettiva sociale (Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G., 2012). I programmi di formazione dovrebbero mirare ad aumentare la comprensione e le competenze degli operatori sanitari relative alla fornitura di assistenza alle donne che soffrono di IPV; dovrebbe fornire agli operatori sanitari le conoscenze e le competenze necessarie per indagare e rispondere in modo appropriato alle donne che subiscono l'IPV, garantendo anche la sicurezza e la riservatezza delle sopravvissute. (Garcia-Moreno, 2002; Garcia Moreno, Hegarty K, D'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G., 2015). Le risposte efficaci includono la conoscenza di quando e come porre domande sulla violenza, l'ascolto empatico, la convalida dei sentimenti dei sopravvissuti, le discussioni sulla violenza e la disponibilità dei sopravvissuti al cambiamento, il supporto psicologico di prima linea, l'incoraggiamento di comportamenti che promuovono la sicurezza per i sopravvissuti all'IPV e identificazione e denuncia della violenza, con una migliore documentazione e l'invio delle sopravvissute all'IPV ad agenzie specializzate laddove esistono (Bair-Merritt MH et al., 2014 ; WHO, 2014).

La formazione degli operatori sanitari su come dovrebbero rispondere alle sopravvissute si basa sull'AVDR: **A**sking, **V**alidating, **D**ocumenting and **R**eferral (Gerbert B. et al., 2000). Si elencano i seguenti quattro aspetti della formazione:

- **Chiedere:** chiedere regolarmente ai pazienti informazioni sulla violenza da parte del partner, cosa che dovrebbe essere fatta in un contesto privato, garantendo la riservatezza e utilizzando un tono non giudicante ed empatico;

- Convalida: fornire messaggi di convalida e dichiarazioni compassionevoli che riconoscano che l'IPV è sbagliato, confermando al tempo stesso il valore della donna;
- Documentare: documentare accuratamente segni, sintomi e parole esatte delle informazioni rivelate per iscritto o con fotografie, o entrambi;
- Riferimento: indirizzare le vittime agli assistenti sociali sul posto o ai sostenitori dell'IPV, o ad altre risorse rilevanti all'interno della comunità.

Gli interventi di formazione affrontano le preoccupazioni degli operatori sanitari riguardo alla mancanza di informazioni su come chiedere e su come rispondere dopo l'identificazione, che spesso costituisce un ostacolo alle domande e alle risposte all'IPV (Beynon et al., 2012; Davidson et al., 2001; Djikanovic et al., 2010). Dovrebbero andare oltre l'eliminazione delle barriere e tentare di migliorare le conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti e i comportamenti degli operatori sanitari legati alla cura delle sopravvissute all'IPV (Hegarty K et al, 2020; WHO, 2017). (Vander Watha, Van Wykn, Van Rensburg Ej., 2021)

L'assistere vittime di violenza può influenzare anche le cure che l'infermiere fornisce in quanto, consapevolmente e non, mette in esse strategie di difesa (Vander Watha et al., 2013). L'assistenza a questa tipologia di pazienti così peculiari porta l'infermiere da una parte a sperimentare realizzazione di sé sentendo di fare del bene per la vittima e dall'altra conduce a stress emotivo, che senza il corretto riconoscimento o trattamento porta l'infermiere a sperimentare trauma vicario (Tabor PD, 2011). La formazione, dovrebbe essere accompagnata da un adeguato sostegno psicologico, condotto da professionisti esperti, da sostegno sociale e supervisione che aiuti a creare una rete di supporto per rinforzare soprattutto gli infermieri maggiormente a rischio. Fondamentale è la capacità di creare un clima di lavoro in cui gli infermieri si sentano rispettati e sicuri, in modo tale da riuscire a sostenere l'impatto determinato dall'assistere le vittime di violenza (Beck CT, 2011; Adriaenssens J., Adriaenssens J, De Gucht V., Maes S., 2012). (Felicia Di Loreto, Stefania Ranciati, Roberto Milos, Ivana Maria, 2018)

Infatti, gli interventi di formazione possono influenzare le convinzioni sulla violenza che possono portare a un cambiamento nell'atteggiamento nei confronti dell'IPV, può influenzare le norme soggettive sulla risposta all'IPV e può aumentare la conoscenza e

fornire competenze su come rispondere, modificando così il controllo comportamentale percepito. Pertanto, i cambiamenti nella conoscenza e nell'atteggiamento degli operatori sanitari nei confronti dell'IPV possono influenzare i loro comportamenti/risposte alla divulgazione delle donne, che a loro volta possono influenzare il benessere delle sopravvissute all'IPV. Essere supportati da un sistema sanitario che fornisce formazione continua agli operatori sanitari e supporto clinico può migliorare la preparazione degli operatori ad affrontare l'IPV (Hegarty et al., 2020; WHO, 2017). (Kalra N. et al., 2021)

4.6 ACCOGLIENZA E APPROCCIO COMUNICATIVO

L'accoglienza è il primo momento in cui si costruisce la relazione tra la vittima e gli operatori del servizio. La caratteristica di questa relazione "di reciprocità" è dal punto di vista della donna il sentirsi accolta, ascoltata, e dal punto di vista degli operatori l'acquisire tutte quelle informazioni necessarie a sviluppare una prima risposta competente sul problema. L'accoglienza costituisce il momento più delicato e complesso: la donna deve percepire che ha trovato il luogo giusto dove raccontare la propria storia, dove è rassicurata sulla sua non responsabilità rispetto all'accaduto (è vittima) e che il suo racconto e la sua esperienza sono ritenuti credibili. Alla donna deve essere garantita la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura, nonché di proseguire i percorsi senza essere incalzati dalla fretta e dall'urgenza. (Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", 2013)

Il colloquio richiede tempo al fine di ascoltare la donna e fornire delle risposte adeguate ai bisogni. È necessario assumere un atteggiamento empatico e non giudicante in modo da mostrare la propria disponibilità a fornire l'assistenza necessaria. Non c'è mai giustificazione alla violenza e bisogna sostenere che la colpa non è stata della vittima e credere quando essa esprime il suo bisogno di sicurezza. (Lettieri, 2018)

Importante è ricordare che l'empatia è centrale e funzionale all'assistenza infermieristica in quanto permette all'infermiere di creare un clima di fiducia, necessario per stabilire la reale percezione dei bisogni del paziente. Alla base di una buona assistenza vi è la relazione di aiuto, questa diventa terapeutica quando contiene uno sforzo di comprensione dell'esperienza vitale della persona, con una partecipazione profonda e sincera in termini di empatia, possibile solo in condizioni di maturità affettiva. (Cortese C., Fedrigotti A., 1985). Il bisogno della donna non è solo quello di essere ascoltata e rassicurata ma anche quello di capire che gli operatori a cui si è affidata sono competenti, non azzardano interpretazioni che possano giustificare la violenza maschile. L'accoglienza richiede un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione a tutto campo dei problemi, ma anche su una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto. La competenza si misura in tutte le fasi, dall'accoglienza, all'attuazione delle procedure diagnostiche sino all'accompagnamento verso altri servizi. Per questo motivo l'accoglienza richiede un tempo lungo e un setting ben "costruito". (Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", 2013)

Le donne vittime di violenza nelle relazioni spesso cercano assistenza sanitaria per condizioni emotive o fisiche correlate, tra cui lesioni. Spesso però non raccontano la violenza per vergogna o paura di essere giudicate o paura del proprio partner. Esistono ad ogni modo alcuni indicatori che fungono da campanello d'allarme e che possono far accrescere il sospetto di una violenza non dichiarata, si tratta ad esempio di:

- problemi di salute emotiva persistenti, come stress, ansia o depressione;
- comportamenti dannosi come l'abuso di alcol o droghe;
- pensieri, piani o atti di autolesionismo o (tentato) suicidio;
- infortuni ripetuti o non ben spiegati;
- infezioni ripetute a trasmissione sessuale;
- gravidanze indesiderate;
- dolore o condizioni cronici inspiegabili: dolore pelvico o problemi sessuali, problemi gastrointestinali, infezioni ai reni o alla vescica, mal di testa;
- ripetute consultazioni sanitarie senza una diagnosi chiara.

Un altro campanello dall'allarme che può far accrescere il sospetto di una violenza è se il partner o il marito di una donna è invadente durante le consultazioni, se lei spesso manca agli appuntamenti con l'assistenza sanitaria propria o dei suoi figli, o se i suoi figli hanno problemi emotivi e comportamentali. (WHO, 2014)

4.6.1 SOSTEGNO DI PRIMA LINEA

Il sostegno di prima linea fornisce assistenza pratica e risponde ai bisogni emotivi, fisici, di sicurezza e di sostegno della donna, senza intromettersi nella sua privacy. Il supporto di prima linea prevede 5 semplici attività (Figura 3). Le lettere nella parola “LIVES” possono ricordare questi 5 compiti che proteggono la vita delle donne:

L isten	Listen closely, with empathy, not judging.
I nquire about needs and concerns	Assess and respond to her needs and concerns – emotional, physical, social and practical.
V alidate	Show that you believe and understand her.
E nhance safety	Discuss how to protect her from further harm.
S upport	Help her connect to services, social support.

Figura 3. “LIVES”, (WHO, 2014)

LISTEN: Ascoltare la donna da vicino, con empatia e senza giudicare.

INQUIRE ABOUT NEEDS AND CONCERNS: Valutare e rispondere ai suoi vari bisogni e preoccupazioni: emotivi, fisici, sociali e pratici

VALIDATE: Dimostrare alla donna che la capisci e le credi. Non è colpevole.

ENHANCE SAFETY: Discutere un piano per proteggersi da ulteriori danni se la violenza dovesse ripresentarsi.

SUPPORT: Sostenere la donna aiutandola a connettersi a informazioni, servizi e supporto sociale. (WHO, 2014)

4.6.2 ASCOLTO ATTIVO

L'ascolto attivo è una tecnica comunicativa fondamentale per aiutare a:

- sentirsi a proprio agio;
- aumentare la fiducia nell'operatore;
- confidare la situazione.

(Michela Lussu, 2018)

L'ascolto è la parte più importante di una buona comunicazione e la base del supporto di prima linea. Lo scopo è dare alla donna la possibilità di dire quello che vuole dire in un luogo sicuro e privato a una persona premurosa che vuole aiutarla. Questo è importante per il suo recupero emotivo. Implica molto più che semplicemente ascoltare le parole della donna. Significa:

- essere consapevole dei sentimenti dietro le sue parole;
- ascoltare sia quello che dice sia quello che non dice;
- prestare attenzione al linguaggio del corpo – sia suo che tuo – comprese le espressioni facciali, il contatto visivo, i gesti;
- sedersi o stare allo stesso livello e abbastanza vicino alla donna da mostrare preoccupazione e attenzione, ma non così vicino da farlo intromettendosi;
- attraverso l'empatia, mostrando comprensione per ciò che sente la donna.

L'ascolto attivo comprende:

- Essere paziente e calmo: non spingere a raccontare la sua storia;
- Far sapere che si sta ascoltando; ad esempio, annuire: non guardare l'orologio e non parlare troppo velocemente, non rispondere al telefono, non guardare il computer e non scrivere;
- Riconoscere come si sente: non giudicare ciò che ha o non ha fatto, o come si sente;
- Lasciare che si racconti la storia a ritmo proprio: non mettere fretta;
- Dare l'opportunità di far dire quello che si vuole: non bisogna dare per scontato sapere cosa è meglio per la vittima;

- Incoraggiarla a continuare a parlare se lo desidera: non interrompere;
- Consentire il silenzio, dare il tempo di pensare: non cercare di finire i suoi pensieri;
- Rimanere concentrati sulla sua esperienza e sull'offrire il suo supporto: non raccontare la storia di qualcun altro e non parlare dei tuoi problemi;
- Riconoscere ciò che vuole e rispettare i suoi desideri: non pensare e non agire come se dovessi risolvere i suoi problemi.

Mentre ascolti la storia della donna, presta particolare attenzione a ciò che dice sui suoi bisogni e preoccupazioni – e ciò che non dice ma lascia intendere con le parole o il linguaggio del corpo. Potrebbe informarti dei suoi bisogni fisici, emotivi o economici, delle sue preoccupazioni per la sicurezza o del sostegno sociale di cui ha bisogno.

Importante per l'operatore sanitario è imparare ad ascoltare con:

- OCCHI: prestare totale attenzione
- ORECCHIE: ascoltare veramente le preoccupazioni della vittima
- CUORE: con cura e rispetto (WHO, 2014)

5. CONCLUSIONI

La violenza contro le donne è un problema clinico e di salute pubblica globale di proporzioni epidemiche. È anche una grave violazione dei diritti umani delle donne. La violenza colpisce la salute e il benessere delle donne e dei loro figli, con ingenti costi sociali ed economici. I suoi esiti negativi sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva condurre le donne vittime di abusi a fare ampio uso delle risorse sanitarie. Il ruolo principale dei sistemi sanitari per le donne, che affrontano gli effetti sulla salute della violenza, è quello di fornire assistenza di supporto. In tali sistemi troviamo diverse figure tra i quali infermieri che svolgono e possono svolgere un ruolo fondamentale e sfaccettato nell'affrontare questo problema, comprendendo un'ampia gamma di responsabilità e opzioni di contributo, soprattutto quando sono spesso i principali punti di contatto per le vittime di violenza di genere. Gli infermieri sono nella posizione ideale per identificare potenziali segnali di abuso, per implementare una comunicazione sensibile ed empatica e per creare un ambiente sicuro e non giudicante in cui le vittime possano sentirsi abbastanza sicure da rivelare i dettagli dell'attacco agli operatori sanitari e ad altre persone che possono aiutare. Questo primo punto di contatto può, se gestito bene, aiutare le donne e le ragazze a procedere verso il recupero, la guarigione e potenzialmente verso una vita indipendente e libera da abusi. In qualità di professionisti in prima linea, gli infermieri sono determinanti nel fornire alle vittime/sopravvissute alla violenza cure essenziali e supporto che comprendano sia la dimensione fisica che quella psicologica dell'assistenza. Una volta soddisfatti i bisogni medici immediati della vittima/sopravvissuta, gli infermieri possono fornire un adeguato supporto emotivo, rassicurazione e protezione, se necessario. Aiutano anche a organizzare ulteriori riferimenti per servizi specializzati come consulenza e assistenza legale. Gli infermieri e le ostetriche possono aiutare le vittime/sopravvissute a ottenere giustizia e potresti chiederti come. Gli autori di questi atti di violenza illegali e sfrenati sono per lo più uomini, ed è fondamentale che siano preservate le prove forensi che collegheranno gli autori ai sistemi di giustizia penale in ogni paese. Gli infermieri devono essere meticolosi nel documentare la catena delle prove e nel garantire la qualità dei campioni di prove che potrebbero identificare gli autori del reato. Una documentazione accurata e completa garantisce che i sopravvissuti ricevano cure adeguate e coerenti ed è indispensabile in potenziali azioni legali e nell'eventuale perseguimento dei responsabili. Oltre al loro

ruolo clinico, gli infermieri, come sostenitori ed educatori, sono nella posizione ideale per aumentare la consapevolezza sulla prevalenza e sulle conseguenze della violenza di genere all'interno degli ambienti sanitari e della comunità più ampia. Questa consapevolezza è fondamentale per incoraggiare i sopravvissuti a cercare l'aiuto di cui hanno bisogno e ridurre la confusione, la paura e lo stigma. I contributi degli operatori sanitari, compresi gli infermieri, allo sviluppo di politiche all'interno delle strutture sanitarie sono importanti, soprattutto quando gli errori nella gestione delle risposte sanitarie alla violenza possono consentire agli autori del reato di camminare liberi e alle vittime di rimanere traumatizzate. I protocolli e le linee guida possono supportare gli operatori sanitari, al fine di conoscere le azioni intraprendere, come il Codice rosa. Ho voluto affrontare questo argomento perché secondo me è molto importante fare informazione soprattutto sui luoghi in cui recarsi in caso si subisca violenza per non far sentire mai queste vittime sole, tra cui anche il Pronto Soccorso. Fondamentale, secondo me, è anche sensibilizzare la popolazione a questo tema per risolvere il problema alla radice, per quanto possibile.

6. BIBLIOGRAFIA

A.R. Yakubovich, H. Stockl, J. Murray, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies *Am J Public Health*, 108 (7) (2018), pp. e1-e11.

Adriaenssens J, De Gucht V., Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(11):1411–1422.

Adriana Corazza, Annalisa Alberti, Anne Destrebecq (2020). Ruolo dell'Infermiere all'interno dei Centri Antiviolenza di Regione Lombardia *Italian Journal of Nursing* N. 33/2020, 27-33.

Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3271–3285.

Aksan HA, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence *BMC Public Health* 2007;7:350.

Akyüz P, Kahyaoğlu S, H. Nurses and midwives' knowledge levels about recognition signs of violence against women. *Int Refereed J Gynaecol Dis Matern Child Health*. 2016; 6:1-15.

Al-Natour A., Gillespie GL., Felblinger D., Wang LL., “Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence”, *Violence Against Women*, vol. 20, n. 12, 2014, pp. 1473-1488.

Alshammari KF, McGarry J, Higginbottom GMA. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nurs Open*. 2018 Mar 12;5(3):237-253.

Asling-Monemi K, La violenza contro le donne aumenta il rischio di mortalità infantile: uno studio casoreferente in Nicaragua. Bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2003, 81(1):10–6).

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone”, Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, “Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta”, 2013.

Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, 2014;46(2):188-94.

Beck CT Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. Arch Psychiatric Nurs, 2011; 25 (1):1-10 doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005.

Beynon CE., Gutmanis IA., Tutty LM., Wathen CN., MacMillan HL., “Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis”, BMJ Public Health, 12, 2012, pag. 473.

Bonura, Che genere di violenza. Conoscere e affrontare la violenza contro le donne Erickson, Trento, 2021, p.47.
Pisano (a cura di) Bere di...vivere Utet
universitaria, Novara, 2021, p.47.

Both, L. M., Favaretto, T. C., & Freitas, L. H. M. (2019). Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interviews. Brain and behavior 9(11).

Bryant, S. A., & Spencer, G. A. (2002). Domestic violence: what do nurse practitioners think?. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners (9), 421–427.

Bullock K. Domestic violence training at an inner-city hospital found helpful. *Journal of Emergency Nursing* 1997;23(4):299-300.

C. Feltner, I. Wallace, N. Berkman, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and vulnerable adult abuse: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force *JAMA* ,320(16)(2018), pp. 1688-1701.

Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002;359(9314):1331-6.

Campbell JC. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2008, 15(4):221–31.

Centers for Disease Control and Prevention Intimate partner violence (2018). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>

Claudia García-Moreno, Kelsey Hegarty, Ana Flavia Lucas d'Oliveira, Jane Koziol-McLain, Manuela Colombini, Gene Feder, *The Lancet*, 2015.

Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23(4):260-8.

Cortese C., Fedrigotti A., *Etica infermieristica*, Ed. Sorbona, Milano, 1985, pp.54-57.

Cremonini Valeria, Menghi Debora, Mattarozzi Katia ed Rubbi Ivan (2017). *Violenza domestica: quali competenze e conoscenze dell'infermiere in emergenza?*. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*.

D'Oro S, Rivitti G., Riflessioni sul tema dello Stalking e della Violenza sulle Donne, 2014.

Davidson LL, Grisso JA, Garcia-Moreno C, Garcia J, King VJ, Marchant S. Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine* 2001;10(10):953-69.

Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P., & Fiebert, M. S. (2012). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse* 3(2), 170-198.

Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G. Cost-effectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: a modelling study based on a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2012;2(3):1-8.

Devries KM et al. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Issues*, 2010, 18(36): 158-70.

Diagramma di flusso Codice Rosa AST Macerata rev.1 20/05/2023 – Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'urgenza - Asur Marche Area Vasta n°3.

Djikanovic B., Celik H., Simic S., Matejic B., Cucic V., "Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement", *Patient Education and Counseling*, vol. 80, n. 1, 2010, pp. 88–93.

Falcke, D., Boeckel, MG e Wagner, A. (2017). Violência coniugale: Mapeamento do fenômeno no Rio Grande do Sul. *Psico*, 48 (2), 120–129.

Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine* 2006;166(1):22-37.

Fehringer, J. A., & Hindin, M. J. (2014). "I Get Angry If He's Always Drinking and We Have No Money": Exploring Motivations for Male and Female Perpetrated Intimate Partner Violence in the Philippines. *Health care for women international* 35(4), 476-491.

Felicia Di Loreto, Stefania Ranciati, Roberto Milos, Ivana Maria, "Le ripercussioni sulla vita dell'infermiere nel prendersi cura delle vittime di violenza: una revisione della letteratura". *Scenario*, 2018; 35 (2): 13-21.

Filo Rosa Auser (2020). Codice rosa. <https://filorosaauser.co/2020/12/21/codice-rosa/>

Forti, E. (2019). Una sfida caleidoscopica: l'importanza di un approccio multifocale nella trattazione dei casi di violenza di genere. *Diritto penale e uomo*. https://dirittopenaleuomo.org/wp-content/uploads/2019/09/Forti_articolo-DPU-1.pdf

Gagan, M. (1998). Correlates of nurse practitioners' diagnostic and intervention performance for domestic violence. *Western Journal of Nursing Research* 20(5), 536-554.

García-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359(9316):1509-14.

Garcia-Moreno C et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial findings on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. (2015). Violence against women and girls 2: The health-systems response to violence against women. *The Lancet* 385 (9977):1567-79.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (1996, 15 febbraio), n. 66. Norme contro la violenza sessuale. (GU Serie Generale n. 42 del 20-02-1996) note: Entrata in vigore della legge: 6/3/1996.

Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, (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.

Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, et al. Simplifying physicians' response to domestic violence. *Western Journal of Medicine* 2000;172(5):329-31.

Ghayath, T. A. , Al-Sagobi, A. H. , Alansari, A. M. , El-Shazly, M. , & Kamel, M. I. (2010). Knowledge of primary care physicians regarding domestic violence. *Bull Alex Fac Med* 6, 317–326.

Gibbons L., “Dealing with the effects of domestic violence”, *Emergency Nurse*, vol. 19, n. 4, 2011, pp. 12-16.

Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: a qualitative meta-synthesis. *PLOS One* 2020;15(6):e0234067.

Heise L, Garcia Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002: 87-121.

Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and adolescents: a review of the literature. *Child Abuse and Neglect* 2008, 32(8):797–810.

Houry D., K. Feldhaus, S. Nyquist, J. Abbott, P. Pons. Emergency department documentation in cases of intentional assault *Annals of Emergency Medicine* 34 (1999), pp. 715-719

Houry, D., Kaslow, N. J., Kemball, R. S., McNutt, L. A., Cerulli, C., Straus, H., . . . Rhodes, K. V. (2008). Does Screening in the Emergency Department Hurt or Help Victims of Intimate Partner Violence? *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 433-442.e437.

Howarth, E., Feder, G., Howard, L., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2013). Prevalence and physical health impact of domestic violence. Domestic violence and mental health. London: RCPsych Publications, 17.

ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, Accesso alle donne in pronto soccorso (2023).

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *The Cochrane database of systematic reviews* (5)

Kernic, M., Wolf, M., & Holt, V. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health* 90,1416-1420.

Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science & Medicine* 2002;54(8):1243-54.

Kiyak S, Akın B. Knowledge and attitudes of nurses and midwives towards domestic violence against women. *J Res Dev Nurs*.2010;2:5-16.

Korkmaz T, Okanlı A, Durmaz H. Nurses' exposure to violence and their level of knowledge on the signs of violence against women. *Int Refereed J Nurs Res*. 2016;7:1-18

Leppakoski T., Paavilainen E., "Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16, 2013, pp. 2273-2285.

Leppäkoski T., Paavilainen E., Astedt-Kurki P., "Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective", *International Emergency Nursing*, vol. 19, n. 1, 2011, pp. 27-36.

Lettieri, M. (2018). *L'assistenza alla donna vittima di violenza*.

L.O'Doherty, K. Hegarty, J. Ramsay, Screening women for intimate partner violence in healthcare *Cochrane Database System Rev*, 7(2015), pages 1-84.

Loke AY., Wan ML., Hayter M., "The lived experience of women victims of intimate partner violence", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, nn. 15-16, 2012, pp. 2336-2246.

Luca Damianto, Alice Savoia (2021) *Aspetti psicologici della violenza e il ruolo dell'egemonia maschile*. Sigmund Freud University Milan [25 Novembre 2022].

<https://milano-sfu.it/gli-aspetti-psicologici-della-violenza-e-il-ruolo-dellegemonia-maschile/>

M.Dutton,B.Green,S.Kaltman,Intimate partner violence, posttraumatic stress disorder, and adverse health outcomes J Interpers Violence,21(2006),pp. 955-968.

M.E. Dichter, A.T. Kristie, P. Crits-Christoph, et al. Coercive control in intimate partner violence: relationship with women's experience of violence, use of violence, and danger Psychol Violence, 8 (5) (2018), pp. 596-604.

Mary Ellsberg, Diana J Arango, Matthew Morton, Floriza Gennari, Sveinung Kiplesund, Manuel Contreras, Charlotte Watts (2014). Violence against women and girls 1: Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?.The Lancet,385 (9977): 1555–66.

McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: A qualitative study. International Emergency Nursing,23(2), 65–70.

Michela Lussu, “Strategie comunicative relazionali nell'identificazione dei casi di violenza”, 2018.

Ministero della salute – NSIS – Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR-Pronto soccorso) Fonte dati 2022: Analisi ISTAT su dati (2023)

Moorer O. Intimate partner violence vs. domestic violence (2019) <https://ywcaspokane.org/what-is-intimate-partner-domestic-violence/>

Morse DS, Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C. "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2012;25(3):333-42.

National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. Intimate Partner Violence: risk and protective factors. 2, 2021.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence, (2014). Domestic violence and abuse: how social care, health services and those they work with can identify, prevent and reduce domestic violence and abuse. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/ph50>.

Olive, P. (2007). Care of emergency department patients who experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1736-1748.

ONU - Organizzazione delle Nazioni Unite (1993). Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993.

R. Spedding, M. McWilliams, B. McNicholl, C. Dearden. Markers for domestic violence in women. *Journal of Accident and Emergency Medicine* (1999), pp. 400-402.

Regione Toscana (2021). Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime di violenza. <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa#:~:text=Il%20Codice%20Rosa%20nasce%20nel,di%20violenza%20in%20Pronto%20soccorso.>

Reisenhofer S., Seibold C., “Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence”, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16 2013, pp. 2253-2263.

Romito, P., & Melato, M. (2013). *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*. Carocci Editore.

Ruth E. Davis, Kenetta E. Harsh, “Confronting barriers to universal screening for domestic violence”, *Journal of Professional Nursing*, Volume 17, Issue 6, 2001, Pages 313-320.

S. McLeer, R. Anwar, S. Herman, K. Macquilloan. Education is not enough: A systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine* 18 (1989), pp. 651-653.

S.E. Valentine, S.M. Peitzmeier, D.S. King, et al. Disparities in exposure to intimate partner violence among transgender/gender nonconforming and sexual minority primary care patients *LGBT Health*, 4 (2017), pp. 260-267.

S.G. Smith, J. Chen, K.C. Basile, et al. The national intimate partner and sexual violence Survey (NISVS): 2010–2012 state report Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (2017)

S. McManus, S. Walby, E.C. Barvosa, Intimate partner violence, suicide and self-harm: a probability sample survey of the general population in England *Lancet Psychiatry*, 9(7)(2022), pp. 574-583.

Shamu S et al. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*, 2011, 6(3): e17591.

Short LM, Johnson D, Osattin A. Recommended components of health care provider training programs on intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14(4):283-8.

Sis Çelik, A, Aydın A. The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspect Psychiatr Care* 2019; 55: 210-217.

Sisley A., L. Jacobs, G. Poole, S. Campbell, T. Espinoza. Violence in America: A public health crisis-domestic violence. *The Journal of Trauma: Infection, and Critical Care* 46 (1999), pp. 1105-1113.

Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abraham N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013;382(9895):859-65.

Svavarsdottir EK., Orlygsdottir B., "Identifying abuse among women: use of guidelines by nurses and midwives", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, n. 4, 2009, pp. 779-788.

Tabor PD. Vicarious traumatization: concept analysis. *J Forensic Nurs*. 2011;7(4):203-8.

Tarzia L, Bohren M, Cameron J, Garcia-Moreno C, O'Doherty L, Fiolet R, et al. Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ Open* 2020;10(11).

Vander Watha, Van Wykn, Van Rensburg Ej. Emergency nurses' experience caring for survivors of intimate partner violence. J Adv Nurs 2013; 69(10):2242–2252.

Vincente L.M, Viera E.M, “Knowledge about gender violence among medical students and residents”, Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 33, n. 1, 2009, pp. 63-71.

Walker, Lenore E. (1979) *The Battered Woman* New York: Harper and Row.

WHO, World Health Organization Prevention of violence: the evidence. Prevent violence by developing life skills in children and adolescents. Geneva, 2009.

WHO- World Health Organization (2013a) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.

WHO - World Health Organization. Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence Geneva (CH): WHO, 2013b

WHO - World Health Organization, “Stime globali e regionali della violenza contro le donne” (2013c)

WHO- World Health Organization (2013d) - “Risposta alla violenza da parte del partner e alla violenza sessuale contro le donne: linee guida cliniche e politiche dell’OMS“.

WHO - World Health Organization (2014) *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence — A Clinical Handbook* (CH): World Health Organization.

WHO - World Health Organization (2015). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>

WHO - World Health Organization (2017). Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers.

Wood K, Maforah F, Jewkes R. “He forced me to love him”: putting violence on adolescent sexual health agendas. *Social Science & Medicine* 2008;47(2):233-42

Zakar R, Zakar MZ, Kraemer A. Primary health care physicians' response to the victims of spousal violence against women in Pakistan. *Health Care for Women International* 2011;32(9):811–32

RINGRAZIAMENTI

Un Grazie speciale alla mia relatrice Sabrina Carpano non solo per la disponibilità e la professionalità dimostrata, ma soprattutto per la passione e la precisione che ha saputo trasmettermi durante questo percorso. Un ringraziamento speciale anche a tutti gli altri tutor che hanno sempre saputo insegnare teoria e pratica senza mai trascurare il lato umano.

Grazie Mamma per avermi trasmesso la perseveranza e la determinazione e Grazie Papà per avermi insegnato il sacrificio; entrambi siete coloro che hanno creduto in me fin dal giorno zero, facendo sempre il tifo per me prima di qualsiasi esame. So quanto sia stato difficile per voi questa distanza, ma vi sarò per sempre grati per avermi dato la possibilità di rischiare.

Grazie Simona, il regalo più bello che mamma e papà potessero farmi. Grazie per essere stata fonte di ispirazione per me: vederti così cresciuta e determinata in quel che fai mi ha dato la forza di impegnarmi per raggiungere i miei obiettivi e soprattutto grazie per avermi fatto da manichino ogni qualvolta dovevo ripetere; hai subito più manovre infermieristiche tu che un paziente in rianimazione. Non importa cosa ci riserverà il futuro, quando sentirai di vedere un po' il buio ricordati che io sarò sempre il tuo sole.

Grazie Zia Palma e Zio Mirko per essere stati i miei secondi genitori, per avermi accompagnata dal primo momento fino alla fine in questo percorso accogliendomi in casa vostra e prendendovi sempre cura di me. Anche se non ve l'ho mai detto, vi voglio bene.

Grazie Lonia, non una semplice cugina, ma una seconda sorella. Questi sono i ringraziamenti per cui ho trovato più difficoltà, perché noi non abbiamo mai avuto bisogno di ringraziarci o di dimostrarci chissà che; semplicemente ci siamo l'una per l'altra in ogni caso. Grazie per ogni qualvolta sei venuta a salutarmi prima di ogni partenza aspettando il mio ritorno a casa; La tua presenza è stata una luce costante in questo mio cammino.

Grazie a tutta la mia famiglia: ognuno di voi nel vostro piccolo ha contribuito al raggiungimento di questo traguardo facendo sempre il tifo per me. Vi voglio bene.

Grazie a me stessa, alla mia determinazione, ai miei sogni, a tutte le volte che ho creduto di non farcela ma, alla fine, ce l'ho sempre fatta. Ad un nuovo inizio.

Grazie ai miei compagni di corso, Chiara, Neda, Alessio, Alina, Damiano, Giulio, Letizia, Martina, Luca, Oscar, Silvia: avete reso indimenticabile questo lungo e non sempre semplice percorso. Eravamo sconosciuti ma con il tempo siamo diventati una famiglia in grado di remare insieme verso un unico obiettivo. Avrete sempre un posto nel mio cuore.

Grazie al Civico 60: Letizia, Chiara e Martina. Grazie per essere state “Casa”, un posto dove poter piangere, ridere e sentirmi sempre me stessa. Non dimenticherò mai nulla della nostra convivenza dalle tisane sul divano alle pulizie di casa. Vi voglio bene.

Grazie Letizia, per essere stata il sole con cui ho sentito di poter condividere la mia stessa luce; sei arrivata così inaspettatamente quanto inaspettato è stato tutto ciò che incondizionatamente mi hai dato; custodirò sempre tutti i nostri momenti e le nostre risate e tutti quelli che sicuramente avremo in futuro.

Grazie Chiara, noi siamo la dimostrazione che a volte la vita decide di farci incontrare una persona apparentemente diversa da noi, ma tutto sommato più simile di quanto sembri. È stato un anno pieno di cambiamenti per noi, ma sono felice di averlo condiviso e vissuto a pieno con te; non sarebbe mai stato lo stesso senza il tuo aiuto e supporto. Sei Luce.

Grazie Martina, colei con cui ho condiviso ansie e paure prima di questi ultimi esami, hai asciugato letteralmente le mie lacrime e mi hai supportato e sopportato in questi ultimi mesi molto caotici e stressanti. Sapere di trovare te nella mia stessa situazione mi ha alleggerito tanto la pesantezza del momento. Sono ancora più felice però di aver condiviso questo giorno così speciale e indimenticabile con te.

Grazie Francesca, per essere stata come una sorella maggiore prendendoti cura di me e avermi trattata sempre come la piccola di casa dal primo momento in cui abbiamo vissuto insieme fino ad oggi. Grazie per la tua energia, per la tua determinazione, per tutte le serate insieme che si trasformavano letteralmente in un attimo in “Ale, non so che mettermi, non usciamo più” anche se significava buttare via già due ore di preparazione trucco e capelli. Non mi è mai davvero importato perché alla fine ci è sempre solo bastata una serata insieme a casa con McDonald's e Coco per stare bene e non avremmo desiderato di meglio.

Grazie Leonardo, sarebbe riduttivo ringraziarti in così poche righe per tutto il sostegno che mi hai dato in questo periodo, seppur “breve”. Grazie, davvero, per avermi sostenuta, tranquillizzata e incoraggiata; sei sempre stato con me, non mi hai mai lasciata sola nonostante starmi accanto in questo ultimo periodo non fosse così facile. So quanto credi in me, più di quanto io stessa faccia e oggi questo mio traguardo lo dedico anche a te. È stato fondamentale il tuo sostegno.

Grazie Locale DRrogari per essere stati letteralmente la mia seconda famiglia facendomi sentire sempre accolta e amata quando tornando giù avevo il timore di non sentirmi più parte del gruppo. Non potrei chiedere mai degli amici migliori di voi, davvero. Vi amo.

Grazie Mery, l'amica di sempre con la quale ho sempre pensato ci fosse un filo invisibile ad unirci. Nonostante siano cambiate tante cose in questi anni, la nostra

amicizia e il bene che ci lega non è mai cambiato. Gli anni passano, le amicizie cambiano ma noi ci siamo sempre state l'una per l'altra, nonostante gli alti e bassi. Grazie per dimostrarmi ogni giorno che non importa se saremo vicine o lontane, tu ci sarai e io ci sarò. Sono orgogliosa di te.

Grazie Martina, Antonella e Clara per i nostri momenti leggeri, felici e spensierati; mi auguro di vederci sempre così. Abbiamo raggiunto tutte i nostri obiettivi e i nostri desideri: sono fiera di voi e di quello che siete diventate e quello che diventerete un giorno. Grazie di esserci.

Grazie Ludovico, la nostra amicizia è stata come una boccata d'aria fresca. Mi hai insegnato ad essere grata di tutto quello che ho, a vedere la vita con un po' più di positività, una qualità a me sconosciuta e mi hai insegnato che "gli sforzi ripagano sempre", dandomi sempre una motivazione per non distogliere mai lo sguardo dal mio obiettivo. Non è mai mancato un tuo "In bocca al lupo, credo in te", prima di ogni esame, facendomi sentire sempre la tua energia e il tuo supporto.

Grazie Domenico, per la nostra amicizia così pura e sincera. A tutti i nostri momenti di leggerezza e spensieratezza, ma anche a tutti i miei momenti no dove, ho sempre trovato un tuo abbraccio o un tuo semplice conforto. Grazie per la tua presenza assidua e per la tua immensa dolcezza nei miei confronti.

Grazie Savio, una nuova scoperta inaspettata. Ai momenti in cui staccavo da tutto in palestra e c'eri tu a strapparmi un sorriso dandomi fastidio. Grazie per essere semplicemente tu. A noi, sognatori.

Grazie Diletta, per i mille audio di consigli e gossip, per la tua pazienza di ascoltarli tutti e rispondere letteralmente a tutti, per essere sempre stata pronta a pormi una mano ogni qualvolta ne avevo bisogno, per essere così simile a me e capirmi subito al volo, per essere sempre pronta a gioire ad ogni mio successo.

Grazie Camilla, Biagio, Francesca, Ivana, i più bei legami creati al liceo. Ammetto di avere tanta nostalgia di quei momenti così leggeri, dove il problema più grande era occupare i posti più comodi per copiare alle verifiche di latino. Nonostante la distanza e il sentirci molto poco, ho sempre sentito la vostra vicinanza e il vostro sostegno ed oggi seppur si dice che i legami che si creano a scuola difficilmente continuano, noi siamo ancora qui. Spero riusciate a realizzare tutti i vostri desideri.