

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 TIPI DI VIOLENZA E LA CONVENZIONE DI ISTANBUL	2
1.2 L'OMS E LA VIOLENZA SULLE DONNE	5
1.3 IL CODICE ROSSO.....	8
1.4 IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO E LINEE GUIDA NAZIONALI 2018	11
2. MATERIALI E METODI	16
3. RISULTATI	18
3.1 PROTOCOLLO ATTUATO IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE E/O MALTRATTAMENTO	20
3.2 UNITA' DI CRISI PER VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA	28
3.3 PROTOCOLLO ATTUATO IN CASO DI MALTRATTAMENTO DICHIARATO/SOSPETTATO	31
3.4 LA DENUNCIA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.....	36
3.5 IL MODELLO SOSTegno DONNA	37
3.6 L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SOSTegno DONNA	40
3.7 LA RETE E IL FOLLOW UP.....	42
3.8 IL PROGETTO REVAMP	45
3.9 IL TRIAGE E LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI DI PS SECONDO IL MODELLO REVAMP.....	48
3.10 EPIGENETICA DELLA VIOLENZA	57
3.11 L'ISS, PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE	59
3.12 CASO CLINICO	61
4. DISCUSSIONE	63
CONCLUSIONI	69
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	71
RINGRAZIAMENTI	73

1. INTRODUZIONE

“Alle donne voglio dire: voletevi bene, tanto, tantissimo... È questa la chiave, se ti vuoi bene non consenti a nessuno di trattarti come uno straccio.

Dovete credere in voi stesse, sappiate che ogni atto di violenza subita non dipende mai da voi che amate l'uomo sbagliato, ma da lui che lo commette.”

(Lucia Annibali, Avvocata pesarese sfregiata con l'acido da due uomini mandati dal suo ex fidanzato Luca Varani.)

Ho deciso di trattare questo argomento nella mia tesi con l'intenzione di voler affrontare una realtà ormai più che attuale, forse troppo, e quindi di dover illustrare tutto il percorso che una donna vittima di qualsiasi genere di violenza può affrontare dal Pronto Soccorso ad arrivare a percorsi extraospedalieri in grado di indirizzarla ed aiutarla. La violenza sulle donne è ormai un problema sociale conclamato, affermatosi in una cultura che scredita sempre di più la figura della donna, una cultura che la limita e la intralcia nelle sue decisioni e volontà personali. Perché una donna intraprendente deve avere timore di realizzare se stessa? Perché deve aver paura di lasciare il proprio compagno che evidentemente non la supporta nelle sue scelte e continua a sminuire la sua figura? Perché una donna deve avere timore di dire NO? La violenza sulle donne è dilagata a macchia d'olio in tutte le sfere personali di una donna: economica, lavorativa, sociale, familiare; non c'è più rispetto per i suoi diritti fondamentali come la dignità che merita, la libertà, il diritto ad una vita tranquilla.

L'elaborato verte a spiegare da un lato cos'è la violenza di genere ed il percorso che la donna potrà affrontare, dall'altro cosa è la violenza sessuale e tutta la procedura infermieristica che si metterà in atto quando una donna, vittima di tali comportamenti, arriverà in Pronto Soccorso; entrambi gli aspetti, seguendo il Protocollo degli Ospedali Riuniti di Ancona, operando, nel contempo, un confronto tra questa realtà e le altre metodiche e strumenti utilizzati in altri ospedali di Italia, dando uno sguardo anche alla panoramica europea, ai dati statistici riguardo i vari tipi di violenza rilevati in ambito europeo.

La prima figura con cui la vittima di violenza viene a contatto è l'infermiere di Pronto Soccorso, il quale ha il compito di instaurare un rapporto empatico ma allo stesso tempo professionale, cercando di erogare un'assistenza infermieristica a 360 gradi a prescindere se la donna deciderà di denunciare o meno il fatto.

Gli elementi principali sono l'ascolto attivo e la relazione terapeutica, strumenti infermieristici con i quali l'infermiere stesso cerca di sostenere la donna che, molto spesso, è spaventata e impietrita da quanto le è accaduto. Come può la propria casa diventare un luogo di terrore? Come può diventare pericoloso un parcheggio di una stazione o di un semplice locale solamente perché si è lavorato fino a tardi oppure si è andate a passare una serata tra amiche? Nella maggioranza dei casi, le donne arrivano in Pronto Soccorso, incapaci di raccontare ciò che è accaduto; alcune raccontano storie improbabili e fatti del tutto inventati pur di difendere il proprio aggressore, per vergogna, a volte, in tanti casi per amore; talvolta pur se sconvolte, decidono di recarsi in Ospedale perché si tratta di casistiche reiterate nel tempo; altre volte le vittime sono di giovane età e vengono accompagnate dai loro stessi genitori a denunciare l'accaduto. L'obiettivo di questo lavoro è illustrare il percorso che una donna soggetta a violenza può intraprendere in Pronto Soccorso, in totale sicurezza, così incoraggiare tutte le donne vittime di violenze di qualunque tipo a denunciare i fatti ed a seguire un iter dove verranno tutelate ed accompagnate. L'assistenza infermieristica ha come obiettivo principale il far sentire la donna sicura ed ascoltata, senza alcun pregiudizio, collocandola all'interno di un luogo dove non verrà mai lasciata sola, per poi indirizzarla su percorsi extraospedalieri validi ed efficienti, al punto tale da consentirle di ricostruire piano piano la sua identità, riacquistando giorno dopo giorno libertà e dignità.

1.1 TIPI DI VIOLENZA E LA CONVENZIONE DI ISTANBUL

Esistono svariate tipologie di violenza; psicologica, nella quale la donna viene umiliata, isolata dalla propria sfera sociale: si tratta di una vera e propria tattica di controllo sulla vittima; fisica, nella quale la donna viene a volte danneggiata, a volte solamente intimorita, con gesti aggressivi e minatori. La violenza fisica può degenerare sia nella violenza sessuale che nella violenza di genere.

Nel primo caso, in base alla definizione resa dal codice penale italiano, si ha la costrizione, mediante violenza o minaccia, a compiere o subire atti sessuali; ossia qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica. Nel secondo caso, con l'espressione "violenza di genere" si indicano forme di abuso riguardanti un vasto numero di persone discriminate in base al sesso.

Come riconoscerla?

La violenza inizia con minacce, dirette o velate; può degenerare in azioni fisiche a danno della donna e/o di coloro che la circondano. Esistono facili avvisaglie di tutto ciò, molto chiare e significative, veri e propri campanelli d'allarme:

- la donna dimostra paura del partner per la maggior parte del tempo;
- evita di dire o fare qualcosa per paura della reazione del partner;
- si sente sempre sbagliata verso il partner;
- crede di meritare di essere ferita o maltrattata;
- pensa di essere pazza;
- si sente impotente.

Sicuramente esistono segni evidenti che la donna dovrebbe inevitabilmente carpire, per non peggiorare una situazione che spesso può ripetersi a distanza di giorni, con danni irreparabili, fino al femminicidio.

Uno dei documenti più importanti inerenti alla violenza sulle donne è la *“Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne”*, adottata senza voto da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre del 2013.

• Articolo 1: l'espressione “violenza contro le donne” significa ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata.

• Articolo 2: la violenza contro le donne dovrà comprendere, ma non limitarsi a, quanto segue:

a) La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse le percosse, l'abuso sessuale delle bambine nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legata allo sfruttamento;

b) La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene all'interno della comunità nel suo complesso, incluso lo stupro, l'abuso sessuale, la molestia sessuale e l'intimidazione sul posto di lavoro, negli istituti educativi e altrove, il traffico delle donne e la prostituzione forzata;

c) La violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o condotta dallo Stato, ovunque essa accada.

• Articolo 3: le donne hanno il diritto ad un uguale godimento e garanzia di tutti i diritti umani e le libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in ogni altro campo. Questi diritti includono tra l'altro:

- a) il diritto alla vita;
- b) il diritto all'uguaglianza;
- c) il diritto alla libertà e alla sicurezza della persona;
- d) il diritto ad una uguale protezione di fronte alla legge;
- e) il diritto di essere libere da tutte le forme di discriminazione;
- f) il diritto al più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale;
- g) il diritto a condizioni di lavoro giuste e favorevoli;
- h) il diritto a non essere sottoposte a tortura, o ad altri trattamenti o punizioni crudeli, inumane o degradanti.

La Convenzione pone tra i suoi obiettivi quello di "contribuire a eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne" e riconosce infatti che "la violenza contro le donne è una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione" e che "la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini". La Convenzione, oltretutto, auspica l'individuazione di una strategia condivisa per il contrasto della violenza sulle donne e l'adozione di un approccio multidisciplinare e integrato: si riconosce la necessità di azioni coordinate tra tutti gli attori a vario titolo coinvolti nella presa in carico delle vittime, di finanziamenti adeguati per la prevenzione e il contrasto del fenomeno, nonché per il sostegno alle vittime e lo sviluppo dei servizi a loro dedicati.

1.2 L'OMS E LA VIOLENZA SULLE DONNE

Le Linee Guida dell'OMS rappresentano un riferimento basilare per la messa a sistema di un modello che risponda ai complessi bisogni di salute delle donne vittime di violenza. L'obiettivo delle Linee Guida è quello di fornire preziose indicazioni circa le corrette azioni da compiere al fine di rispondere ai molteplici bisogni delle donne vittime di violenza, e di sensibilizzare operatori, decisori politici e istituzionali al problema; rappresentano quindi uno strumento prezioso, specie per i professionisti sanitari, poiché permettono di sviluppare la loro consapevolezza sul fenomeno, incrementando modalità di risposta appropriate all'interno del servizio, avendo in tal modo a disposizione, numerose indicazioni su come agire nei confronti di una vittima di violenza.

La violenza contro le donne, soprattutto quella dei partner e quella sessuale, rappresentano gravi problemi di salute pubblica e violazioni dei diritti umani stessi: anche l'Oms scende in campo contro gli abusi sulle donne.

Stime pubblicate dall'OMS indicano che, in tutto il mondo, 1 donna su 3, ossia il 35% del totale mondiale, è stata soggetta a violenze sessuali o fisica durante la loro vita. In tutto il mondo, quasi un terzo (30%) delle donne riferisce di aver subito una qualche forma di violenza fisica e/o sessuale da parte del loro partner che, nel 38% dei casi, è anche colui che uccide la donna stessa.

Gli studi indicano che nelle emergenze umanitarie la violenza di genere è ormai una realtà onnipresente e devastante: un sondaggio condotto di recente nel Sud del Sudan, ha rilevato che oltre la metà delle donne con l'attuale partner (o precedente) aveva subito violenze fisiche e / o sessuali, mentre quasi un terzo delle donne ha riferito di violenza sessuale da parte di un individuo che non era suo partner.

Gli uomini hanno più probabilità di commettere la violenza se hanno una bassa istruzione, una storia di maltrattamento sui minori, o se in famiglia hanno avuto episodi di violenza in famiglia, o hanno assistito ad un uso dannoso dell'alcol.

Le donne hanno maggiori probabilità di essere soggette a violenza dal partner se hanno scarsa istruzione, esposizione a madri abusate da un partner, abuso durante l'infanzia ed atteggiamenti che accettano violenza; è come se la violenza fosse diventata parte della vita di queste donne, le quali non riconoscono più ciò che è giusto da ciò che è cattivo.

Il trattato “Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne”, dove sono illustrate linee-guida e orientamenti dell’OMS, è stato realizzato al fine di svolgere un’assistenza mirata alle vittime di abusi. Alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza, dovrebbe essere offerto un supporto immediato, che al primo livello include:

- non essere giudicanti, ma fornire aiuto con assistenza di tipo pratico che risponda a ciò che la donna riferisce;
- chiederle di raccontare la sua storia, prestando attento ascolto, ma senza operare pressione affinché parli;
- assisterla col fine di aumentare la sicurezza per sé e per i propri figli, quando necessario;
- qualsiasi intervento deve essere guidato dal principio del “non nuocere”, garantendo un equilibrio tra rischi e benefici, e priorità massima per la sicurezza della donna;
- offrire conforto contribuendo ad alleviare o ridurre l’ansia;
- fornire indicazione di come mettersi in contatto con servizi extraospedalieri e mobilitare il sostegno sociale.

I servizi devono altresì garantire che la consultazione con la donna sia condotta in privato e che rispettata la massima riservatezza, pur informando le donne dei limiti di tale riservatezza (ad esempio quando vi è obbligo di segnalazione.)

La relazione che si instaura necessariamente con il personale infermieristico e sanitario in generale, deve essere di collaborazione e di supporto; bisogna fornire alla donna una serie di informazioni, con l’obiettivo di sviluppare un piano efficace e impostare il raggiungimento di obiettivi realistici, ma sarà comunque sempre la donna a prendere qualsiasi genere di decisione.

L’assistenza diventa più particolareggiata e mirata nelle donne disabili od in stato di gravidanza, perché ovviamente più esposte alla violenza del partner. Alle donne incinte che sono state vittime di violenza, secondo quanto definito dall’OMS, dovrebbe essere offerto un periodo breve-medio di counselling fino a 12 sessioni, oltre ad anche una certa sicurezza personalizzata, erogata da operatori qualificati, laddove i sistemi sanitari siano in grado di supportare un intervento del genere. Mentre le donne con diagnosi di disturbo mentale, preesistente o correlato alla violenza stessa subita, dovrebbero ricevere assistenza nel campo della salute mentale.

In caso di violenza sessuale, l'OMS dichiara che:

- se una donna si presenta dopo il tempo limite di 5 giorni per la contraccezione di emergenza, quest'ultima fallisce e se la donna è incinta a seguito dello stupro, le può essere proposta l'interruzione volontaria di gravidanza, in conformità con le normative nazionali;
- l'aggressione sessuale può essere associata alla trasmissione di HIV: mentre il tasso di trasmissione di HIV è bassa, è difficile stabilirne il rischio ed esistono diverse caratteristiche dell'aggressione. Pertanto, soprattutto in contesti ad alto rischio, forti raccomandazioni suggeriscono la messa a disposizione di una profilassi post-esposizione (PEP) per l'infezione da HIV.

Come ribadito in precedenza, secondo studi condotti dall'OMS circa le conseguenze della violenza, sia fisica che sessuale, tale problematica colpisce un terzo delle donne al mondo. Ciò ha una ripercussione sia a livello fisico che mentale e le conseguenze possono variare da una frattura a gravidanze indesiderate, dai disturbi mentali, ai rapporti sociali danneggiati. Per lo più vengono indicate:

- conseguenze psicologiche e comportamentali: la donna può arrivare all'abuso di alcool e droghe, con insorgenza di ansia e disturbo post-traumatico da stress, con disordini alimentari e del sonno;
- conseguenze fisiche: lesioni addominali, cerebrali e toraciche, fratture, scottature, lacerazioni ed a volte invalidità permanenti per la donna;
- conseguenze croniche: asma e artrite, disturbi cardiovascolari, cancro, diabete, infarto, complicanze e problemi epatici e renali.

Le conseguenze peggiori, in caso di violenza sessuale, sono gravidanze indesiderate, complicanze in gravidanza, aborti, disturbi ginecologici, dolore pelvico cronico, HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili.

E' importante sottolineare il fatto che gli operatori sanitari sono le prime figure professionali con cui le donne entrano in contatto, che forniscono il primo soccorso, accolgono le loro richieste (più o meno esplicite) e favoriscono l'emersione della violenza. Per questo motivo l'OMS ritiene fondamentale la formazione dei professionisti sanitari.

Per accogliere e prendere in carico le vittime di violenza sono necessarie competenze – almeno quelle di base - di tipo psicologico-relazionale, legale, forense, e clinico-assistenziale (Raccomandazioni 30, 31, 32, 33). I programmi formativi rivolti agli operatori sanitari dovrebbero mirare a fornire una preparazione adeguata per identificare ed approcciare le eventuali vittime di violenza, avviando le procedure di primo intervento, ed attivando i servizi e strutture esterni a quelli sanitari.

1.3 IL CODICE ROSSO

Nel luglio del 2019 il Senato della Repubblica ha approvato il disegno di legge a tutela delle donne vittime di violenza domestica e di genere. Lo svolgimento delle indagini sarà più rapido; per quel che riguarda i reati commessi in contesti familiari o nell'ambito di rapporti di convivenza, le pene saranno più severe; e, altresì, sancita l'introduzione di alcune nuove fattispecie di reato come ad esempio il “revenge porn”, sfregi al viso e matrimoni forzati, con aumenti di pena per i reati di violenza sessuale e stalking.

Il termine per denunciare la violenza sessuale subita è stato esteso a 12 mesi, 6 in più rispetto alla norma precedente.

La polizia giudiziaria sarà incaricata di comunicare al PM le notizie di reato relative a maltrattamenti, stalking, violenza sessuale e lesioni aggravate compiute all'interno del nucleo familiare o tra conviventi; la vittima dovrà essere ascoltata nel termine massimo tre giorni dall'iscrizione della notizia di reato. Nel caso venga accertata la violenza, il responsabile potrà essere condannato ad una pena detentiva da tre a sette anni; la stessa potrà essere aumentata fino alla metà se la violenza è avvenuta davanti ad un minore, ad un disabile o ad una donna incinta, o se l'aggressione è armata. Oltre alla introduzione del reato di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (cd. revenge porn), il disegno di legge prevede anche l'introduzione del nuovo delitto di deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso (nuovo art. 583quinqies c.p.): “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.”

Previsti aumenti di pene per chi commette stalking o violenza sessuale di gruppo. Nel primo caso la pena detentiva passa da un minimo di sei mesi e un massimo di cinque anni a un minimo di un anno e un massimo di sei anni e sei mesi.

Mentre nel secondo caso, si passa da sei a 12 anni, mentre prima andava dal minimo di cinque e il massimo di dieci; inoltre, nel caso di atti sessuali con minori di 14 anni ai quali è stato consegnato o anche solo promesso, denaro od altra utilità, la violenza diventa aggravata.

Viene introdotta una nuova fattispecie di reato per chi provoca la deformazione dell'aspetto della vittima, con lesioni permanenti al viso. La pena è la reclusione da otto a quattordici anni, mentre, se lo sfregio causa la morte del danneggiato, la pena è l'ergastolo. Inoltre, per chi viene condannato, è prevista l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio relativo alla tutela, alla curatela ed all'amministrazione di sostegno, ed in più sarà più difficile ottenere benefici come l'assegnazione di lavoro all'esterno, i permessi premio e le misure alternative alla detenzione.

Rischia da uno a sei anni di carcere e la multa fino da 5 a 15 mila euro, chi commette il reato di "Revenge Porn", ovvero chiunque diffonda, consegni, ceda, invii o pubblichi foto o video a contenuto sessuale di una persona senza il consenso della stessa, per vendicarsi dell'ex, dopo la fine della relazione. Prevista la medesima pena per chi riceve immagini hard e le diffonde senza il consenso delle persone rappresentate. La pena è aumentata se il reato è commesso dal partner o da un ex o se il reato è compiuto mediante strumenti informatici e telematici.

E' punito con una pena da uno a cinque anni chi induce un altro a contrarre matrimonio usando violenza, minacce o approfittando di un'inferiorità psico-fisica o per motivi religiosi. Se l'autore del fatto coinvolge un minore la pena aumenta a 2-6 anni ed è aggravata della metà se danneggia un minore di 14 anni.

Il Codice Rosso ha questo nome per accentuare questa "emergenza sociale", a livello internazionale fondamentale è la Convenzione di Istanbul, già precedentemente citata, un intervento di carattere globale che sancisce la rilevanza di questa problematica, sottolineando aspetti significativi: riconoscere la violenza contro le donne come violazione dei diritti umani, riguardando tutte le fasce deboli. La priorità fin ora è sempre stata quella di incidere su chi ha commesso la violenza, con forme punitive e repressive, ma così si rischiava di non tutelare le donne che decidevano di non denunciare e, secondo quanto detto dalle statistiche, in percentuale sono maggiori rispetto alle donne che denunciavano la violenza subita.

Per tamponare questi “vuoti di tutela”, mediante il Codice Rosso, si vuole rafforzare la tempestività dell’azione investigativa e si vuole migliorare la protezione della vittima durante l’accertamento.

La ratio della norma è quindi:

- creare una “corsia preferenziale” a livello penale per coloro che sono vittime di violenza sessuale o di genere;
- incrementare le conoscenze della vittima di violenza, rendendola parte attiva nel procedimento penale,
- irrigidire gli aspetti cautelari;
- neutralizzare la recidiva, intervenendo in ambito penitenziario, ovvero organizzando dei corsi educativi e trattamenti specifici per gli autori delle violenze.

Per riassumere, con il Codice Rosso, sono state apportate 4 principali modifiche al Codice Penale:

- 1) Violazioni delle misure cautelari e divieto di avvicinamento nei luoghi frequentati dalla persona offesa. Per questa violenza si prevede una sanzione penale.
- 2) Costrizione o induzione al matrimonio con violenza o minaccia o in maniera induttiva, approfittando della condizione di vulnerabilità della vittima. La pena è aumentata se la donna è minore di 18 anni.
- 3) “Revenge Porn”, ovvero diffusione illecita di contenuti sessuali via internet per vendetta, assumendo due comportamenti diversi; è punibile sia chi realizza o sottrae le immagini e sia chi riceve le immagini e poi le diffonde per creare nocumento.
- 4) Deformazione della persona mediante lesioni permanenti al viso. Prima era un aggravante del reato di lesioni gravissime, ora diventa un’ipotesi autonoma di reato. Se vi è omicidio mediante questo reato, la pena è l’ergastolo.

Viene inoltre aumentata la pena per reati come stalking e violenza sessuale, ma particolarmente significativo è che colui che è minore di 18 anni e assiste all’atto di violenza, viene considerato come parte offesa: è a tutti gli effetti un riconoscimento normativo della violenza assistita.

Nel caso di condanna per reati sessuali, la sospensione condizionale della pena è subordinata alla partecipazione a percorsi di recupero, organizzati ad hoc da enti o associazioni che si occupano di assistenza psicologica, prevenzione, e recupero di soggetti condannati per reati sessuali. Il Codice Rosso è sicuramente una legge che rappresenta un riscatto morale e personale per tutte quelle donne che sono state soggette a questo genere di violenze e maltrattamenti; sicuramente il protocollo del “Percorso Rosa”, in vigore precedentemente, mirava ad assicurare la massima tutela dei soggetti vittime di violenza attraverso percorsi assistenziali protetti, garantendo la massima celerità di intervento nei confronti degli autori del reato. Il Codice Rosso, fortunatamente, velocizza ancor di più le tempistiche, aumentando le pene e garantendo ancor di più giustizia a tutte quelle donne maltrattate, violentate, sfregiate con l’acido, introducendo delle nuove pene per dei reati che fin ora non erano stati ancora puniti e che meritavano di esserlo.

1.4 IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO E LINEE GUIDA NAZIONALI 2018

Il *Codice Deontologico* dell’infermiere, in Italia, detta le regole di condotta e di indirizzo etico dell’infermiere, costituendone il fondamento e la natura, nella sua attività professionale.

Il primo codice deontologico è stato approvato nel 1960. Il nuovo Codice, quello del 2019, rappresenta per l’infermiere uno strumento attraverso cui esprimere la propria competenza, il saper curare e il prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’eguaglianza, delle sue scelte di vita, concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale.

Esso è diviso in otto capi, ciascuno riguardante un argomento riferito a professione e/o assistenza. Vi sono alcuni determinati articoli che vanno citati poiché, in un qualche modo, posso fungere da orientamento nella gestione infermieristica di una donna che accede in Pronto Soccorso essendo stata vittima di violenza sessuale o di genere:

ART. 4 – “Relazione di cura”: nell’agire professionale l’Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo”. La relazione di cura rappresenta quindi ciò che veramente ci contraddistingue, li fondiamo il nostro agire: sulla comunicazione, sul dialogo e sul consenso informato.

Questo articolo evidenzia come l'infermiere rappresenti una guida per la paziente, instaurando con lei una relazione di cura, ascolto e comprensione: egli può arrivare a ricollegare tutti i "pezzi del puzzle" in modo tale da che portare a capire cosa sia realmente successo, cercando di dialogare con la donna e a svolgere tutte le dovute indagini, cliniche e non, senza andare contro la sua volontà.

ART.17– “Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura”: nel percorso di cura l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

L'infermiere di Pronto Soccorso deve cercare di accompagnare la paziente in tutto l'iter che dovrà affrontare, coinvolgendola ed educandola alle migliori scelte per tutelare se stessa e la sua sicurezza, cercando di farle comprendere che, qualora sia possibile, lei possa contare anche sulla sua famiglia, e sulle forze dell'ordine per poter denunciare quanto accaduto, senza ovviamente andar conto la sua volontà. L'infermiere presenta alla donna la possibilità di partecipare ad un percorso di cura extraospedaliero che può farle recuperare sicurezza e fiducia in sé stessa, proteggendola da ogni pericolo.

ART. 19 – “Confidenza e Riservatezza”: l'infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Questo articolo evidenzia l'importanza del trattamento dei dati sensibili della donna vittima di violenza; l'infermiere raccoglie i suoi dati personali evitando di fare troppe domande a riguardo, senza essere invadente, lasciando la possibilità alla paziente di esprimersi come meglio riesce, al fine di instaurare un rapporto di empatia e fiducia con la stessa. La riservatezza dei dati raccolti, soprattutto in caso di qualsiasi tipo di violenza, è fondamentale. Perciò l'infermiere non deve esternare alcun tipo di informazione riguardante la condizione clinica della paziente, se non a chi ella desidera comunicarlo.

ART. 20 – “Rifiuto all’informazione”: l’Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l’informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l’Infermiere si adopera a responsabilizzare l’assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

In questo caso, l’infermiere di Pronto Soccorso, deve attenersi alla chiara volontà della donna di non voler sapere il risultato delle indagini diagnostiche che sono state condotte, come per esempio un test di gravidanza, nonostante in un primo momento abbia dato il proprio consenso. Qui l’infermiere “gioca” un ruolo veramente complesso: molte donne per la disperazione si recano in Pronto Soccorso perché chiedere aiuto e cercare protezione, denunciare quanto accaduto e andare fino in fondo nell’iter legislativo e giudiziario, altre invece, scioccate da quanto successo, rifiutano ogni genere di analisi od esame, per paura e timore del responso finale, nonostante la relazione d’aiuto e l’ascolto attivo adottati dall’infermiere.

Art. 23 – “Volontà del minore”: l’Infermiere, tenuto conto dell’età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l’opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. L’Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Nel caso in cui la vittima di violenza sia una minore, quest’ultima, magari accompagnata dai genitori, o recatasi da sola in Pronto Soccorso, per lo shock e la paura potrebbe opporsi ad ogni genere di procedura. Qui l’infermiere deve comunque tenere in considerazione la sua opinione rispetto ad ogni tipo di scelta, ed ovviamente cercherà di educare la paziente minorenni a valutare ogni elemento ed a farle comprendere la gravità di quanto accaduto.

Le *Linee Guida Nazionali del 2018* sono state recepite dalle Aziende sanitarie e dalle Aziende ospedaliere aventi al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria e le leggi speciali e regionali vigenti. Obiettivo delle Linee Guida Nazionali è quello di fornire un intervento adeguato ed 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 perciò garantire una tempestiva ed adeguata presa in carico delle donne, a partire dal triage fino al loro accompagnamento/orientamento, qualora 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. Le destinatarie sono le donne, anche sotto i 18 anni (come previsto dall'art.3 lettera f della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere. Sono coinvolti nel percorso anche i figli e della donna, qualora siano stati testimoni o vittime di violenza.

Gli attori coinvolti sono: 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).

La donna può accedere al Pronto Soccorso da sola o con i figli, accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle Forze dell'Ordine, accompagnata dalle Forze dell'Ordine, accompagnata da operatrici dei Centri Antiviolenza, da persone da identificare o dall'autore della violenza stessa. Il personale infermieristico addetto al triage, adeguatamente formati dal punto di vista professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza anche quando non dichiarata.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa, cioè un codice giallo e un'attesa di massimo 20 minuti, così da attivarsi il "Percorso per le donne che subiscono violenza"

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza: l'infermiere di triage dovrà utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità, dovrà garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante, così da instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia; qualora la donna sia straniera sarà necessario la presenza di mediatrici culturali, qualora sia disabile, sarà necessaria altresì la presenza di figure di supporto. Per finire bisognerà nel dettaglio informare la donna delle varie fasi del Percorso, acquisendo il consenso libero ed informato per ogni fase del Percorso.

L'infermiere di triage, inoltre, dopo aver raccolto dati con domande specifiche riguardo la violenza subita, dovrà informare la donna della presenza sul territorio dei Centri Antiviolenza pubblici o privati dedicati, che potranno essere attivati al termine del percorso diagnostico-terapeutico.

Riguardo quest'ultimo, i medici che entrano a contatto con la donna che ha intrapreso il percorso per le donne che subiscono violenza, a partire dal medico che farà la prima visita, dovranno refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti della violenza subita.

La visita medica prevederà vari momenti: primo fra tutti l'accoglienza e indici di sospetto (psicologici, anamnestici, fisici), eventuale screening con domande di approfondimento. Verrà fatto firmare il consenso informato al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie (in caso di violenza sessuale). Il consenso informato deve essere articolato e comprensivo di tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'infermiere abbia il consenso a procedere da parte della donna; - Il medico raccoglie l'anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione, eseguendo un esame obiettivo completo ed acquisirà prove mediante fotografie, tamponi, ecc. Verranno poi svolti gli accertamenti strumentali e di laboratorio, successivamente le profilassi e le cure eventualmente necessarie.

In caso di violenza sessuale: domandare la provenienza dei segni evidenti e obiettivi, utilizzando domande aperte, raccogliendo vari dati riguardo la data dell'accaduto, ora e luogo. Si chiederà alla donna il numero dei soggetti coinvolti e presenza di eventuali testimoni.

Si valuterà anche la tipologia della violenza, se avvenuta con furto o con ingestione di alcolici, droghe o altre sostanze. Il medico visiterà tutto il corpo della donna, facendo attenzione alle sue reazioni emotive. Nel descrivere le lesioni dovrà essere preciso, definendo la sede, il carattere e dimensione della lesione. Verrà poi realizzata una documentazione fotografica di tutti gli elementi identificati. Verrà poi effettuato, dopo il consenso della donna vittima di violenza, prelievi ematici o un tampone mucosale, per evidenziare eventuali infezioni sessualmente trasmissibili. Si inizierà poi, sempre dopo il consenso della donna stessa, la terapia antiretrovirale a scopo di profilassi dell'infezione HIV: tutto ciò è efficace se iniziato entro le 72h e protratto per 4 settimane. Se la donna dichiara il rischio di essere rimasta incinta, vi è l'offerta di trattamento anticoncezionale, efficace solo entro 5 giorni dall'episodio di violenza.

2. MATERIALI E METODI

La finalità del presente elaborato è di illustrare tutto il percorso che la donna vittima di violenza di genere, o di violenza sessuale, intraprenderà una volta arrivata in un Pronto Soccorso, descrivendo tutto l'iter che svolgerà secondo il Protocollo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, revisionato nel dicembre del 2018. Ciò che si desidera evidenziare è la figura centrale dell'infermiere, quale parte attiva nel percorso che dovrà affrontare la donna in Pronto Soccorso, sin dal primo contatto con lei al triage. Il personale infermieristico deve essere capace di riconoscere un caso di violenza sessuale e/o di genere, praticando un'accoglienza adeguata alla vittima senza pregiudizi, relazionandosi con essa ed assegnargli un adeguato codice colore al Triage.

L'analisi del protocollo applicato dal AOU Ospedali Riuniti di Ancona è stata effettuata durante il mio periodo di tirocinio in Pronto Soccorso, svoltosi dal 21 agosto 2019 al 7 ottobre 2019 e nel mese di agosto, durante il periodo assegnatomi in Triage, si è assistito all'accesso di una ragazza di 28 anni vittima di maltrattamento.

Le fonti di informazione sono state e selezionate non solamente consultando i documenti e protocolli casi di maltrattamento e violenza sessuale, ma anche con la diretta partecipazione al Congresso che si è svolto il 18 ottobre 2019 nell'Auditorium Montessori della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel Polo Murri, intitolato "La violenza sui minori, sulle donne, sugli anziani e sui disabili, riconoscere, proteggere e intervenire."

Il congresso è stato presieduto dal Presidente, il Dott. Michele Caporossi assieme al Direttore scientifico, la Dott.ssa Loredana Buscemi. Si sono susseguiti una serie di interventi molto interessanti, in particolare due di questi: il primo è stato quello del Dott. Paolo Cremonesi, il quale ha illustrato il progetto "REVAMP" e l'utilità di un manuale dove vengono forniti elementi utili per evidenziare ancor meglio i casi di violenza e migliorare la gestione infermieristica e incrementare le conoscenze di tutti gli operatori sanitari di Pronto Soccorso. Il secondo è stato quello presentato dalla Dott.ssa Loredana Buscemi, che ha illustrato mediante un video tutta la procedura che segue una donna vittima di violenza sessuale.

Altre importanti fonti consultate e dalle quali sono state selezionate significative informazioni sono l'ultima revisione del Codice Deontologico degli Infermieri e l'entrata in vigore del Codice Rosso con la legge 19 n.69 del 2019. Il Codice Deontologico è stato approvato il 12 e 13 Aprile 2019 a Roma dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Gli articoli nei quali si fa riferimento al tema della violenza sono:

l'articolo 4 "Relazione di cura", articolo 17 "Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura", articolo 19 "Confidenza e riservatezza", articolo 20 "Rifiuto all'informazione" ed articolo 23 "Volontà del minore".

Il 9 agosto è entrato in vigore il Codice Rosso con l'introduzione di importanti modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e ad altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. La disciplina penale, sia sostanziale che processuale, riguardante la violenza domestica e di genere, ne esce rinnovata e modificata: i quattro nuovi reati punibili sono:

- "Revenge Porn"
- "Induzione al matrimonio"
- "Sfregi permanenti al viso"
- "Violenza sessuale su minori o meno di 14 anni"

Infine altre due indispensabili fonti di informazione sono state le Linee Guida Nazionali del 2018, recepite dalle aziende sanitarie e dalle aziende ospedaliere che al loro interno abbiano un Pronto Soccorso, fatta salva la normativa primaria, le leggi speciali e regionali vigenti ed il Piano d'azione globale sulla violenza contro le donne e ragazze del 26 novembre 2019 emanato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il quale sottolinea come le cure sanitarie dirette alle vittime di violenza devono radicarsi mediante un approccio rispettoso dei diritti umani delle donne. Questo significa adottare un sistema di cure "centrate sulle donne", che tuteli la loro dignità e garantisca autonomia decisionale.

3. RISULTATI

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. La maggior parte delle donne che avevano un partner violento in passato lo hanno lasciato proprio a causa della violenza subita (68,6%). In particolare, per il 41,7% è stata la causa principale per interrompere la relazione, per il 26,8% è stato un elemento importante della decisione.

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.

Le donne subiscono minacce (12,3%), sono spintonate o strattionate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%). Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%).

Questo genere di violenze hanno conseguenze soprattutto sulla vita quotidiana e sui bisogni primari (sonno, riposo, alimentazione) alterati a causa di quanto accaduto (46,3%) ed alcune volte molte donne, non riuscendo a sopportare il peso di quanto accaduto, arrivano anche ad avere idee autolesioniste o addirittura suicidarie (12,1%).

A livello mondiale è stata condotta un'indagine e attraverso percentuali ben definite viene illustrato quante donne nei vari paesi sono state vittime di inammissibili ed ingiustificate violenze compiute dal partner maschio: il 29,8% in America, il 36,6% in Africa, il 25,4% in Europa, il 37,7% nel Sud-est dell'Asia, il 24,6% nelle regioni del Pacifico.

Dai dati esposti nel congresso del 18\10\19, nel quale è stato trattato anche il tema della violenza sulle donne, è stato detto che al Pronto Soccorso AOU Ospedale Riuniti di Ancona, nel 2018 vi sono stati 10 casi di violenza sessuale, 5 dei quali su donne italiane e altri 5 su donne straniere, con una media di 30 anni. Per quanto riguarda il maltrattamento, dai verbali consultati, vi sono stati 41 casi, 20 su donne italiane e 21 su donne straniere. Inoltre ci sono stati casi di violenza minorile, sotto i 18 anni; sono state violentate 3 ragazze straniere e 5 ragazze italiane, per un totale di 8 donne vittime di violenza. Le vittime di violenza di genere sono in alta percentuale italiane, circa l'80,2%: tra quelle straniere, che in percentuale sono il 19,8%, sono le rumene a denunciare più di altre i maltrattamenti subiti in famiglia, percosse, violenze sessuali e atti persecutori. Per di più gli autori di queste violenze sono italiani (74%), gli stranieri invece il 26%.

Secondo quanto è stato enunciato, si dovrebbero essere riscoperti i principi del “Welfare Moderno”, ovvero uno stato di benessere dove le risorse vengono investite adeguatamente e cercare così di risolvere il problema della violenza, o comunque in qualche modo, cercare di tutelarla. Sicuramente ciò che è fondamentale è la multidisciplinarietà: assistenti sociali, avvocati, professioni sanitarie: queste tre queste figure assieme devono essere uniti contro il male comune, la violenza.

Secondo i dati dell'OMS, nel 2019, il 31,5% della popolazione femminile compresa tra i 16 e 70 anni ha subito un qualsiasi tipo di violenza psicologica, fisica o maltrattamenti; il 26,4% violenza psicologica, il 21% è stata vittima di comportamenti persecutori da parte del partner. In Europa 1 donna su 4 ha subito violenza sessuale o di genere e 1 su 10 da un non partner, quindi da una persona sconosciuta alla donna. Nel 2012, 13 milioni hanno subito una qualche forma di violenza in Europa, nel 2012 le vittime sono state 11 milioni, mentre in Italia 7 milioni di donne hanno subito una violenza.

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.”

3.1 PROTOCOLLO ATTUATO IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE E/O MALTRATTAMENTO

Il protocollo seguito al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona intende pianificare gli interventi dei professionisti sanitari coinvolti nei casi di violenza subiti dalle donne; in tale ambito l'infermiere è parte attiva durante tutto l'iter d'intervento sulla paziente. Con l'espressione "violenza nei confronti delle donne" si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata (Convenzione di Istanbul, art. 3)

Le destinatarie sono sia le donne che sono vittime di violenza dichiarata o sospettata che afferiscono all'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, sia anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna vittima, testimoni o vittime di violenza. Per le donne minori di anni 18 si applica il Percorso Assistenziale Aziendale per minori vittime di maltrattamento e/o abuso sessuale, salvo casi particolari dal punto di vista clinico, da valutare a cura del medico accettatore.

Gli obiettivi sono:

- facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, dando riservatezza e disponibilità all'ascolto;
- garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove ed alla catena di custodia, al fine di meglio documentare l'atto subito;
- informare ed inviare la donna ai servizi territorialmente competenti.

A) VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

La donna deve essere presa in carico nel Presidio ove si rivolge ed arrivata in Pronto Soccorso, avrà un primo contatto con *l'infermiere di triage*, il quale identificherà il suo bisogno, attribuendole il codice di priorità di color giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso), affiancato dall'identificativo 66/96 relativo al Percorso per le donne che subiscono violenza. Vi sarà poi la segnalazione, al Medico del PS se la donna si è recata all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona oppure al Ginecologo se si è recata all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi. Dopodiché la donna verrà collocata nel locale del Pronto Soccorso adibito appositamente per le donne vittime di violenza.

L'accoglienza della donna sarà effettuata dall'infermiere e dal medico del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona o dal ginecologo se si è al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi. La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza. Il colloquio e gli accertamenti previsti nel percorso devono svolgersi con modalità che diano massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/figli minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy. L'infermiere ha un ruolo fondamentale in questo momento perché dovrà cercare di entrare in empatia con la donna; quindi dovrà:

- utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;
- garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;
- instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
- attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche.

Al momento della *visita* vi saranno presenti il medico del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona o il ginecologo al AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi e l'infermiere. Il Medico o ginecologo provvederà ad accertare le condizioni cliniche della donna, riportando nel verbale di PS le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti e i dati significativi dell'esame obiettivo generale; inoltre specifica nel verbale che risulta allegata allo stesso "cartella clinica dedicata" (ALL.2) (codici di diagnosi ICD9CM: 995.83 abuso sessuale adulto; 995.53 violenza sessuale su minore). Dopodiché informerà nel dettaglio l'assistita delle varie fasi del percorso. Si procederà solamente dopo il consenso libero ed informato per l'attivazione del Percorso. Una volta ottenuto, il medico avvierà la procedura di attivazione dell'Unità di Crisi e ne prenderà parte, utilizzando il kit predisposto "Violenza sessuale" in caso di violenza sessuale.

B) VIOLENZA SESSUALE SOSPETTATA MA NON DICHIARATA

La donna che si reca al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona o AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi incontrerà, come prima figura *l'infermiere di triage* che identificherà i bisogni della donna stessa, controllando e verificando eventuali precedenti accessi della donna ai Pronto Soccorso aziendali per violenza\maltrattamento. Successivamente avvertirà del sospetto il Medico di Ps\Ginecologo.

La *visita* verrà effettuata o dal medico del Pronto Soccorso o dal ginecologo e qualora a seguito di visita della donna, effettuata per motivi diversi, si sospetti una violenza sessuale non dichiarata:

- informerà la donna della possibilità di attivare il percorso aziendale per la violenza sessuale, annotando sul verbale di PS l'avvenuta informazione e l'eventuale rifiuto;
- riporterà nel verbale di PS le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale. Una copia del verbale verrà rilasciata alla donna;
- informerà la donna della possibilità di attivare il Servizio Sociale Ospedaliero; nelle fasce orarie in cui il SSO non è attivo, invia allo stesso copia del verbale via fax. Se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà;

- informerà la donna della possibilità di rivolgersi a Centri Anti Violenza (CAV) o Servizi Sociali del Territorio;
- qualora sussistano gli estremi per un reato procedibile d'ufficio, il Medico può consultarsi con il Medico Legale e procedere successivamente a segnalazione all'Autorità Giudiziaria nei casi previsti dalla Legge.

Da notare bene che se la donna dichiarerà successivamente la violenza sessuale, allora si procederà come da violenza sessuale dichiarata.

PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA AL TRIAGE DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA SESSUALE	
RISORSE UMANE	Infermiere Triagista
RISORSE MATERIALI	Non occorrono risorse materiali dedicate
PROCEDURA	<p>Il triagista assegnerà i codici di priorità:</p> <p>-codice giallo: accompagna la donna nella sala visita dedicato. Allerta il medico e lo informa sul caso.</p> <p>-codice rosso: accompagna la donna in Sala Emergenza ed allerta il medico.</p> <p>Il triagista, se la donna lo desidera, offre la possibilità di chiamare un familiare o persona gradita. Il personale del PS ed il triagista non forniscono informazioni telefoniche a coloro che cercano l'assistita.</p>
TEMPI	La procedura deve essere applicata ogni volta che si presenta in PS una donna vittima di violenza sessuale, con età maggiore o uguale a 18 anni.
CASI PARTICOLARI	Se l'assistita ha un'età compresa tra 14 e 18 anni si attiverà l'Unità di Crisi con percorso minori.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA	
RISORSE UMANE	Medico, Infermiere.
RISORSE MATERIALI	Kit pronto per donne vittime di violenza sessuale
PROCEDURA	<p>Il medico effettua la prima valutazione clinica generale dell'assistita, che deve essere posta su un <i>lenzuolo bianco pulito</i>. Il medico e/o l'infermiere assicurano la massima riservatezza, evitando inopportuni accessi nella sala visita e fanno compilare all'assistita il <i>modulo di consenso al trattamento dei dati personali</i> (presente nel kit). Il medico informa l'assistita sulle procedure previste dall'attivazione dell'UNITA' DI CRISI e richiede un consenso verbale. Il medico segnala il caso alla DMO, e quest'ultima attiva l'Unità di Crisi con apposito fax. Il medico attende l'arrivo dei componenti dell'Unità di Crisi prima di iniziare la visita. Il medico di PS specifica sul verbale i dati salienti e inserisce la dicitura "<i>è stata redatta cartella clinica dedicata</i>". Collabora con i componenti dell'UdC, i quali fanno firmare all'assistita il consenso alle procedure e compilano la cartella clinica dedicata in ogni parte. Inoltre, provvederanno a fotografare eventuali lesioni, previo consenso, da archiviare e da masterizzare su CD, conservato con la documentazione originale. L'UdC procederà coi prelievi e campioni biologici\ematici, da inviare in Laboratorio Analisi. Se raccolti i campioni a scopo forense, compilare le 7-8-9 pagine della cartella clinica dedicata (a carico del Medico Legale). Il medico e/o l'infermiere provvedono all'invio dei campioni raccolti ai laboratori di competenza.</p> <p>Il Medico chiude il verbale del PS, indicando <i>i giorni di prognosi</i> e registrando nella diagnosi la dicitura: "<i>ACCERTAMENTI SECONDO CODICE 66\96</i>" (<i>99583 se abuso sessuale adulto- 99553 se abuso sessuale su minore.</i>)</p> <p>I componenti dell'Unità di Crisi redigono un unico rapporto all'Autorità Giudiziaria, nei casi previsti dalla legge:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 copia per l'assistita -1 copia per la DMO -1 copia da archiviare col verbale del PS. <p>Il medico compila eventuali impegnative anonime con codice di esenzione regionale "RMVG" e ci si fa carico del follow up, fissando un successivo appuntamento con l'assistita dopo 7-10 giorni. I medici dell'UdC rimangono in servizio fino a fine procedura.</p> <p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - invia via fax alla DMO al 4184 la denuncia all'Autorità Giudiziaria (nei casi previsti) e il verbale del PS. -spedisce alla DMO per posta interna la denuncia all'Autorità Giudiziaria e il relativo verbale. -archivia il verbale di PS, la cartella clinica dedicata, il CD, i report dei fax inviati - invia una copia del verbale al Servizio Sociale Ospedaliero se non sono intervenuti.
TEMPI	La procedura deve essere applicata ogni volta che si presenta in PS una donna vittima di violenza sessuale.

La prenotazione dei campioni ematici\biologici viene effettuata mediante il Laboratorio Analisi. L'infermiere cliccherà la dicitura "PS VIOLENZA SESSUALE" e verranno selezionati automaticamente esami per laboratorio, virologia e microbiologia.

Come da accordi con il Laboratorio Analisi, i campioni possono essere inviati al Laboratorio Analisi Centrale che provvederà al successivo smistamento. Se ritenuto opportuno dalle condizioni cliniche, prenotare separatamente emocromo, chimica di routine e coagulazione (non sono contenute nel kit).

Nel kit sono contenute tutte le provette previste dal profilo “Violenza Sessuale”, eccetto le provette con tappo blu HPV, che si trovano nella sezione OBI del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

Ecco il seguente elenco delle provette presente nel KIT:

- due provette tappo beige (HBsAG, anti HBc, anti HCV, anti HIV, HSV2 IgG-IgM, HSV1 igG-igM)
- una provetta tappo viola (HCV RNA)
- una provetta tappo blu (tampone cervicale per HPV)
- due provette tappo giallo (VDRL-TPHA-Anticorpi anti Clamidia Tracomatis)
- due tamponi vaginali per esame colturale (tappo blu, tampone lungo, basta prelevarne uno).
- due tamponi vaginali per Clamidia\Tricomonas (tampone con provetta tappo celeste, basta prelevarne uno).

Per quanto riguarda i *campioni per la Medicina Legale*, solo se disposti dal Medico Legale, che compila le pagine 7-8-9 della cartella clinica, campioni da eseguirsi in doppio su contenitori sterili. Dopo di che si devono fotocopiare le pagine 7-8-9 della cartella clinica che seguono i campioni da inviare in Medicina Legale. Se predisposti prelievi di tossicologia forense su sangue e urine, eseguire doppio prelievo; uno da inviare in medicina legale, accompagnato dalla fotocopia di pagina 9; e l'altro da inviare al laboratorio analisi come di consueto tramite il programma “Alchimia” (profilo tossicologico violenza). Ciascun campione deve essere etichettato con cognome, nome, data di nascita dell'assistita e tipo di materiale raccolto.

Nel Congresso del 18 Ottobre al quale si è partecipato, è stata illustrata l'intera procedura descritta mediante un video esplicativo. La Dott.ssa Loredana Buscemi ci ha illustrato, passo dopo passo, tutta la procedura attivata per un caso di violenza sessuale: la stanza in cui viene fatta accomodare la donna è, come ho detto, una stanza isolata per garantire privacy e tranquillità; nel Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona la stanza all'uso dedicata è la numero quattro.

All'interno, come si può osservare, vi è un lettino, un armadio contenente i KIT, un carrello con il materiale sanitario e delle sedie per far accomodare eventuali conoscenti della donna, sempre su consenso di quest'ultima. La prima domanda che viene fatta all'assistita è la seguente: "vuole che venga chiamato qualcuno di cui si possa fidare?"

E' fondamentale far domande alla donna quando quest' ultima è da sola, non in presenza dell'eventuale accompagnatore, poiché nel 50% dei casi egli è il violentatore, per cui la vittima potrebbe non esprimersi a pieno. Fondamentale, quindi, è informare la donna degli strumenti a sua disposizione e se ha intenzione di denunciare o meno, né in modo dissuasivo né in modo persuasivo; bisogna fornire solamente gli strumenti. Molte donne decidono di non denunciare, altre dopo aver lasciato il Pronto Soccorso si recano dalla Polizia immediatamente, altre hanno bisogno di tempo. I prelievi effettuati con il Kit rimangono conservati e inalterati nel tempo ed in custodia, per essere poi, eventualmente richiesti dall'Autorità Giudiziaria. L'infermiere ha come suo obbligo quello di mantenere il Segreto Professionale, in primis per tutelare la persona coinvolta; talvolta non si sa come arrivino certe notizie alla stampa o ai giornali locali o nazionali; la divulgazione delle informazioni e la conoscenza dei fatti potrebbe mettere in crisi e in pericolo la donna stessa, vittima ed in balia della stampa stessa. In tutto il percorso che affronterà l'assistita servirà per ogni tipo di procedura il suo consenso, e in qualsiasi punto del percorso la donna potrà decidere di fermarsi, oppure continuare fino alla fine.

Vi sono 4 tipi di consensi:

- un consenso per gli accertamenti;
- un consenso per la visita generale\ginecologica;
- un consenso per scattare fotografie alle eventuali lesioni corporee;
- un consenso per il prelievo del materiale biologico.

Le fotografie delle lesioni corporee sono fondamentali perché l'esperto che le analizzerà, terrà conto della sede, della dimensione e del colore, per definire la tempistica e la modalità con le quali sono state realizzate. Come già accennato prima, i tamponi verranno fatti in doppia copia, per permetterne la reperibilità e saranno eseguiti in base al racconto della donna. Fondamentale sarà effettuare l'esatto ordine dei reperti, ognuno con il proprio codice a barre.

Per esempio, il conservare come reperto le unghie è fondamentale, mai accumunare tutte le unghie della mano destra e tutte quelle della mano sinistra, o destra e sinistra insieme perché così si potrebbero alterare i risultati a causa di presenza di materiale estraneo, andando ad alterare la rilevazione del DNA del violentatore. Fondamentale è la ricerca di tracce latenti; la donna è accompagnata fino alla fine del percorso; per questo scopo ci sono sempre due operatori durante tutta la procedura.

E' fondamentale che, al termine di questo accertamento, la donna inizi un percorso al di fuori del Pronto Soccorso e ruolo fondamentale svolge in questo ambito la Rete dei Servizi Sociali.

Dal punto di vista legale, con l'introduzione del Codice Rosso, il termine per denunciare la violenza sessuale subita è stato esteso a 12 mesi, 6 in più rispetto alla norma precedente (in questo caso la donna decide di querelare), ma è dovere del Pubblico Ufficiale incaricato di Pubblico Servizio di denunciare:

- se il fatto è commesso ai sensi dell'articolo 609bis, se il fatto è commesso con abuso, minaccia o abuso di autorità, se fatto commesso nei confronti di un minore di 18 anni e ha aggravante se la vittima ha meno di 14 anni;
- se il fatto è commesso da genitore, tutore a cui minore è affidato;
- se il fatto è commesso da Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio;
- se il fatto è commesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
- se il fatto è commesso ai sensi del 609-quarter, se la vittima ha meno di 10 anni si deve segnalare.

Solitamente il 90% delle donne adulte, le quali hanno capacità di intendere e volere, si recano in Pronto Soccorso per ricevere solamente delle cure al momento, il 10% decide di sua spontanea volontà di denunciare la violenza subita. In caso la vittima della violenza fosse una ragazza che ha subito una violenza ed ha meno di 18 anni e, nonostante ciò, i\il genitori\è rifiutassero di effettuare tutti i necessari accertamenti in Pronto Soccorso, bisognerà avvertire l'Autorità Giudiziaria, avvertendo sia la Procura Ordinaria sia la Procura dei Minorenni. Molte donne, negli ultimi anni, ricorrono al Pronto Soccorso anche solamente per danni minori.

3.2 UNITA' DI CRISI PER VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

Il medico di Pronto Soccorso dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona o il Ginecologo dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi, devono dare l'immediata comunicazione alla Direzione Medica Ospedaliera. L'Unità di Crisi si riunirà nella sede di ricovero della donna, in un idoneo locale; inoltre i professionisti sono tenuti a garantire la prestazione richiesta nel più breve tempo possibile.

Le attività dell'Unità di Crisi hanno inizio quando presenti tutti i componenti, come da disposizione, i medici convocati nell'Unità di crisi restano in servizio fino al termine della procedura. I compiti del medico del PS AOU Ospedali Riuniti di Ancona o il Ginecologo dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi dell'Unità di Crisi sono:

- dare spiegazioni alla donna di tutti i passi della procedura che si attiverà; il consenso alle procedure dovrà essere formalizzato da parte dei componenti dell'Unità di Crisi, in apposita sezione della cartella clinica;
- nel verbale di Pronto Soccorso specifica dati salienti e inserisce dicitura "è stata redatta cartella clinica dedicata";
- collabora con i componenti;
- provvede all'invio dei campioni raccolti ai laboratori di competenza.

Il medico che ha attivato la procedura si fa carico del follow-up della donna e fuori dagli orari di presenza del Servizio Sociale Ospedaliero provvederà a:

- rilevare con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;
- verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza;
- informare la donna della presenza sul territorio dei Centri Anti Violenza, dei servizi pubblici e privati dedicati; avvia qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri Anti Violenza o dei Servizi Sociali del territorio;
- informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO;
- inviare copia del verbale PS via fax al SSO.

Il Ginecologo nel caso in cui sia egli stesso a fornire primariamente assistenza, deve dare spiegazioni alla donna di tutti i passi della procedura che si attiverà; cura la compilazione dell'apposita cartella clinica guidata predisposta e raccoglie le notizie circostanziali insieme al Medico Legale. Inoltre raccoglie le notizie anamnestiche: anamnesi fisiologica, patologica remota, patologica prossima, ginecologica. Successivamente visita la donna in estrema riservatezza, procedendo all'esame obiettivo generale completo e ad un esame obiettivo ginecologico; si avvale della diretta collaborazione del medico legale per il rilievo obiettivo di lesioni di natura traumatica o sospette tali.

Infine procede, se è il caso, ad effettuare dei rilievi fotografici in collaborazione con il Medico Legale, esegue tamponi richiesti dal caso, in collaborazione con il medico legale per quanto di competenza;

Il Medico Legale raccoglie le notizie circostanziali insieme al Ginecologo, partecipa all'esame clinico della donna, descrivendo in dettaglio eventuali lesioni di natura traumatica e procede, qualora necessario, al rilievo fotografico. Poi effettua i prelievi di materiale biologico (tamponi cutanei, scraping subungueale, formazioni pilifere) previsti dalla cartella clinica dedicata; qualora l'Unità di Crisi ritenga meritevoli di approfondimento gli indumenti della paziente, il Medico Legale provvede alla conservazione degli stessi in singoli contenitori (sacchetti di carta, scatole di cartone. Nel caso in cui gli indumenti vengano trattieneuti, la donna verrà temporaneamente provvista di indumenti sostitutivi). Successivamente effettua i prelievi per gli accertamenti laboratoristici di genetica forense (ricerca spermatozoi, diagnosi generica, diagnosi specifica, diagnosi individuale) e/o di tossicologia forense richiesti dall'Unità di Crisi e/o conservati per future indagini giudiziarie. Per quanto riguarda la parte legislativa, coordina la compilazione dell'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria, collaborando con gli altri componenti dell'unità di Crisi nel riportare sul verbale di PS/certificato/cartella clinica le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale e l'indicazione che è stata compilata apposita cartella clinica dedicata di cui la donna può fare in qualsiasi momento richiesta.

La figura **dell'Assistente Sociale** raccoglie l'anamnesi sociale per definire gli elementi di criticità e le risorse della situazione socio-familiare della paziente; si rende disponibile alla eventuale attivazione di un sostegno psicologico della donna finalizzato ad un adeguato intervento di continuità terapeutica con gli operatori territoriali.

Dopo aver valutato il livello di sicurezza ambientale della persona, e qualora non ci siano in ambito familiare persone di riferimento idonee e disponibili ad un sostegno, individua i Servizi Socio-Sanitari Territoriali competenti affinché questi possano programmare e attivare il collocamento presso idonee strutture protette. L'assistente sociale rileva, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati, verificando la presenza di figlie/i minori, informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza.

La donna verrà informata della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati, e se interessata, avvierà le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale.

L'UDC valuta la necessità di eseguire eventuali indagini strumentali/laboratoristiche o di richiedere consulenze specialistiche finalizzate ad una migliore definizione del caso; se lo ritiene opportuno, può proporre alla donna un colloquio con la Psicologa del Servizio di Psicologia Ospedaliero.

Gli originali della cartella clinica dedicata ed esami vengono archiviati come di consueto.

Qualora la donna, dichiarata la violenza sessuale, dopo essere stata adeguatamente informata di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposta a valutazione da parte dei componenti dell'Unità di Crisi, viene dimessa, in relazione al suo quadro clinico.

Il Medico che ha in visita la donna può richiedere, se del caso, una consulenza e/o un parere al Medico Legale.

3.3 PROTOCOLLO ATTUATO IN CASO DI MALTRATTAMENTO DICHIARATO\SOSPETTATO

La donna si reca al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona e/o AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi, e la prima figura con cui viene a contatto è *l'infermiere di triage*: il professionista dovrà identificare il bisogno, verificando eventuali precedenti accessi della donna ai Pronto Soccorso aziendali per violenza /maltrattamento.

Successivamente l'infermiere procederà con l'accettazione della donna e attribuzione del codice di priorità giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso), affiancato dall'identificativo 66/96 relativo al percorso per le donne che subiscono violenza.

Vi sarà poi la segnalazione al Medico del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona o al Ginecologo se si è recata al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi e la donna sarà collocata nel locale del Pronto Soccorso appositamente adibito (AOU Ospedali Riuniti di Ancona) ed in letto degenza/ambulatorio D.H. SS.OO.DD. Ostetrico-Ginecologiche (AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi).

L'accoglienza in sala visita sarà effettuata dal Medico del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona, oppure dal Ginecologo se la donna si trova al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi + Infermiere di sala o di degenza. La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza. Il colloquio e gli accertamenti previsti nel percorso devono svolgersi con modalità che diano massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/figli minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta. L'area protetta rappresenta, possibilmente, è l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.

L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale.

L'infermiere dovrà garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante ed instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa. In caso di donne straniere, ove necessario, vi sarà la presenza di mediatrici culturali e linguistiche.

Protagonisti della *visita* saranno, oltre alla donna che è stata vittima di maltrattamento, il Medico del Pronto Soccorso dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona o il Ginecologo dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona Presidio Salesi insieme all'infermiere.

Si provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna, informando nel dettaglio l'assistita delle varie fasi del percorso. Il medico o ginecologo in collaborazione con l'infermiere utilizza il kit predisposto "Maltrattamento" come guida alle operazioni e riporta nel verbale di PS quante più informazioni possibili e specifica se sono presenti in casa figli minori, vittime di violenza assistita (codici di diagnosi ICD9CM: 995.8 maltrattamento adulto; 995.50 maltrattamento su minore).

Ci si può avvalere anche telefonicamente di consulenza del Medico Legale e procedere sempre a segnalazione all'Autorità Giudiziaria, inviando via fax allo DMO il modulo di denuncia con allegato il verbale di PS. In un secondo momento ci potrà essere l'attivazione del Servizio Sociale Ospedaliero: se la donna rifiuterà il colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà.

Nelle fasce orarie in cui il SSO non è attivo invia allo stesso copia del verbale di PS via fax e fornisce alla donna i riferimenti telefonici del SSO.

Infine si informerà la donna della possibilità di rivolgersi a Centri Anti Violenza (CAV) o Servizi Sociali del Territorio.

Il medico che ha in cura la donna valuta la necessità di eseguire eventuali indagini strumentali/laboratoristiche o di richiedere consulenze specialistiche finalizzate ad una migliore definizione del caso; se lo ritiene opportuno, può proporre alla donna un colloquio con la psicologa del Servizio di Psicologia Ospedaliero.

Ecco una tabella riassuntiva e dettagliata del “Percorso delle Donne Vittime di Maltrattamento” e la scala di misura “BRIEF RISK ASSESSMENT FOR THE EMERGENCY DEPARTMENT”:

PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA AL TRIAGE DELLE DONNE VITTIME DI MALTRATTAMENTO	
RISORSE UMANE	Infermiere Triagista
RISORSE MATERIALI	Non occorrono risorse materiali dedicate
PROCEDURA	<p>Il triagista effettua una valutazione generale dell'assistita, rileva i PV. Valuta l'ipotesi del maltrattamento in tutti i casi di donna vittima di traumatismo, considerando gli accompagnatori e controllando i precedenti accessi al PS. Il triagista assegna poi il codice di priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> -codice giallo; -codice rosso, se richiesto dalle condizioni cliniche dell'assistita. Nel problema principale indica: CODICE 66\96\ E PROBLEMA CLINICO. <p>L'infermiere triagista:</p> <ul style="list-style-type: none"> -se codice rosso: accompagna la donna in Sala Emergenza e allerta il Medico. -se codice giallo: accompagnerà la donna in Sala 4, allontanandola dalla sala di attesa e da eventuali accompagnatori. Allerta il medico e lo informa sul caso. <p>Il triagista, se la donna lo desidera, offre la possibilità di chiamare un familiare o altra persona gradita. L'infermiere di triage ed il personale di PS non forniscono informazioni telefoniche a coloro che cercano l'assistita.</p>
TEMPI	La procedura deve essere applicata ogni volta che si presenta in PS una donna vittima di maltrattamento, con età maggiore o uguale a 18 anni.
CASI PARTICOLARI	<ul style="list-style-type: none"> -Se il maltrattamento è sospettato, ma non dichiarato si informa il medico. -Se l'assistita ha meno di 18 anni: procedura per l'attivazione dell'UdC-percorso minori. -Se l'assistita è vittima di violenza sessuale: procedura per attivazione UdC.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE DONNE VITTIME DI MALTRATTAMENTO	
RISORSE UMANE	Medico, infermiere
RISORSE MATERIALI	Kit per le donne vittime di maltrattamento
PROCEDURA	<p>Il medico prende in carico l'assistita eseguendo "assegna all'equipe" entro i 20 minuti, considerando che, se la paziente è stabile clinicamente, può essere valutata dopo altri codici gialli. Il medico e/o l'infermiere valutano i precedenti accessi al PS, assicurando la massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala visita.</p> <p>L'infermiere fa compilare e firmare alla paziente il <i>modulo di consenso al trattamento dei dati personali</i>, il medico esegue e trascrive un'accurata <i>anamnesi ed esame obiettivo</i> sul verbale del PS. Bisogna specificare nome e grado di parentela del maltrattante e specificare se all'interno del nucleo familiare vi sono minori vittime di violenza assistita. Effettuare accertamenti e cure del caso.</p> <p>Il medico o l'infermiere compila la "<i>scheda di valutazione del rischio semplificato</i>" di revittimizzazione e si consegna all'assistita il materiale informativo della rete anti violenza.</p> <p>Il medico e/o l'infermiere eseguono le fotografie alle lesioni (previo consenso specificato sul verbale) da archiviare sul Pc del medico e da masterizzare su CD, conservato nella documentazione originale. Il medico si adopera a favorire la denuncia di maltrattamento, se espresso dall'assistita, anche in PS, si può richiedere l'intervento delle forze dell'ordine in PS.</p> <p>Il medico richiede l'intervento del <i>Servizio Sociale Ospedaliero</i> o fornisce indicazioni per i contatti successivi, se la donna acconsente.</p> <p>Il medico chiude il verbale di PS, indicando <i>i giorni di prognosi</i> e registrando nella diagnosi libera dicitura: "Problema principale+ da riferito maltrattamento" (Cod. 99580-maltrattamento adulto; Cod.99550- maltrattamento minore)</p> <p>Il medico compila il rapporto all'Autorità Giudiziaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 copia per l'assistita, -1 copia per la DMO, -1 copia da archiviare col verbale di PS. <p>Il medico compila eventuali "impegnative anonime" per visite successive, con codice esenzione regionale "RMVG".</p> <p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> -invia via fax alla DMO la denuncia dell'Autorità Giudiziaria e il verbale di PS. -Spedisce alla DMO per posta interna la denuncia all'Autorità Giudiziaria e il verbale del PS. -Archivia insieme al verbale del PS il report dell'avvenuto fax -Invia una copia del verbale del Servizio Sociale Ospedaliero se non sono intervenuti.
TEMPI	La procedura deve essere applicata ogni volta che si presenta in PS una donna vittima di violenza sessuale, con età maggiore o uguale a 18 anni.
CASI PARTICOLARI	Il medico in caso di dubbi contatta il Medico Legale e, se necessario, può essere attivata la Casa di Emergenza.

"La Brief Risk Assessment for the Emergency Department" è uno strumento standardizzato e validato per valutare la situazione in cui si è manifestata la violenza e la sua pericolosità; misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, fornendo una rilevazione del rischio di revittimizzazione.

Si articola in 5 items da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a tre domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave:

Brief Risk Assessment for the Emergency Department

1- La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi sei mesi?	SI	NO
--	----	----

2- L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?	SI	NO
---	----	----

3- Pensa che l'aggressore possa ucciderla?	SI	NO
--	----	----

4- L'ha mai picchiata durante la gravidanza?	SI	NO
--	----	----

5- L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?	SI	NO
--	----	----

3.4 LA DENUNCIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

La denuncia all'Autorità Giudiziaria va fatta quando si ha notizia, nell'esercizio o a causa di funzioni di servizio, di una violenza sessuale unitamente a un delitto perseguibile d'ufficio, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio è obbligato a redigere la "denuncia" all'autorità giudiziaria. Altro esempio di quando fare la denuncia, si verifica quando si ha notizia, nell'esercizio o a causa di funzioni di servizio, di un maltrattamento in famiglia, delitto perseguibile d'ufficio, in tal caso il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio è obbligato a redigere la "denuncia" all'autorità giudiziaria.

L'obbligo della denuncia ricorre anche quando l'esistenza del delitto procedibile di ufficio si prospetti soltanto possibile; nel dubbio ragionevole la denuncia deve essere presentata.

Nella denuncia deve essere indicato quanto di seguito riportato:

- gli elementi essenziali del fatto (ora, giorno, luogo, ufficio od incarico rivestito);
- le generalità e domicilio e quanto altro valga all'identificazione o della persona alla quale il fatto è attribuito, o della persona offesa, o di coloro che siano in grado di riferire su circostanze dei fatti.

Al rapporto all'Autorità Giudiziaria va allegata copia del verbale di Pronto Soccorso. La denuncia deve essere inoltrata all'autorità giudiziaria senza alcun ritardo. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, possono redigere e sottoscrivere un unico atto.

La denuncia, secondo quanto previsto dal comma 3 dell'art. 331 cpp, deve essere redatta e sottoscritta in un unico atto da tutti i componenti dell'unità di crisi e deve contenere i pareri diagnostici di tutti i componenti dell'unità di crisi, anche se difforni fra loro, con relative motivazioni. Nella denuncia deve essere precisato che è stata compilata apposita cartella dedicata contenente in dettaglio tutti i dati raccolti, gli accertamenti eseguiti e gli eventuali rilievi fotografici effettuati, va firmata da tutti i componenti dell'Unità di crisi: anche se la donna è accompagnata in Pronto Soccorso da FFOO va compilata la denuncia all' Autorità Giudiziaria.

3.5 IL MODELLO SOStegno DONNA

Il “Modello SOStegno Donna” di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza nei confronti delle donne ha la finalità di favorire l’emersione del fenomeno della violenza di genere e sostenere le donne vittime di violenza nei reparti di Pronto Soccorso: prevede un percorso di presa in carico, di cura e assistenziale mediante un intervento interdisciplinare (infermiere, medico, operatrice specializzata antiviolenza) per le donne che accedono al Pronto Soccorso per maltrattamenti psicologici e/o fisici e/o sessuali perpetrati all’interno di rapporti intimi, familiari e amicali, nonché da sconosciuti.

Si tratta di un modello che adotta un approccio “gender sensitive”, ovvero che tiene conto delle discriminazioni contro le donne e quindi attento alle questioni di genere: nel pieno rispetto delle Linee Guida dell’OMS, il modello adotta un approccio di “cure centrate sulle donne e decisioni condivise” a tutela della “dignità e autonomia decisionale della donna”, ed è in sperimentazione nelle città di Genova, Trieste e Roma.

Poiché la presa in carico avviene attraverso il Pronto Soccorso, primo sistema formale di cura cui le donne che subiscono violenza si rivolgono, il “Modello SOStegno Donna” si fonda sulla capacità di coniugare intervento sociale e sanitario. Si tratta di un’operazione non banale, soprattutto quando il servizio sanitario in questione è il Pronto Soccorso, un contesto fortemente connotato dall’emergenza, dal sintomo e dal carico emotivo, la cui complessità organizzativa e assistenziale richiede la collaborazione di differenti figure professionali in tempi spesso veloci e dinamici, e dove è difficile trovare spazio per la presa in carico e l’ascolto.

E’ un servizio di accoglienza specifica, dunque, attivo e attivabile H 24, 7 giorni su 7, che lavora in sinergia con il personale medico-infermieristico senza sovrapposizioni e senza la necessità che questi si facciano carico del percorso di accompagnamento e presa in carico, ovvero anche, qualora necessario, del contenimento e del supporto emotivo. Un servizio che sia parte integrante dell’offerta assistenziale dell’azienda ospedaliera, ma che mantenga la sua specificità e peculiarità in grado di coniugare quella sintesi di approcci sanitario e sociale sopra enucleata. Ulteriore peculiarità del “Modello SOStegno Donna” è la relazione costante con tutti i soggetti del territorio pubblici e privati che costituiscono la rete antiviolenza territoriale.

Il percorso di fuoriuscita da situazioni di violenza deve essere accompagnato dalla costante interazione tra i diversi enti e servizi che a vario titolo possono fornire supporto e sostegno, anche pratico, alla donna e a eventuali minori presenti (Centri antiviolenza, forze dell'ordine, tribunale, consultori, ecc.).

Questo modello innovativo prevede la presenza all'interno del Pronto Soccorso di operatrici debitamente formate sul tema della violenza contro le donne: operatrici antiviolenza dunque, psicologhe affiancate da altre figure professionali, le assistenti sociali, in grado di accogliere la donna e indirizzarla ai servizi del territorio. A seconda del contesto, delle necessità di volta in volta emergenti e della specifica situazione, tali figure possono essere affiancate da mediatrici culturali e/o educatrici professionali. Tutte le operatrici:

- debbono avere una formazione relativa all'approccio con le donne che hanno esperito situazioni di maltrattamento, violenza fisica, sessuale, psicologica, economica, stalking;
- debbono aver maturato esperienza in servizi che si occupano di violenza di genere;
- debbono essere coadiuvate da una coordinatrice avente il ruolo centrale di monitorare e coordinare l'operato di ognuna e del gruppo di lavoro nel suo complesso, interloquendo e facendo da interfaccia dentro e fuori la struttura ospedaliera;
- sono in costante contatto ed interazione con il personale medico-infermieristico, con il quale devono essere co-costruite e condivise procedure e strumenti, e in particolar modo in contatto con l'infermiere di Triage che ha un ruolo fondamentale nel garantire il passaggio dal Pronto Soccorso allo Sportello SOStegno Donna.

Il personale infermieristico del triage rappresenta il primo contatto, e talvolta l'unico, che la donna ha con la struttura di Pronto Soccorso. Svolge quindi una funzione molto importante perché la sua parola e il suo atteggiamento possono consentire alla donna di affidarsi con fiducia all'istituzione a cui si è rivolta. La fiducia è ciò che consente lo sviluppo del transfert, meccanismo in cui la donna suppone un sapere nell'altro che la possa aiutare senza formulare un giudizio. Il personale infermieristico di triage deve essere in grado di riconoscere i casi di violenza fisica/ maltrattamento, soprattutto laddove la donna non dichiara l'avvenuta aggressione. Non deve indagare cosa è successo, non deve fare nessuna forzatura ma solo accogliere e indirizzare la donna in tutti i casi di violenza, siano essi conclamati, accertati o sospetti.

Per questo motivo, particolare attenzione va dedicata al coinvolgimento attivo del personale di triage nel percorso “SOSStegno Donna” e va rafforzata e curata una relazione costante tra quest’ultimo e le operatrici del Servizio, affinché il personale possa essere debitamente informato e sensibilizzato sul problema in un’ottica di genere.

Il personale medico e infermieristico si occupa di verificare quali sono e di quale entità i danni fisici subiti dalla donna ma è anche formato ad un ascolto sensibile necessario a trattare il corpo come rispondente anche a traumi di natura psicologica/emotiva. Spesso, ma soprattutto nei casi in cui la violenza viene negata, è il corpo che parla per primo, attraverso i segni che la violenza lascia. In questa fase, è fondamentale che l’operatore sanitario abbia approfondito i meccanismi della violenza di genere, sia ben lontano dal praticare approcci giudicanti, vittimizzanti, rivittimizzanti, eterodirettivi, sminuenti. Prima della visita medica o subito dopo il personale ospedaliero è tenuto a compilare la cartella clinica informatizzata.

La cartella clinica di Pronto Soccorso informatizzata è fondamentale perché riporta informazioni sullo stato di salute e condizioni generali della donna, quali: modalità di arrivo in PS, tipo di violenza riferita, aggressore noto o sconosciuto ecc. Questa scheda è accessibile soltanto al personale del Pronto Soccorso e pertanto è visualizzabile soltanto in modalità informatizzata e non cartacea, per tutelare la privacy della donna al momento della consegna della documentazione clinica cartacea. Spesso, infatti, la donna viene accompagnata al Pronto Soccorso dal suo maltrattante o è comunque soggetta al suo controllo. La scheda deve essere compilata obbligatoriamente dall’infermiere di triage, sia nei casi di dichiarata violenza, sia in quelli di violenza sospetta, con la finalità di registrare i casi di violenza e monitorare gli accessi ripetuti in PS da parte delle donne. Ciò consente al personale medico-infermieristico di PS di poter individuare prontamente nei successivi accessi, anche quelli con problema principale riferito a patologie cliniche diverse dal trauma, i casi di violenza di genere e di attivare il percorso dedicato. In caso di violenza sospetta e/o dichiarata, infatti, l’infermiere di triage procede a verificare eventuali precedenti accessi e ad attivare lo “Sportello SOSStegno Donna” per un primo colloquio con la donna. L’operatrice propone un primo spazio di ascolto e un primo percorso di consapevolezza e fuoriuscita dalla situazione di violenza. Il percorso proposto vede un minimo di tre colloqui previsti e commisurati ai bisogni della donna. In questa fase è importante l’interazione costante e la condivisione di informazioni e procedure tra tutti gli operatori/operatrici coinvolti (infermiere di triage, personale medico, operatrici).

A questo scopo il Modello SOSTegno Donna promuove l'attivazione di un Protocollo aziendale nelle strutture ospedaliere che metta a sistema lo Sportello SOSTegno Donna e che fornisca a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso riferimenti chiari e precisi circa fasi, modalità, responsabilità e obblighi normativi. È infatti essenziale che procedure e strumenti siano ben definiti e condivisi.

3.6 L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SOSTegno DONNA

L'attivazione del “Servizio SOSTegno Donna” avviene su chiamata/indicazione dal personale medico-infermieristico in tutti quei casi in cui la donna che giunge al Pronto Soccorso dichiara di avere subito violenza da partner, ex partner, familiare o sconosciuto. Lo stesso avviene per quelle donne che, pur dichiarando altra causa, manifestino elementi di sospetto che lasciano presupporre che siano o siano state vittime di violenza. Il medico e/o l'infermiere che accolgono il racconto della donna o che individuano elementi di sospetto che lasciano supporre la presenza di una storia di violenza, presentano alla donna il Servizio e propongono la possibilità di un colloquio con una operatrice del Servizio. Questo avviene sia nel caso in cui l'accesso al PS sia direttamente collegato alla storia di violenza sia che questa emerga come uno dei dati raccolti dall'anamnesi condotta. Si è già sottolineata l'importanza degli operatori sanitari in questa fase per favorire l'accesso della donna al Servizio. Si riportano di seguito le funzioni che l'infermiere di triage dovrebbe svolgere durante l'accoglienza della donna:

- stabilire un legame relazionale con la donna ed eseguire una prima valutazione dello stato di salute al fine di assegnare, in caso di parametri stabili, il codice di accesso con priorità;
- essere non giudicanti, ma supportivi e validanti rispetto a ciò che la donna dice;
- garantire riservatezza e trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica, ma non intrusiva, eseguendo il triage e facendo entrare la persona in un luogo appartato, isolandola dall'accompagnatore (spesso il maltrattante);
- porre attenzione alla violenza non dichiarata/sospetta: in caso di violenza presunta, porre attenzione agli indici di violenza sospetta (anamnestici, comportamentali/psicologici, fisici) e verificare eventuali accessi precedenti della donna in Pronto Soccorso;
- non lasciare la donna in sala d'attesa e comunicare al medico quanto ascoltato sia in caso di violenza dichiarata sia di violenza sospetta;

- attivare lo Sportello per ridurre il tempo d'attesa alla presa in carico e per offrire tempestivo ascolto e supporto.

Una volta ipotizzata la probabile condizione di violenza subita, il personale ospedaliero coinvolge le operatrici specializzate per la presa in carico al “Servizio SOStegno Donna”: solo se la donna acconsente all’incontro, viene organizzato un colloquio con l’operatrice.

Quest’ultima, prima di recarsi dalla donna, raccoglie le informazioni generali sull’accesso della persona e sui motivi che hanno determinato l’attivazione del Servizio: si presenta quindi alla donna e accoglie la sua storia; nella maggior parte dei casi, l’operatrice viene coinvolta sin da subito e chiamata nel luogo delle analisi/cure mediche; tuttavia è possibile che si proceda prima con la visita medica e che, solo poco dopo, la donna venga accompagnata al Servizio. Anche in questo caso si tratta di modalità operative concertate tra personale infermieristico e medico di PS e le operatrici dello Sportello con una valutazione che va declinata caso per caso.

Il primo colloquio, dunque, avviene in più fasi, contestualmente e successivamente alla visita medica nelle modalità di integrazione sopra esposte. Importante risulta in prima battuta presentare alla donna il servizio che “SOStegno Donna” vuole svolgere e domandare se è interessata ad usufruirne; fondamentale è domandare e non dare per scontato che la donna sia disponibile a fare subito un colloquio, senza forzature. Successivamente al primo colloquio in PS, l’operatrice valuta l’opportunità di proseguire per altri incontri, nei quali, a partire dal trauma riportato, si approfondiranno le dinamiche della relazione violenta, le modalità della donna di affrontarle, le sue risorse, la sua implicazione soggettiva in ciò che le sta accadendo. La finalità della presa in carico è offrire la possibilità alla donna di rielaborare i vissuti traumatici in modo da poterli integrare nella propria storia personale in forme e rappresentazioni connotate affettivamente. Nel racconto delle donne, si evince infatti un appiattimento del vissuto, un’incapacità di mentalizzare e simbolizzare che invalida non solo le funzioni del pensiero, ma le stesse possibilità dell’ascolto psicologico, teso a favorire un percorso di autonomia della donna stessa. Per iniziare un percorso di uscita dalla violenza, le donne non vanno sostenute a cercare una via di salvezza tentando di capire qual è il modo per dire basta all’uomo che le maltratta, le insulta, le ignora (loro stesse ne hanno già provate di tutte, fino a rischiare più volte la vita stessa, perché dire basta al proprio partner lo scateni).

Il “No” va innanzitutto rivolto a se stesse: per consentire alla donna di fare questo passo occorre un lungo lavoro preliminare, che in primis riguarda il tipo di ascolto che l’operatrice deve dare alla donna e che si basa sulla capacità di sostenere la donna stessa a uscire dalla sua identificazione con la vittima sacrificale; la donna è quindi al centro dell’intero processo, con la sua peculiare storia, i suoi bisogni, le sue risorse e le sue fragilità. L’operatrice, da parte sua, deve mettersi a disposizione della donna, astenendosi dal capire troppo velocemente quanto è accaduto e dal fare interpretazioni affrettate. Per questo motivo, il percorso di accoglienza non deve essere imposto dalle operatrici; è la donna che deve guidare le proprie scelte, seppur sostenuta e accompagnata in questo processo.

Non esistono delle tappe che necessariamente andranno attraversate, ma il percorso concretamente proposto potrà differire significativamente per ogni singolo caso. Se per una donna la richiesta immediata è quella di trovare il modo di uscire dalla propria storia di violenza, per un’altra già solo poterne parlare e dare ad essa un nome rappresenterà un passaggio fondamentale. La costruzione di consapevolezza e di fiducia in sé stessa, ancora prima che nel Servizio, rappresenta quindi un processo che richiede un tempo più o meno lungo a seconda dei singoli casi. Per questo, il Servizio prevede la possibilità di offrire alla donna più colloqui successivi al primo al fine di trasmettere l’idea della comprensione e del rispetto per il suo percorso. Molto spesso questi incontri vengono alternati con brevi contatti telefonici da parte dell’operatrice. Attraverso questi brevi scambi viene trasmesso un onesto interesse verso il benessere psicofisico della donna che prescinde ed è slegato dal giudizio per le sue scelte. Il lavoro delle operatrici non si conclude con uno o più colloqui con la donna vittima di violenza: caratteristica precipua del Modello SOStegno Donna è l’interazione costante tra lo Sportello e la rete antiviolenza presente sul territorio. Pertanto, quando la situazione lo richiede e la donna fornisce il suo consenso affinché ciò avvenga, viene attivata la rete dei servizi che a vario titolo possono offrire supporto alle vittime di violenza di genere ed ai loro figli/e, se presenti.

3.7 LA RETE E IL FOLLOW UP

Per accompagnare la donna nel percorso di fuoriuscita da una situazione di violenza di genere è fondamentale darle una risposta completa ed integrata, che riguardi non solo il piano sanitario e l’emergenza, ma anche quello psicologico e sociale in tutti i suoi aspetti e declinazioni.

Per questo motivo il “Modello SOStegno Donna” si fonda sulla costante relazione con la rete dei servizi territoriali, pubblici e privati. La costruzione/consolidamento di un network interistituzionale di attori che operano nella prevenzione/contrasto della violenza è infatti la metodologia più adeguata a dare risposte concrete al problema. Nella rete si sviluppano e si trasmettono aspetti materiali (dati, informazioni, normative, procedure ecc.) ma anche conoscenze, competenze e valori che possono rafforzare la capacità di rispondere pienamente ai bisogni delle donne. Le donne vittime di violenza possono infatti avere bisogni di diversa natura, ai quali rispondono diversi soggetti.

Per garantire continuità nella presa in carico e per fare in modo che quest’ultima sia globale, intersettoriale e trasversale, l’operatrice dello Sportello valuterà la necessità, durante il ciclo di incontri nel “Servizio SOStegno Donna”, di inviare la donna ai Centri antiviolenza territoriali, al supporto legale, ai servizi del territorio ed in caso di allontanamento immediato e urgente, per garantire l’incolumità della donna, alle Case rifugio (anche di altre Regioni), tenendo conto della presenza di figli/e minori. Nei Centri antiviolenza la donna può essere accompagnata per avviare un percorso specifico per affrontare la sua storia di violenza e le può anche essere fornito un supporto legale e logistico.

Altri servizi che possono o devono essere coinvolti sono: le forze dell’ordine, per garantire tutela alla donna (ad esempio per poter andare a prendere i suoi effetti personali nella propria abitazione) e permetterle di presentare denuncia del fatto, qualora lo ritenga opportuno; i servizi del territorio, come i consultori familiari e i centri di salute mentale, a seconda delle specifiche necessità emergenti; i servizi sociali, sia dedicati agli adulti che ai minori se presenti, in modo da poter fornire supporto anche economico alla donna od indicazioni per un reinserimento lavorativo.

Per quanto riguarda la denuncia, pur non essendo un passaggio obbligato, (in quanto il Modello SOStegno Donna si prefigge in primo luogo la responsabilizzazione della donna), le operatrici verificate la volontà, contattano le forze dell’ordine ed accompagnano la donna nel percorso di denuncia-querela. Questo approccio riesce comunque a far emergere in modo ampio il sommerso. Negli Ospedali in cui il “Modello SOStegno Donna” è stato implementato, il 35% delle donne prese in carico sporge formale denuncia, di fatto triplicando la media nazionale delle donne vittime di violenza che adiscono ai percorsi giudiziari, che si attesta all’11,8%.

Ognuna delle azioni di attivazione delle reti deve essere esercitata di concerto alle altre in modo da garantire una presa in carico globale efficace e promuovere l'empowerment della donna, anche partendo dalle sue fragilità e dalle difficoltà che si trova ad affrontare. Il collegamento tra i diversi soggetti della rete (Pronto Soccorso, forze dell'ordine, servizi sociali, etc.) permette quindi di operare in un'ottica multidimensionale, sulla base di un approccio integrato che richiama inevitabilmente ad una responsabilità pubblica nell'affrontare il problema della violenza di genere. La costruzione/consolidamento di un network interistituzionale di attori che operano nella prevenzione/contrasto della violenza, è la principale metodologia che può dare risposte concrete. Nella rete si sviluppano e trasmettono aspetti materiali (dati, informazioni, normative, procedure ecc.) ma anche conoscenze, valori, competenze che possono rafforzare la capacità di rispondere pienamente ai bisogni delle donne vittime di violenza.

Operare in un'ottica multidimensionale significa trovare una metodologia che governi questo intreccio complesso: una rete interdisciplinare necessita anche di un collegamento tra soggetti simili; tra Pronto Soccorso, tra Centri antiviolenza ed associazioni, tra forze dell'ordine, tra servizi sociali.

Il "Modello SOStegno Donna" prevede che sia le caratteristiche sociodemografiche delle donne che accedono al Servizio, sia il percorso che hanno seguito, vengano inseriti in un database. Tale database ha una funzione duplice: serve alle operatrici per tenere traccia del percorso che si sta facendo e/o che è stato fatto con una donna; permette di quantificare ed analizzare il fenomeno della violenza di genere. Il monitoraggio dei dati diventa in tal modo un prezioso strumento di conoscenza: avere a disposizione dati quantitativi sul numero di donne che hanno avuto accesso al Servizio e di eventuali accessi successivi, sulle caratteristiche demografiche di vittime e aggressori, sul numero di recidive, permette di gettar luce sulla rilevanza statistica del fenomeno. A sua volta, una conoscenza approfondita dei profili delle vittime, dei loro aggressori, dei tipi di violenza, degli esiti dei percorsi di fuoriuscita da queste situazioni, dei servizi attivati per sostenere le donne, permette di evidenziarne la sua rilevanza sociale, ma soprattutto di elaborare valutazioni e scelte d'intervento per contrastarlo.

Per concludere, il "Modello SOStegno Donna", per una sua completa operatività, richiede l'introduzione di un codice specifico all'interno del "minimum data set dei codici di Pronto Soccorso ministeriali", che possa scomporre la generica descrizione "violenza altrui", consentendo di rilevare con maggior precisione i casi specifici di violenza di genere.

Il Modello SOStegno Donna ha stimolato e/o rilevato esperienze territoriali di introduzione di codici o simboli indentificativi aggiuntivi.

Appare tuttavia, importante segno di responsabilità delle politiche sanitarie nazionali, definire l'introduzione di un codice ad hoc, relativo ai casi di violenza di genere, all'interno delle classificazioni già in uso nella nomenclatura delle diagnosi e delle procedure terapeutiche: tale inserimento, oltre a garantire omogeneità nazionale, favorirebbe un monitoraggio ed una raccolta dati confrontabili su tutto il territorio nazionale.

3.8 IL PROGETTO REVAMP

Questo manuale operativo si propone di fornire un modello standard d'intervento per gli operatori del Pronto Soccorso. Il modello nasce dall'esperienza operativa di realtà ospedaliere nelle cui, nel tempo, si sia strutturata l'attività di un team anti violenza e da una attenta analisi dei risultati riportati in letteratura scientifica. Le strutture ospedaliere partecipanti al progetto REVAMP sono distribuite nel territorio italiano, da Nord a Sud e rappresentano la maggior parte delle aree metropolitane italiane: Roma, Milano, Torino, Genova e Palermo. Sono anche inclusi nella rete progettuale i due maggiori ospedali pediatrici italiani: I.R.C.C.S. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e I.R.C.C.S. G. Gaslini. Per la redazione del presente manuale operativo sono stati costituiti dei tavoli tecnici e relativi sub-tavoli, formati da specialisti dei singoli temi affrontati, ciascuno dei quali con il compito di elaborare un documento di "consensus" in merito alle seguenti tematiche:

- sorveglianza ed epidemiologia;
- riconoscimento, diagnosi e presa in carico;
- violenza sessuale;
- triage infermieristico;
- colloquio e accoglienza;
- accompagnamento;
- formazione;
- pediatrico.

Dai documenti di “consensus” elaborati dai suddetti “Tavoli Tecnici”, scaturisce il presente Manuale operativo dal titolo: “Riconoscere, accogliere ed accompagnare le persone vittime di violenza relazionale” rivolto principalmente agli operatori dei Pronto Soccorso.

Le unità operative coinvolte sono 15 in 7 regioni italiane, ovvero Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio, Basilicata e Sicilia. Il progetto si propone di armonizzare ed ottimizzare i modelli d'intervento nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali, a partire dal problema del riconoscimento delle vittime che si presentano nei setting di assistenza sanitaria in emergenza.

Il Progetto ha avuto come principale obiettivo quello di armonizzare le specifiche procedure per il riconoscimento della vittima, al fine di individuare precocemente le situazioni di violenza e far sì che la risposta sanitaria divenga il più possibile adeguata ed uniforme.

Altri obiettivi specifici del progetto sono:

- registrazione degli eventi violenti in PS mediante l'adozione della codifica analitica europea e l'utilizzo dei flussi di emergenza-urgenza di PS;
- analisi dei determinanti socioculturali della violenza sulla donna e sul bambino: uso delle informazioni di contesto nei registri analitici e dai protocolli di riconoscimento; valutazione dell'incidenza e identificazione dei gruppi di popolazione ad alto rischio dai registri sintetici di PS e EMUR.

Inoltre, dalla analisi dei dati correnti di mortalità e morbosità per violenza o abuso/maltrattamento, è stato possibile definire le principali vulnerabilità individuali e sociali associate alla vittimizzazione per violenza relazionale e valutare i principali indicatori per la predizione di violenza, tra cui gli accessi ripetuti in Pronto Soccorso o la tipologia di lesioni traumatiche. I temi trattati nel Manuale spaziano dalla valutazione dell'impatto sullo stato di salute della popolazione e dei fattori di rischio, alle procedure di triage e di screening per i casi di sospetta violenza, ai metodi di diagnosi differenziale e alla presa in carico, ai protocolli sanitari per la violenza sessuale, all'accoglienza e al colloquio psicologico, sino ai percorsi di accompagnamento ai servizi territoriali e socio-assistenziali per le vittime di violenza in ambito relazionale: donne adulte, vittime di violenza sessuale, minori, anziani e disabili fisici o mentali.

Nel Progetto REVAMP si è trattato anche di come può nascere una violenza, quali sono i fattori che spingono un essere umano a compiere un atto così brutale: in collaborazione con la Dott.ssa Simona Gaudi, Genista dell'Istituto Superiore della Sanità, si è discusso riguardo a questa problematica. Il genoma è plastico e risponde a fattori esterni, non tutto è scritto nel nostro DNA. Ci sono fattori ambientali che influenzano l'uomo: la famiglia, i principi, lo stress, l'ambiente circostante, la vita intrauterina; tutto questo può creare un determinante che porta a compiere violenza: i "determinanti distali" sono considerati la violenza tra i genitori o abusi durante l'infanzia, quelli "prossimali" invece sono stress, problemi economici, comportamenti antisociali, dipendenze, compagnia di pari aggressivi, separazione coniugale, depressione e molti altri. Come "modificatori d'effetto" vengono considerati: genere, età, deprivazione, supporto sociale, abuso alcolico e/o abuso di droghe; tutto ciò porta all'atto di violenza.

In questo progetto sono anche condotti degli studi di epigenetica (EpiREVAMP) mediante campioni di sangue intero: vengono effettuati dei prelievi a 3 donne, un prelievo al tempo 0, alla seconda paziente un prelievo a 6 mesi e alla terza paziente un prelievo a 12 mesi dopo la presa in carico della donna che ha subito violenza.

Il Triage è il luogo dove avviene un primo contatto tra la donna e l'infermiere, è il luogo dove deve nascere un "buon incontro" fra i due protagonisti, e ciò può avvenire solamente se c'è comprensione della situazione da parte dell'infermiere e l'assegnazione di un codice colore con priorità: secondo il progetto, se i parametri sono stabili si deve assegnare alla donna il codice verde con tre asterischi. Solitamente l'infermiere nella cartella clinica informatizzata inserisce come diagnosi d'ingresso "Violenza Altrui"; l'obiettivo di questo progetto è anche scomporre questa diagnosi in tanti tipi di diagnosi, più specifiche e mirate, così da definire degli interventi ed obiettivi mirati da raggiungere, obiettivo perseguito anche dal "Modello SOSTegno Donna".

Una donna su 5 è vittima di violenza coniugale, dal 5 al 10 % delle donne sono vittime di violenza coniugale nell'arco di un anno, dal 20 al 30 % delle donne che si presentano al Pronto Soccorso presentano sintomi conseguenti al maltrattamento domestico. Le donne sono più a rischio di violenza nelle loro case. Rispetto alla violenza sessuale occasionale, la violenza domestica è ripetuta e tende alla cronicità ed al progressivo aggravamento fino al rischio di perdita della vita della vittima. La violenza è la maggior causa di morte per le donne fra i 16 e i 44 anni.

3.9 IL TRIAGE E LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI DI PS SECONDO IL MODELLO REVAMP

L'infermiere che esercita la funzione di triage è veramente il "regista" dei flussi e delle modalità di lavoro del PS perché è l'unico professionista dell'équipe che si trova ad avere tutte le informazioni e gli strumenti per governare i critici e articolatissimi processi del PS. L'infermiere addetto al triage conosce il numero, la priorità e le caratteristiche dei pazienti che sono in attesa, la tipologia e la priorità dei pazienti in arrivo (preavvisato dai sistemi di emergenza 118), la quantità e l'intensità di cure necessarie ai pazienti che sono già in carico al servizio e vi permangono per esami diagnostici e/o provvedimenti terapeutici, le caratteristiche, i tempi e le modalità di svolgimento di ogni attività del servizio; possiede, insomma, più informazioni di chiunque altro. È un ruolo difficile, strategico, complesso ed estremamente articolato, e per questo da sostenere e riconoscere. Se quindi l'infermiere è considerato il "regista", come precedentemente citato, devono necessariamente essere previsti e strutturati le attività, i ruoli, le funzioni, i percorsi, le procedure, gli ambienti e l'organizzazione, tali da sostenere e completare l'agire professionale dell'infermiere stesso. Il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento. Un ruolo cruciale è sicuramente quello della comunicazione in triage: innumerevoli sono le situazioni in cui l'infermiere ed in generale l'operatore sanitario comunica sia in maniera verbale che non, informando, spiegando, ascoltando, ponendo domande e molto altro.

Nello specifico contesto del PS e del processo di triage, primo impatto per l'utente con il servizio, la comunicazione riveste un ruolo ancora più cruciale a causa della situazione di disagio fisico, stress emotivo, preoccupazione e ansia in cui la persona generalmente si trova. Importante ricordare "la regola delle 3A", presentata agli inizi degli anni Novanta come strumento didattico per la sicurezza in ambito sanitario al fine di contrastare le aggressioni a cui spesso veniva sottoposto il personale dei Pronto Soccorso negli USA.

Le “3A” indicano le iniziali dei tre passi della procedura: “Attend”, “Assess” e “Address”:

- ATTEND: prestare attenzione. Il primo passo sottolinea l'importanza di ascoltare l'interlocutore. Il primo impulso di fronte a una persona che aggredisce è di rispondere “a tono” irritando ancor di più l'altro. Perché la risposta sia costruttiva è importante invece, ascoltare, prestare attenzione a come si presenta la persona alterata, a ciò che dice, al contesto che aiuta a capire perché lo dice;
- ASSESS: valutare il perché di uno stato emotivo, comprendere i sentimenti ed “accettarli” con empatia. Mostrare comprensione delle motivazioni di un comportamento anche errato, come quello aggressivo, non significa avallarlo moralmente; la comprensione è rivolta alla persona perché non si senta ulteriormente frustrata ed irritata e possa modificare il suo modo di fare, difensivo ed aggressivo insieme, sapendo che nell'interlocutore può trovare aiuto. Il compito di valutare favorisce l'inibizione delle nostre reazioni istintive di fronte ad una provocazione e consente di intervenire in modo pacato e costruttivo;
- ADDRESS: orientare verso una soluzione soddisfacente. È chiaro che la persona inizialmente ostile cambia il suo atteggiamento solo se ha potuto verificare, nei primi due momenti dell'interazione, che l'interlocutore non è un avversario da combattere, ma una persona comprensiva e aperta a soluzioni comuni.

Lo schema delle “3A” nasce dall'esperienza maturata nella gestione positiva di situazioni difficili, ed è molto efficace ogni volta che si voglia orientare l'interlocutore a riflettere su opinioni diverse da quelle da lui sostenute, soprattutto quando queste abbiano un'origine più emotiva che razionale.

Esistono dei messaggi opportuni da veicolare durante il colloquio/l'assistenza: la violenza sessuale è un crimine e la vittima non è colpevole, nessuno merita mai di essere violentato: l'aggressore, non la vittima, è responsabile dell'aggressione. Milioni di altre donne /uomini hanno sperimentato un dolore simile, la vittima non è sola, la vittima è adesso una sopravvissuta, ha fatto la scelta giusta di superare l'aggressione restando viva. Bisogna congratularsi con lei per essere sopravvissuta e per il coraggio avuto nel cercare aiuto; le cure mediche possono aiutare nel passaggio da vittima a sopravvissuta, accelereranno la guarigione e allevieranno il dolore.

Al contrario, vi sono messaggi non opportuni durante il colloquio/l'assistenza, come per esempio, ritenere gli episodi di violenza sessuale rari e improbabili, non ascoltare o non credere al paziente, formulare giudizi o farsi condizionare da valutazioni personali sulla condotta e moralità, minimizzando o scusando l'episodio di violenza, arrivando a forzare la vittima nell'espone l'accaduto.

Nel caso vi sia una violenza sessuale subita da una minore di 18 anni la metodologia applicata è sovrapponibile a quella dell'adulto, ma nell'ambito del tema oggetto della trattazione si individuano 2 differenti condizioni in cui l'infermiere di triage si può trovare:

- violenza/ maltrattamento dichiarato (da paziente, accompagnatore, Forze Ordine, trasferito da altro ospedale);
- presenza di sintomi correlati con una condizione di rischio.

Nella prima situazione è necessario garantire riservatezza e trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica, eseguendo il triage in un locale adeguato alla privacy ed alla tranquillità del minore e della famiglia. Successivamente si cerca di stabilire una relazione positiva con il minore ed eseguire la valutazione dello stato di salute al fine di assegnare il codice colore di priorità (in caso di parametri stabili, si assegni il codice giallo – eventualmente verde con priorità, a seconda delle procedure interne). Infine bisogna segnalare al medico di guardia che procederà con l'approfondimento.

Nella seconda condizione è necessario essere in grado di operare una “intercettazione” del caso. Malgrado sia evidente la necessità di uno screening per il precoce riconoscimento delle vittime di abuso, non è ancora stato realizzato uno strumento unico e condiviso dalla comunità scientifica internazionale: fra i più recenti studi, nel 2013, il gruppo di Lowers et al. dimostrava che 6 semplici domande (ESCAPE Instrument) potevano ottenere una sensibilità dell'80% e specificità del 98% per abuso; infatti, su un campione di 420 minori con screening positivo, 44 erano stati confermati e su 17.855 con screening negativo, solo 11 erano invece vittima di abuso.

Al triage viene proposta la scala di valutazione detta “ESCAPE” proprio come strumento di screening per l’abuso in soggetti con età inferiore ai 18 anni.

1) La storia è verosimile?	SI	NO
2) Vi è un ritardo immotivato nel ricorrere alle cure?	SI	NO
3) Le lesioni sono coerenti con il grado di sviluppo psicomotorio?	SI	NO
4) Il comportamento e le interazioni del minore e degli accompagnatori appaiono inappropriati?	SI	NO
5) I segni osservati sono coerenti con la storia riferita?	SI	NO
6) Ci sono altri segnali che evocano dubbi per la sicurezza del minore o di altri membri della famiglia?	SI	NO

La “valutazione sulla porta” è la prima fase dell’incontro fra la vittima di violenza e l’infermiere: la complessità del tema può disorientare l’infermiere, portandolo a sottovalutare o non riconoscere una condizione di rischio connessa al racconto della persona che dichiara o nasconde un vissuto di violenza. È fondamentale sottolineare che il tipo di ascolto e di accoglienza offerta al triage, così come la comprensione della condizione del paziente, determinano tutta la presa in carico successiva, comportando differenti sentimenti e stati psicologici nelle persone, influenzando la decisione di denuncia dell’atto violento o il rimanere in silenzio. Come è noto, l’obiettivo principale della valutazione sulla porta è quello di identificare immediatamente i pazienti in pericolo di vita: ciò vale anche per le vittime di violenza.

I primi segnali da cogliere possono essere:

- Atteggiamento del paziente (impaurito, apatico, guardingo, dimesso, ecc.);
- Condizione igienica;
- Rapporto relazionale che il paziente tiene con l’accompagnatore (sudditanza, paura, apatia, eccesso di attenzioni all’accompagnatore, ecc.) e viceversa (aggressività, autoritario, cerca di parlare al posto della vittima, ecc.);
- Reattività all’ambiente.

La seconda fase è la “raccolta dati e valutazione soggettiva\oggettiva”: in caso di abuso\violenza dichiarata, le domande di approfondimento sono, per esempio, se chi ha commesso la violenza è una persona nota alla vittima, in caso affermativo si devono chiedere i dati conosciuti dalla vittima; bisogna chiedere il luogo e l’ora dove si è consumata la violenza, i particolari della violenza che la vittima si sente di esporre (come e che cosa è accaduto), se possibile chiedere se la paziente si è lavata (doccia, bidet, denti, ecc.), se si è cambiata i vestiti, se ha assunto farmaci dopo il fatto.

In caso invece di abuso\violenza non dichiarata: si ricorre alla checklist di screening (ESCAPE) per orientare l’operatore. Lo strumento è validato in letteratura per il minore e adattato (nel presente progetto) anche alla persona adulta, consente di ridurre la discrezionalità di valutazione del singolo attraverso una prima selezione delle potenziali vittime di violenza.

Si propone di applicare la suddetta checklist a tutti gli accessi in PS per le persone <18 anni in caso di:

- trauma e/o presenza di ecchimosi;
- alterazioni dello stato di coscienza;
- sintomatologia neuro-psichiatrica;
- dolori addominali ricorrenti;
- disurie e avvelenamenti.

Gli indici di sospetto generali in caso di violenza non dichiarata nella donna adulta sono:

INDICATORI ANAMNESTICI	INDICATORI COMPORTAMENTALI\ PSICOLOGICI	INDICATORI FISICI
<ul style="list-style-type: none"> • Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli; • Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone; • Ritardo nel chiedere soccorso; • Dinamica non correlabile alle lesioni; • Lesioni/problemi durante la gravidanza o aborti reiterati; • Istituzionalizzazione • Depressione • Disturbi del sonno; • Disturbi del comportamento alimentare • Tentati suicidi 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteggiamento contraddittorio o evasivo; • Paziente riluttante a parlare in presenza del partner; • Accompagnatore/Partner dispotico o iperprotettivo o con atteggiamento di controllo; • Atteggiamenti difensivi incongrui; • Agitazione, stato d'ansia e paura; • Atteggiamento depresso; • Sguardo fisso, apatia, mutismo; • Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo; • Comportamento autolesivo – abuso di alcool, droga, cutting; • Intenzioni suicide; • Eccesso di adattabilità specie nei bambini; • Disforia, umore negativo e altalenante; • Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia; • Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica) • Lesioni traumatiche nelle seguenti zone: • testa ed al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strappati); • seno, zone genitali; • lato ulnare avambraccio; • in zone nascoste dagli abiti • Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola, ossa lunghe in bambini non deambulanti) • Ustioni, bruciate • Ferite da arma da taglio • Problematiche ginecologiche • Aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/ bambino nato morto • Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali,...)

Per tutte le tipologie di paziente si compila la scheda di triage: sulla scheda va descritto in modo particolareggiato quanto riscontrato durante l'esame fisico (es. presenza di lesioni visibili, tipo, dimensione, zona corporea, ecc.); Dopodiché si controllano gli accessi ripetuti al PS: va ricercato nel database il numero di accessi, sintomatologia esposta e diagnosi riscontrata. Si assegnerà il *codice rosso* nei casi previsti dai protocolli di PS (alterazione di funzione vitale, possibile danno d'organo, ecc.), invece il *codice giallo* in tutti gli altri casi (codice situazionale).

Per quanto riguarda gli interventi assistenziali, bisogna garantire alla vittima la privacy adeguata e proteggerla attraverso le seguenti misure: accompagnando la vittima in locale adeguato (possibilmente individuare a priori una sala dedicata), provvedendo ad attivare la non visibilità negli elenchi dei pazienti presenti in ospedale.

Evitare l'inquinamento delle prove attraverso le seguenti misure:

- indossando sempre i guanti;
- limitando i contatti con altre persone per proteggere emotivamente la vittima;
- limitando il contatto fisico con la vittima allo stretto necessario e non eseguire cure igieniche;
- evitando, ove possibile, la medicazione delle lesioni; solo se indispensabile utilizzando garze sterili e fisiologica (Na Cl 0.9%);
- trattenendo il lenzuolo con cui il paziente è stato trasportato in ambulanza;
- trattenendo tutti gli abiti e gli accessori che la vittima si toglie ed imbustarli separatamente;
- non fornendo da bere alla vittima;

In caso di allontanamento il verbale di triage va consegnato alla polizia giudiziaria.

La formazione degli operatori sanitari sulla violenza in ambito relazionale sulle donne ed i bambini rappresenta dunque un punto importante del progetto REVAMP del Ministero della Salute sia in fase di pre-qualificazione del personale, sia come formazione in servizio. Data la complessità del problema, la formazione dei professionisti dei Dipartimenti di emergenza/urgenza deve essere di approccio multidisciplinare e riguardare i vari contenuti della risposta alla violenza. A tale proposito si presenta un elenco di conoscenze ed abilità che dovrebbero essere acquisite dagli operatori dei PS:

- capacità di analisi ed inquadramento del fenomeno (epidemiologia, legislazione, codice rosa, triage in PS delle vittime di abuso, indicatori di sospetto, identificazione);
- corretta comunicazione e counselling, (capacità di raccolta e inquadramento della storia di violenza con atteggiamento di accoglienza, sensibilità, ascolto, supporto);
- capacità di superare le resistenze emotive e sociali di fronte all'ascolto delle vittime di violenza (donne e bambini/e) e degli autori di violenza;
- capacità di ascolto emotivo di sé e dell'altra/o, per accrescere le proprie abilità relazionali;

- riconoscimento della violenza relazionale nelle sue manifestazioni quotidiane e misconosciute, oltre a quelle più macroscopiche, che comunque vanno incontro a disconoscimento;
- riconoscimento delle tipologie e degli effetti a breve e a lungo termine della violenza di genere;
- comprensione dei meccanismi psicologici e culturali che favoriscono l'instaurarsi e il perpetuarsi della violenza, sia nel subirla che nel continuare ad agirla;
- conoscenze sugli autori di violenza, le loro caratteristiche, le modalità migliori con cui approcciarsi per stabilire un'alleanza di lavoro che favorisca maggiore consapevolezza, motivazione e cambiamento;
- competenze nella raccolta della documentazione dei fatti riferiti traumi;
- diagnosi differenziale di abuso;
- capacità di valutazione neuropsichiatrica, o di invio a specialista;
- accoglienza e presa in carico delle vittime di abuso;
- offerta di percorsi assistenziali, sostegno della vittima e dei suoi familiari.

L'assistenza alla donna vittima di violenza risulta alquanto complessa; assistere le vittime in questo percorso, vuol dire non solo offrire assistenza sociosanitaria, ma anche riconoscendo l'autodeterminazione loro negata, il riconoscimento del bisogno di giustizia, riconoscerla nella sua specificità. Proprio per questo è indispensabile resistere alla tentazione di semplificare tutto con la razionalità tecnica e saper sopportare il disagio esistenziale legato a vissuti inquietanti che mettono in discussione tutti i parametri di umanità, di fiducia ed intimità. L'operatore che si trova a contatto con la donna o minore, deve poter mettere in campo tutte le tecniche di comunicazione non verbale, e porsi in modalità di ascolto, prestando attenzione alle parole non dette, perché difficili da pronunciare e alla richiesta di aiuto, non solo di cure mediche ma di conforto e rassicurazione.

Diventa difficile, a volte, nel caos in cui versano i punti di Pronto Soccorso, trovare il modo di porsi in ascolto; sembra impossibile trovare il modo di curare con attenzione le "ferite nascoste"; eppure è indispensabile, perché dalla capacità degli operatori di capire, dipende la decisione della donna di aprirsi, di uscire dal vortice della violenza e denunciare.

Alla capacità di ascolto che permette di capire se ci si trova di fronte ad un caso di violenza, è necessario accostare l'azione dell'informare, sulle scelte possibili e sulla rete di servizi pubblici o di volontariato, in grado di fornire un aiuto competente anche in relazioni ai diritti legali.

Da quanto esposto ci rendiamo conto che la figura degli operatori sanitari è fondamentale, centrale, il primo filtro tra la donna che ha subito violenza e le istituzioni. Spesso, alcuni importanti aspetti dell'accoglienza e della presa in carico sono affidati al caso, senza una adeguata formazione del personale in tal senso.

Sono molte le donne che, vittime di violenze, hanno raccontato come spesso il personale sociosanitario delle strutture di emergenza non ha saputo vedere oltre quel riserbo, oltre la paura, la vergogna, i silenzi che chiedevano giustizia, e in molti casi hanno saputo anche giudicare.

Il saper riconoscere, ascoltare, proteggere e curare le vittime di violenze richiede, infatti, una preparazione professionale specifica, al passo con le evoluzioni del fenomeno e con gli strumenti di cura, contrasto e di tutela che ne conseguono. È necessario che anche gli operatori sociosanitari dei PS sviluppino un "know how" attraverso il quale concorrere alla corretta accoglienza e presa in carico delle vittime, divenendo attori protagonisti della gestione complessiva del fenomeno. Il riconoscimento e l'ascolto del trauma della violenza relazionale costituiscono infatti i primi passi per un adeguato sostegno alle vittime e per promuovere percorsi di uscita dalla violenza. La specificità del tema pone però gli operatori e le operatrici in contatto con una sofferenza emotiva profonda e con una grande complessità operativa.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha promosso e finanziato un Progetto "Programma di formazione blended per gli operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere" coordinato dall'Unità Operativa UO RCF del Dipartimento delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, per offrire una sistematica e omogenea formazione a operatori sociosanitari di 28 punti di Pronto Soccorso presenti nelle quattro regioni italiane partecipanti al Progetto.

Obiettivo del corso è quello di accrescere le capacità di diagnosi, gestione e trattamento della violenza di genere, rafforzare o costituire reti territoriali multidisciplinari antiviolenza, valutare l'efficacia dell'intervento formativo analizzando il numero dei casi riscontrati, individuare uno strumento di identificazione e valutazione del rischio di re-vittimizzazione, in rete con altri servizi territoriali, con altri settori disciplinari e con i centri antiviolenza. La struttura del corso è suddivisa in due unità.

Gli obiettivi della prima unità sono i seguenti: definire le dimensioni epidemiologiche e le caratteristiche della violenza di genere, descrivere gli strumenti (segni e sintomi) e gli indicatori standardizzati per una corretta identificazione e registrazione di casi, descrivere i principali effetti della violenza di genere sulla salute psico-fisico- sociale delle persone colpite che assistono, descrivere le più appropriate strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione dei casi di violenza.

Gli obiettivi della seconda unità sono: individuare le procedure di riferimento per una corretta gestione dei casi di violenza di genere, identificare gli strumenti per una corretta rilevazione del rischio di re-vittimizzazione attraverso lo strumento "Danger Assessment", individuare la normativa e descrivere il ruolo e la rilevanza dei diversi attori coinvolti nella rete.

3.10 EPIGENETICA DELLA VIOLENZA

Nell'ambito del progetto REVAMP è stato previsto lo sviluppo del progetto di ricerca "epiREVAMP: Analisi Epigenetica in campioni di sangue intero da pazienti che hanno subito trauma come strumento di screening per l'identificazione dei fattori causali di PTSD" che prevede l'identificazione di marcatori epigenetici (modificazioni molecolari e chimiche che non comportano cambiamenti nel nostro codice genetico), associati alla violenza. Lo studio "epiREVAMP" si prefigge di identificare nel tempo (studio di follow-up) le modificazioni epigenetiche, nel nostro caso inizialmente la metilazione del DNA, associate alla violenza; in questa fase del progetto l'obiettivo è quello, innanzitutto, di costituire la prima biobanca per le donne che hanno subito violenza. Il sistema di sorveglianza ospedaliera attivato da REVAMP, che vede il coinvolgimento dei Pronto Soccorso ospedalieri e dei servizi territoriali sanitari e sociali e che si occupano della presa in carico e dell'accompagnamento per le donne che hanno subito violenza, consentirà di arruolarle nello studio. Previa firma del consenso informato, le donne che vogliono partecipare allo studio e che usufruiranno della psicoterapia doneranno campioni del loro sangue per l'analisi epigenetica.

Dal punto di vista metodologico, la costituzione del consenso informato ha rispettato tutte le procedure previste dal CE dell'Istituto Superiore di Sanità'. Il linguaggio "semplice", non eccessivamente tecnico dato al foglio informativo che accompagna la richiesta al consenso informato, rappresenta la premessa indispensabile per una comunicazione efficace. L'alleanza terapeutica, auspicata in ambito sanitario, è frutto di un linguaggio chiaro e semplice. Sono questi in estrema sintesi i presupposti con i quali si è cercato di spiegare cosa sia l'epigenetica e quali siano, nel caso di studio, le ricadute positive per le donne che hanno subito violenza, ossia quelle di individuare precocemente il PTSD e intervenire con terapie adeguate centrate sulla persona. La parte più importante è rappresentata dalla spiegazione del fatto che le modificazioni operate sul DNA non sono uno "stigma" della violenza subita.

Le cause della violenza sono eventualmente da imputarsi all'ambiente sociale "negativo" e non ad una vulnerabilità presente nel nostro genoma. I protocolli per il prelievo di sangue sono stati disegnati secondo tre diverse modalità, che rispondessero adeguatamente alle realtà esistenti nei Pronto Soccorso della rete REVAMP. Un primo protocollo, il più semplice, prevede il prelievo di 4 gocce di sangue su un supporto solido, una speciale carta assorbente, che ne consente la conservazione senza la catena del freddo e per un lungo periodo (almeno 20 anni). Il secondo protocollo aggiunge al prelievo su supporto solido, anche una provetta con EDTA con almeno 5 ml di sangue da conservare a -20°C. Infine, nei centri che hanno la possibilità di mantenere più provette dei campioni di sangue, vengono utilizzate oltre alle provette per l'estrazione del DNA, anche quelle per la preservazione dell'RNA, il siero e le "cartine" con le 4 gocce. La costituzione di una biobanca con campioni di sangue di donne che hanno subito violenza è il primo passo che potrà portarci verso lo studio e la comprensione dei meccanismi epigenetici che sono alla base dell'insorgenza di patologie complesse quali il "Post Traumatic Stress Disorder" (PTSD). Il PTSD è un disturbo psicologico causato da esposizione a situazioni di pericolo e stress estremo (DSM-5), i cui sintomi sono rappresentati da "flash-back" ricorrenti, ridotto interesse in attività sociali, soppressione emotiva, senso di vuoto, paura, irritabilità, ira e difficoltà di concentrazione. Dati iniziali di letteratura scientifica sottolineano una associazione tra marcatori epigenetici ed esposizione al trauma. Le donne sono più suscettibili (20%) allo sviluppo di PTSD dopo esposizione ad eventi traumatici rispetto agli uomini. Ad oggi, questo studio multicentrico, prospettico e di follow-up su donne che hanno subito violenza, risulta essere l'unico su scala globale.

Le pazienti saranno seguite con psicoterapia e i prelievi per valutare eventuali modificazioni epigenetiche saranno effettuati ogni 6 mesi per un periodo di 18 mesi. Associato ad ogni prelievo sarà somministrato anche un questionario che fornirà in parallelo tutte le informazioni su stile di vita, abitudini e variabili psicologiche associate anche al PTSD. L'individuazione delle modificazioni epigenetiche, associabili alla violenza subita, potrebbe aiutarci nell'identificare le pazienti ad alto o basso rischio di sviluppare PTSD, e di intervenire in anticipo con protocolli terapeutici specifici. Questo approccio innovativo potrà fornire informazioni utili sull'effetto della violenza sul genoma, e cercherà di associare ai marcatori epigenetici i protocolli più adatti, medicina di precisione, per riportare in salute le donne che hanno subito violenza.

3.11 L'ISS, PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE

Il nostro sistema sanitario ha un ruolo fondamentale nel sostenere le donne, nel limitare l'impatto e nel prevenire la violenza; ciò in quanto le donne e le ragazze che subiscono violenza sembrerebbero essere più propense a ricorrere ai servizi sanitari e, in tale contesto, gli operatori sanitari rappresentano spesso il primo punto di contatto professionale delle vittime.

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle donne, strutture finalizzate alla prevenzione, all'individuazione precoce ed all'assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale; l'8 Marzo 2020, si è voluto ricordare ancora di più, l'importanza di arginare questa "emergenza sociale".

Poiché spesso, però, la violenza rimane nascosta, al fine di individuarne il più rapidamente possibile i segni, si rende necessario rafforzare le competenze degli operatori sociosanitari che entrano in contatto con le vittime, mediante specifici programmi di formazione.

Il Ministero della Salute ha incaricato l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di condurre un Progetto di formazione per gli operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso (PS) impegnati in interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza rivolti alle donne che subiscono violenza.

Per tutti i professionisti che quotidianamente potrebbero trovarsi a gestire il delicato e complesso fenomeno della violenza di genere, è stato predisposto un percorso formativo a distanza (FAD) dal titolo:

“Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso l’attivazione delle reti territoriali”

Il Corso FAD che è stato avviato il 29 gennaio 2020 e sarà fruibile sulla piattaforma www.eduiss.it fino al 29 luglio 2020, impegnerà circa 640 PS collocati nelle Regioni e nelle Province Autonome, coinvolgendo circa 20.000 operatori sociosanitari che lavorano nel Pronto Soccorso o che vi collaborano strettamente.

La finalità è quella di acquisire conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali indispensabili per individuare e trattare la violenza di genere.

I temi trattati riguardano prevalentemente:

- la rilevanza del fenomeno;
- gli strumenti per una corretta identificazione dei casi di violenza;
- le procedure e i protocolli da attuare;
- gli strumenti diagnostici in grado di individuare precocemente il rischio di re-vittimizzazione della donna;
- le normative di riferimento, ma anche gli elementi di base per attivare reti territoriali volte garantire alle vittime una concreta fuoriuscita dal circuito della violenza.

Data la complessità del fenomeno, risulta fondamentale creare un modello d’intervento coordinato, multidisciplinare, multi-professionale, inter-istituzionale che risponda in modo articolato e completo ai bisogni delle donne vittime di violenza.

L’intervento formativo previsto dal Progetto dell’ISS, promosso e finanziato dal Ministero della Salute, è in linea con quanto sottolineato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità: “operatori sociosanitari adeguatamente formati ad affrontare la violenza contro le donne, possono fare una grande differenza nel curare non solo le lesioni fisiche, ma anche il dolore mentale, sessuale ed emotivo”.

La violenza ha effetti negativi a breve e a lungo termine, sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima.

Le conseguenze possono determinare per le donne isolamento, incapacità di lavorare, limitata capacità di prendersi cura di sé stesse e dei propri figli: anche i bambini che assistono alla violenza all'interno dei nuclei familiari possono soffrire di disturbi emotivi e del comportamento.

Quindi è possibile affermare che realtà come queste sono applicabili all' AOU Ospedali Riuniti di Ancona, al fine di accrescere le conoscenze degli operatori del Pronto Soccorso, operatori sociosanitari, infermieri e medici, con il solo scopo di arginare e rivelare, quanto più possibile, i casi di violenza sulla donna.

3.12 CASO CLINICO

Nel periodo durante il quale ho svolto il tirocinio nel Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ossia dal 21 agosto 2019 al 7 ottobre 2019, specificatamente nel mese di agosto, durante la fase assegnatami al Triage, ho assistito personalmente all'accesso di una ragazza di 28 anni che era stata vittima di maltrattamento da parte del suo compagno. La giovane si è recata in ospedale autonomamente e ciò che era più evidente era la sua condizione di spavento e terrore; il suo cellulare continuava a squillare, il suo compagno continuava a cercarla; Arrivata allo sportello del triage si è subito confidata con l'infermiera in servizio quella sera: la professionista è stata in grado di instaurare un rapporto di empatia e collaborazione con la donna, chiedendole se il suo compagno sapesse che si era recata in Ospedale e cercando di tranquillizzarla. La donna rispose che il suo compagno non sapeva che si era recata in ospedale; pensava più che altro che si fosse recata dalla Polizia. Ha raccontato che non era il primo episodio di maltrattamento, era successo anche un mese prima, in quel caso aveva chiamato l'ambulanza. Arrivata in ospedale si era sottoposta ai controlli e alle visite, ma nel colloquio con le forze dell'ordine ha deciso di non denunciare il suo compagno, autore del maltrattamento. Ciò che mi è rimasto più impresso sono stati i suoi occhi vuoti, smarriti, assenti, ma pieni di lacrime, con l'incredulità su come qualcuno, che dica di "amarti", possa farti così male. Nonostante ciò, dalle sue parole si evinceva la voglia di riscatto personale e la voglia di andare fino in fondo questa volta, denunciando in un secondo momento il maltrattamento subito.

L'infermiera ha ascoltato il suo racconto, facendo caso ai dettagli, senza però fare troppe domande a riguardo, le ha assegnato un codice di priorità, codice giallo, rilevando i parametri vitali, i quali erano stabili e nella norma.

L'anamnesi d'accesso era "riferisce di essere stata aggredita da persona conosciuta, ovvero il compagno, alle 22 circa." Nell'anamnesi è stato scritto che presentava contusione all'arto superiore destro, coscia destra e piede sinistro. Dopo di che è stata fatta accedere nella stanza adibita a casi di violenza nel Pronto Soccorso, la stanza 4, annotandolo nella sezione "Diario Clinico", stanza dove sono presenti anche i kit per le indagini in caso di violenza sessuale. Come prestazioni in Pronto Soccorso è stata effettuata una visita generale dal Medico curante in turno, la donna presentava all'esame obiettivo una contusione con ecchimosi all'avambraccio destro, coscia destra e piede sinistro, è stata poi dimessa con codice verde alle ore 01.00 con "dimissione a domicilio" con prognosi di 6 giorni.

4. DISCUSSIONE

Nell'affrontare la problematica dell'abuso sulle donne, si è chiaramente avvertita la necessità di una formazione più qualificata ed un miglior aggiornamento professionale per il personale sanitario allo scopo di concretizzare una funzionante rete socio-giuridica sanitaria, sia privata che pubblica, con lo scopo di tutelare e proteggere le donne abusate e maltrattate.

Vi è la necessità di costruire un'equipe pluri-specialistica, dove cooperino numerose figure professionali (come magistrati, giuristi, assistenti sociali e forze dell'ordine) così da permettere uno scambio di informazioni e conoscenze, sia scientifiche che professionali. E' necessario, dunque, dotare gli operatori sanitari di abilità pratiche e teoriche, conoscenze e capacità relazionali in merito alla tutela ed alla prevenzione, specialmente quelli che si relazionano con le donne maltrattate ospedalizzate, le quali arrivano in Pronto Soccorso per cercare un luogo sicuro.

Numerosi studi hanno sottolineato la necessità e l'importanza di una continua educazione degli operatori sanitari in merito all'individuazione ed alla successiva denuncia, dei primi segni e sintomi di abuso sulle donne. A tal proposito, numerose organizzazioni sanitarie hanno sviluppato efficaci programmi di formazione per perfezionare il sistema di identificazione e di denuncia degli abusi come pure le competenze degli operatori in merito ai servizi disponibili nelle comunità.

Un esempio molto valido è rappresentato dagli Stati Uniti, dove "l'American Academy of Pediatrics" e "l'American Medical Association" hanno redatto delle linee guida per la diagnosi ed il trattamento delle sevizie e della violenza sessuale sulle donne.

Inoltre, nello Stato di New York, agli operatori sanitari è stata imposta la partecipazione ad un corso di aggiornamento per determinare e segnalare l'abuso e violenza sulle donne; è fondamentale sottolineare che tale corso rappresenta il prerequisito necessario per acquisire una licenza.

Oltre ai provvedimenti intrapresi in America, anche in altri Stati, in Europa e altrove, sono stati compiuti diversi interventi volti a perfezionare la formazione degli operatori sanitari.

Nonostante ciò, l'incuria sulle donne e l'individuazione degli abusi rimane una questione francamente complessa: difatti, di solito si rende necessario ricorrere a tecniche di intervista e specifici esami fisici; inoltre, gli operatori sanitari dovrebbero prestare particolare attenzione alla presenza di quei fattori di rischio, riguardanti la famiglia o di altra natura, che potrebbero facilitare così il riconoscimento della violenza.

Allo scopo di assicurare un apprendimento efficace e dinamico, alcuni ricercatori hanno proposto la progettazione e l'elaborazione di percorsi polivalenti e predisposti per i professionisti della salute, basati sul loro specifico livello di coinvolgimento nelle situazioni di abuso di genere. In tal senso, sarebbe opportuno predisporre programmi di formazione separati, ma integrati, per medici e studenti di medicina da un lato, e, dall'altro, per chi risulti particolarmente coinvolto nell'ambito dell'abuso di genere, come ad esempio l'infermiere.

Per quanto il panorama formativo italiano si sia notevolmente arricchito, all'atto pratico risulta piuttosto frammentato: difatti, la gran parte dei programmi formativi in merito agli abusi sulle donne è pianificato da associazioni di volontariato, organi istituzionali e cooperative. Per questa ragione si rende necessario organizzare, oltre a percorsi di sensibilizzazione e informativi, soprattutto dei percorsi formativi di base che abbiano una valenza integrata e multidisciplinare, in modo che gli operatori sia del settore privato che pubblico riescano ad individuare rapidamente i casi di maltrattamento, avviando immediatamente i percorsi di protezione e di presa in carico sanitaria e psicosociale.

Questi corsi devono essere incentrati sul divulgare e consolidare una nuova cultura di genere per la salvaguardia e la promozione delle donne, fondata sul diritto delle donne ad essere rispettate come individui, oltre che sul sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della violenza sulle donne e sul femminicidio, al fine di tentare di arginare il fenomeno.

È fondamentale distinguere due diverse tipologie di formazione, ossia quella di base e quella specialistica:

- la prima consentirà agli infermieri di individuare quanto più rapidamente possibile i casi di maltrattamento. La formazione di base deve fornire all'infermiere gli strumenti necessari per possedere un quadro di carattere generale informativo e critico sui principali temi e sui punti problematici dell'intervento nelle situazioni di abusi e violenze; inoltre deve prevedere dei seminari sequenziali dove vengano affrontati i temi della rilevazione, della valutazione e del trattamento, favorendo una visione multidisciplinare ed integrata dell'assistenza e degli interventi che si erogheranno.

- La seconda, invece, la specialistica, sarà rivolta ai professionisti che desidereranno approfondire tematiche specifiche e ad approfondire le conoscenze sulla rete territoriale dei servizi, rafforzando una visione integrata, oltre alla necessaria acquisizione di competenze specifiche relative alla propria professione.

Da quanto appena affermato, si evince facilmente che tutti gli infermieri devono essere sostenuti da percorsi di formazione permanente che consentano loro non solo di incrementare la propria conoscenza, ma di permettere l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche. In merito alla problematica inerente alla violenza sulle donne, è necessario raggiungere tre importanti obiettivi quali:

- il rilevamento precoce della richiesta di aiuto, con conseguente segnalazione;
- una diagnosi globale multidisciplinare;
- il sostegno e recupero della donna mediante un trattamento terapeutico.

Dunque, la formazione deve essere impostata su tre livelli, ossia il rilevamento, la diagnosi, la protezione e/o il trattamento delle donne maltrattate. È importante sottolineare che, nel percorso diagnostico, le prime tre aree si intersecano tra loro: deve essere garantita una diagnosi multidisciplinare, e ciò è possibile soltanto se tutte le categorie implicate possiedono una conoscenza, anche minima, delle funzioni degli altri livelli. Il secondo livello dell'intervento, relativo alla diagnosi, interessa quattro categorie di operatori: l'operatore dell'area medica, per la raccolta dei dati anamnestici e l'accertamento il danno fisico e neuropsichiatrico della paziente; l'operatore dell'area socio-assistenziale, per la raccolta di informazioni in merito al grado di danno e di pregiudizio; l'operatore dell'area psicologica, per la verifica del danno psicologico a seguito dell'abuso; in ultimo, l'operatore dell'area giuridica, per l'audizione della vittima. Il terzo livello di formazione è quello rivolto agli operatori che attuano la messa a punto di un percorso di aiuto psicosociale per il trattamento del maltrattamento (ormai diagnosticato) finalizzato al sostegno e al recupero della donna.

Il maltrattamento femminile viene spesso definito in alcuni testi, "Il maltrattamento invisibile", poiché fin troppo spesso viene poco considerato e sottovalutato.

Si tendono a percepire soltanto le forme che, in qualche modo, sono state già vissute ed interiorizzate: in genere non assume tanta importanza "l'avvenuta violenza fisica", quanto l'aspetto di svilimento, svalutazione e di negazione della dignità personale. In altre parole, più del grave dolore fisico, viene causato un danno al senso del sé della donna.

L'intervento psicologico, specialmente nei casi in cui il trauma sia occorso nel contesto della famiglia, deve essere mirato non soltanto all'offesa, ma anche all'ambiente da cui proviene.

La violenza sulla donna, difatti, rappresenta soltanto la punta dell'iceberg di una problematica che riguarda la famiglia nel suo complesso, dove viene coinvolto tutto il contesto familiare che, direttamente o indirettamente agisce e subisce l'abuso, perciò l'infermiere dovrà intervenire a 360 gradi mediante un'assistenza infermieristica empatica e di comprensione.

Un altro fattore importante da considerare riguarda la tutela emotiva degli operatori, che nell'ottica di una formazione continua dovrebbe passare attraverso anche un percorso formativo centrato: al fine di migliorare le capacità cognitive, relazionali, emotive e comunicative, è necessario formare gli operatori delle più svariate professionalità, capaci di recuperare ed elaborare indizi di malessere da parte delle donne, affinché possano individuare e riconoscere il fenomeno del maltrattamento attivando tutte le risorse necessarie a contrastare il meccanismo di autodifesa che ogni individuo può sviluppare a seguito dell'esperienza traumatica.

Secondo quanto viene descritto da Luigi Cancrini nel libro "L'oceano borderline: racconti di viaggi" (2006), le reazioni emotive che più frequentemente interessano gli operatori sono:

- l'identificazione emotiva con la vittima, con il suo carico di dolore e sofferenza: sensazione d'impotenza, di incompetenza e di sfiducia che nascono dal suo contatto con il mondo reale e che sviluppano nel soggetto manie di persecuzione e pervadendolo di un senso di sfiducia nei confronti del mondo esterno;
- la sensazione di poter ricoprire un ruolo salvifico che permetta, attraverso il proprio intervento, di poter agire sulla situazione stessa, senza limitarsi a padroneggiarla;
- l'identificazione con l'aggressore, con la tendenza a ridurre al minimo l'importanza dell'evento, che porta a manifestare sentimenti di repulsione e disgusto soprattutto nei casi di abuso sessuale;
- l'ansia in merito al conflitto che solitamente insorge in seguito ad una responsabile rilevazione dell'abuso.

I complessi meccanismi che nascono a causa dell'oscillazione tra la posizione della vittima e quella dell'aggressore, possono indurre l'operatore a sentirsi sopraffatto dalla situazione, venendo meno al suo compito di proteggere e curare la vittima che gli è stata "affidata".

Per far fronte a questo sentimento, l'operatore può affidarsi ad un gruppo con il quale confrontarsi e che possa dargli l'adeguato sostegno. Il gruppo di lavoro, composto anche da altri psicologi, può rivelarsi uno spazio indispensabile nel quale condividere il carico emotivo, per sentirsi meno "soli" e crescere professionalmente con i propri colleghi.

Allo scopo di meglio comprendere la responsabilità nel triage infermieristico, è importante valutare la problematica più generale delle responsabilità che competono alla figura dell'Infermiere. Nel Dizionario delle Professioni Infermieristiche (1997), la Lupano sostiene che: "L'essere responsabile (che deve rispondere, rendere ragione, o garantire) delle azioni proprie o altrui. Condizione di chi è responsabile di qualcosa. Sottomissione, disposta dalla legge, alla sanzione in conseguenza alla violazione di un dovere giuridico. In senso generale, la responsabilità è l'obbligo di rispondere di un'azione illecita, per la violazione di una norma giuridica. La responsabilità, quindi deriva da precise norme giuridiche che stabiliscono divieti e obblighi".

Oltre a ciò, la Lupano definisce anche il significato di responsabilità professionale, asserendo che per "Responsabilità professionale" s'intende "l'obbligo del professionista di rispondere a tutte le azioni inerenti all'esercizio della professione." Egli quindi deve prestare la propria attività con capacità e diligenza in mancanza delle quali possono verificarsi conseguenze lesive di diritti altrui. Le conseguenze della responsabilità, assunta con incapacità o negligenza, sono le sanzioni giuridiche. La responsabilità vuole essere distinta in penale, civile, amministrativa, ordinistica. L'infermiere si trova in una situazione teorica di centro di imputazione dei vari tipi di responsabilità in concomitanza fra loro, secondo un fenomeno che è stato definito di iper-responsabilizzazione". Il triage, quindi, consente un notevole ampliamento del ruolo e delle mansioni proprie dell'infermiere: com'è ovvio, tale ampliamento implica delle ulteriori responsabilità professionali.

Sulla base di quanto illustrato nei capitoli precedenti, il "Progetto REVAMP" ed il "Modello SOSTegno Donna", sono due realtà applicabili al protocollo attuato al Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona in caso di violenza sessuale o maltrattamento, avendo come unico obiettivo il miglioramento dell'assistenza in Pronto Soccorso della donna vittima di violenza e l'incremento delle conoscenze degli operatori sanitari che vengono a contatto con questa ormai troppo attuale "emergenza sociale".

Sulla base di tutto questo è possibile affermare che i principi e i punti cardine dei due progetti sono in linea con quanto descritto nel protocollo del Pronto Soccorso AOU Ospedali Riuniti di Ancona in caso di violenza, ma in entrambi ci sono elementi aggiuntivi che potrebbero migliorare la gestione nei casi di violenza sessuale e maltrattamento: nel caso del “Modello SOSTegno Donna” l’operatrice affiancherà la donna nei tempi di attesa al PS, prima di essere visitata e/o tra una visita e la successiva.

Difatti le tempistiche del Pronto Soccorso, spesso molto lunghe e il continuo affollamento potrebbero determinare la rinuncia, da parte delle donne, a un percorso ritenuto attendibile e necessario, ma oltremodo impegnativo, diventandone in qualche modo anche alibi. La presenza al fianco della donna di un’operatrice conosciuta ai professionisti del triage determina invece nella donna la consapevolezza di poter contare su un contesto di accoglienza e ne placa le comprensibili ansie. Nei casi di violenza sessuale questo affiancamento si rivela assolutamente cogente: in questo modo si riduce il rischio che la donna si allontani dal PS, le si alleggerisce l’attesa e si consente all’operatrice di tramutare quel “tempo morto” in un tempo di conoscenza e scambio, ponendo le basi per una relazione di fiducia che risulta fondamentale per la presa in carico della donna.

Per quanto riguarda il “Progetto REVAMP” l’infermiere è la prima figura con cui la donna viene a contatto, ha il compito di rassicurarla ed accoglierla, instaurando insieme a lei una comunicazione empatica, garantendo la riservatezza: se c’è il sospetto di una violenza, bisogna fare poche domande davanti all’accompagnatore. Successivamente avvertire il medico e la psicologa e iniziare la procedura.

La percezione del fenomeno è molto sottostimata in sanità: l’80% dei medici generici, il 70% dei medici di Pronto Soccorso, il 55% degli operatori dei servizi territoriali non hanno mai sospettato casi di violenza domestica nella loro vita professionale. Da quanto si evidenzia, le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate: un protocollo specifico deve essere alla portata di ogni operatore per facilitare e standardizzare l’espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori. Il personale deve essere in grado di offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza assicurando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all’ascolto, testimonianza del fatto accaduto e con un manuale come quello del Progetto REVAMP gli operatori sanitari possono avere una “guida” da consultare e studiare, per far sì che nessun particolare sfugga, al fine di gestire nel migliore dei modi i casi di violenza sulla donna.

CONCLUSIONI

La violenza sessuale ed i casi di maltrattamento contro le donne sono ancora una problematica estremamente diffusa, in ogni parte del mondo, nonostante il recente conseguimento di una rilevante emancipazione, culturale e sociale, che ha permesso alle donne di avere gli stessi diritti dell'universo maschile. Forse è proprio per questi motivi che nella mente dell'uomo si innescano dei meccanismi strani, di gelosia, di invidia o semplicemente per rivendicare la sua "autorità" sulla donna, la quale magari ha una brillante carriera lavorativa o ha deciso di divorziare e iniziare una nuova vita con un altro uomo. La violenza sulle donne, come ho già precedentemente espresso, è diventata a tutti gli effetti una vera "emergenza sociale", l'infermiere in primis deve avere la prontezza di riconoscere un caso di violenza o maltrattamento, deve essere formato e istruito a riguardo, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica e creare un rapporto di vera e pura empatia con la donna.

Per la paziente, il Pronto Soccorso diventa come un'oasi nel deserto, un'ancora di salvezza dove può trovare un "rifugio sicuro" e procedere con tutti gli esami strumentali e diagnostici al fine di poter proseguire a livello legislativo, qualora voglia continuare e punire colui che ha commesso tale abominio.

Indi per cui, colei che si reca in Pronto Soccorso deve trovare davanti a sé qualcuno pronto ad accoglierla ed un'assistenza completa a 360 gradi. L'infermiere deve "sapere", "saper fare" ma soprattutto "saper essere", nei casi di violenza ancora di più: ci vuole un certo tatto nel trattare l'argomento, nel provare a riconoscere i segni principali e attivarsi immediatamente.

Spesso le vittime di violenza che arrivano in Pronto Soccorso possono essere anche donne che subiscono maltrattamenti di ogni genere da anni e cercano supporto, ascolto, accoglienza e protezione. Tutto il personale deve essere formato su come comportarsi di fronte ad una violenza o maltrattamento e lo snodo è proprio il Triage: l'infermiere che 'accoglie' deve saper 'cogliere' ogni minimo dettaglio di chi ha di fronte, più del detto il non detto, il sommerso, i comportamenti, i movimenti, i silenzi, gli sguardi. Un percorso non facile visto che nella maggior parte dei casi le violenze sono da parte di familiari, partner o comunque persone molto vicine alla famiglia; tutto questo è paradossale. Ci fa del male chi ci è più vicino, è da rimanere basiti di fronte a certe vicende che accadono. Subentrano quindi processi complessi: dalla paura di perdere la casa e il sostegno economico, alla volontà di "perdonare" chi ha fatto tale violenza perché si è convinti che quello è il modo con cui dimostra il proprio amore.

La consapevolezza della donna e la voglia di denunciare è fondamentale per arginare i casi di violenza e, proprio in questo, è determinante il ruolo dell'infermiere, che con il paziente può instaurare un rapporto di comprensione ed empatia. Per tanti episodi di violenza dichiarata all'arrivo in Pronto Soccorso, se ne sospettano almeno altrettanti, nei quali però le vittime negano l'aggressione: senza la collaborazione della vittima però, diventa difficile aiutarla in modo concreto, anche solo per metterla in contatto con centri e strutture protette dove possa ricominciare una vita lontano dai suoi aggressori.

Nel concludere questa mia esposizione sull'argomento, desidero formulare un pensiero che maturo sempre di più nella mia mente: auspico che questo elaborato divenga, col tempo, sempre più obsoleto e tra qualche anno, azzardo a dire, anacronistico, grazie ad una maggiore e maturata coscienza, accresciuta nelle famiglie, nelle scuole e nella società, con un sistema sanitario sempre più pronto e formato, così che non vi siano più casi di violenza sulla donna.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline: racconti di viaggi*. Milano: Cortina Raffaello.
2. Caporossi, M., & Buscemi, L., (2019, Ottobre). *La violenza sui minori, sulle donne, sugli anziani e sui disabili: Riconoscere, proteggere, intervenire*. Congresso Regionale, VII Edizione, Ancona.
3. Di Girolamo, G., & Romito, P. (2014). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. Roma: Giovanni Fiori Editore.
4. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Roma: [13 Aprile 2019].
5. Lupano, P., (1997). *Dizionario delle Professioni Infermieristiche*. Torino: UTET.
6. Protocollo Azienda Ospedali Riuniti Ancona. (revisione 12\2018). *Percorso per donne che subiscono violenza*.
7. Decreto Del Presidente del Consiglio dei Ministri. (2017). *Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>
8. Ministero Della Salute. (2020). *8 Marzo, nel segno della prevenzione e del contrasto della violenza di genere*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4162&fbclid=IwAR3D0PcSe4G1x-MUT2JGXxUEG2ISUpksVg7pg7sH2KJXqAbOeAm5nfU_UvY
9. Modello d'intervento per il contrasto alla violenza di genere nei Pronti Soccorsi Italiani "SOStegno Donna". (2016). (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: <https://www.weworld.it/pubblicazioni/2016/sostegno-donna/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

10. Indagini ISTAT, (2019). *Il numero delle vittime e le forme della violenza*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>
11. Organizzazione Mondiale della Sanità, (OMS,2019). *Affrontare la violenza contro le donne: risultati chiave e priorità. Piano d'azione globale sulla violenza contro le donne e ragazze*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1111165.pdf> [26 novembre 2019]
12. Procura della Repubblica, Legge n.69. (2019). *Il Codice Rosso*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: http://www.procura.enna.it/allegatinews/A_24876.pdf
<https://www.diritto.it/approvato-il-codice-rosso-ora-e-legge/>
13. Progetto REVAMP (Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum), manuale per operatori di Pronto Soccorso. (2017). *Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza, donne e minori in particolare*. (Ultimo accesso in data 23/03/2020) Disponibile in: http://www.sossanita.it/doc/2017_11_violenza-guida-report_progetto-revamp.pdf

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare, a questo punto, il Dott. Maurizio Mercuri, relatore di questa tesi di laurea, per l'aiuto, la disponibilità e precisione dimostratemi nel periodo di modifica della medesima, aiutandomi a migliorare ogni aspetto di questo elaborato, fornendomi sempre una risposta mirata ad ogni mio quesito.

Un ringraziamento particolare e speciale al Dott. Sandro Ortolani, per aver rappresentato un punto di riferimento nella mia formazione infermieristica, per aver avuto sempre una soluzione ad ogni mio dubbio, accogliendomi sempre col sorriso e aiutandomi ogni qualvolta ne avessi avuto necessità.

Ringrazio i Tutor e tutti coloro che hanno contribuito ad accrescere le mie conoscenze in tutto il mio percorso di studi.

Un immenso ringraziamento ai miei genitori che, con il loro dolce e instancabile sostegno, sia morale che economico, mi hanno permesso di arrivare fin qui: se sono la donna che sono è grazie a loro, ai sani principi che mi hanno insegnato; mi sono stati accanto quando nessuno c'era, mi hanno aiutato a trovare la luce in momenti bui, dove sembravo non avere possibilità di uscita.

Un ringraziamento ai miei nonni, ai miei zii, alla mia amata maestra delle elementari, la maestra Clara e parenti tutti che, anche se da lontano, hanno sempre creduto nel mio percorso, hanno sempre gioito ad ogni traguardo raggiunto, avendo sempre stima di me. Un ringraziamento a mia nonna materna che non c'è più, mi ha lasciato ancor prima di raggiungere questo grande traguardo, nell'ultimo periodo della malattia ho cercato di starle accanto sia come nipote che come "futura infermiera", ma la malattia è stata più forte di tutto.

Un ringraziamento speciale a tutti gli infermieri della Pneumologia, Chirurgia e Geriatria dell'Ospedale di Macerata, dove ho frequentato il mio primo anno di studi; dell'AOU Ospedali Riuniti Ancona ringrazio i reparti di Allergologia, Cardiologia Semintensiva, Clinica di Ematologia, Divisione di Rianimazione, i Poliambulatori ed il Pronto Soccorso; ringrazio la Rianimazione Pediatrica AOU Ospedali Riuniti Ancona Presidio Salesi.

In particolare, ringrazio tutti quei infermieri che, oltre a trasmettere il “sapere” ed il “saper fare”, mi hanno trasmesso il loro “saper essere”, che spero vivamente di non perdere mai, poiché raro nella professione infermieristica; in particolare un immenso grazie soprattutto agli infermieri ed infermiere: Rachele, Daniela, Ludovica, Emanuela, Stefania, Antonella, la prof. Alfia, Pina, Natascia, Stefania T., Fabiola, Cesare e Romano, Roberto, Luca, Dora, Irene, Daniela e Antonella S. e Antonella S.

Ringrazio tutti gli OSS che ho incontrato nel mio tirocinio, ognuno, a modo loro, mi ha insegnato qualcosa, rallegrando mattinate impegnative, ma allo stesso tempo lavorando con impegno e professionalità, come per esempio la dolce Annalisa e tutti i suoi colleghi OSS della Geriatria.

Ringrazio tutti i pazienti che ho incontrato in questo “lungo viaggio”, ognuno di loro mi ha insegnato qualcosa, dall’inizio alla fine, non ricordo i nomi di tutti, ma li ringrazio singolarmente, uno ad uno.

Ricordo con affetto e commozione: Egidio, un uomo amante del mare e della pesca, con i suoi occhi blu mi sorrideva senza sorridere, nonostante il suo cuore malato abbia smesso di battere troppo presto, è stata la prima volta che ho pianto per la morte di un paziente. Patrizia, una donna con un carattere forte e piena di vita, aveva sempre una buona parola nei miei confronti: non è facile comunicare ad un paziente che ha un tumore maligno, la sua vita cambia improvvisamente; ricordo ancora quando il medico lo comunicò prima al figlio, egli piangeva di nascosto per trovare le giuste parole da dire alla madre. Non lo dimenticherò mai.

Elisabeth, che con la sua dolcezza e avendo sempre fiducia in me, mi ha aiutata a credere sempre nei miei sogni, facendomi sentire un’infermiera a tutti gli effetti, anche se ero solamente una studentessa al secondo anno di studi; una donna tenace, che non ha mai mollato, si è riappropriata della sua vita grazie a sé stessa, ai suoi figli e al suo splendido marito che le è stata sempre accanto.

Uno speciale ringraziamento alle mie amiche, “poche ma buone”, mi sono state accanto nonostante il mio carattere impulsivo, nonostante tutto, auguro ad ognuna di loro la felicità che merita e di raggiungere qualsiasi sogno ed obiettivo.

Per concludere ringrazio chi, in questo momento della mia vita, mi è stato accanto come nessuno mai. Un mondo strano il nostro, sempre più pieno di persone superficiali e senza valori: quando sul tuo cammino incontri qualcuno che parla “la tua stessa lingua” non puoi non notarlo. Ringrazio la vita per aver avuto il privilegio di sentirmi protetta e amata e di conoscere questa “felicità” che pensavo non esistesse affatto.