



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NEI CASI DI
VIOLENZA SESSUALE**

Relatore: Chiar.mo
MAURO PESARESI

Tesi di Laurea di:
MARTINA PAOLONI

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 “LA VIOLENZA SESSUALE”	
1.1 DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEL CONTESTO.....	3
1.2 DEFINIZIONE E TIPI DI VIOLENZA	5
1.3 STATISTICHE NAZIONALI.....	11
1.4 CONSEGUENZE BIO-PSICO-SOCIALI SULLA SALUTE DELLA DONNA.....	13
1.5 RESPONSABILITA' DEGLI OPERATORI SANITARI: OBBLIGO DI DENUNCIA E REFERTO.....	15
1.6 IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE.....	17
1.7 MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE.....	21
CAPITOLO 2 “PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE”	
2.1 LINEE GUIDA NAZIONALI.....	24
2.2 PROTOCOLLO NAZIONALE PER ADULTI (AIFL).....	34
2.3 PROTOCOLLO “OSPEDALE RIUNITI” DI ANCONA.....	51
CAPITOLO 3 “RUOLO INFERMIERISTICO NEI CASI DI VIOLENZA”	
3.1 COLLOQUIO E ACCERTAMENTO.....	75
3.2 RUOLO EDUCATIVO.....	84
3.3 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE.....	87
3.4 L'INFERMIERE FORENSE	101
CONCLUSIONI.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	109
RINGRAZIAMENTI.....	114

INTRODUZIONE

L'elaborato di questa tesi nasce dalla volontà di evidenziare un fenomeno quanto mai dilagante e oggi giorno tristemente quotidiano, rilevando come la violenza contro le donne debba diventare argomento centrale e costante impegno delle istituzioni nell'ambito della ricerca, scientifico e antropologico al fine di prevenire ed attivare progetti volti ad arginare questo problema.

Anche se la maggior parte delle vittime sono donne, non va dimenticato che anche gli uomini, gli anziani ed i bambini spesso subiscono violenza sessuale.

Le conseguenze della violenza sessuale sono molteplici: dalle gravidanze indesiderate, alle malattie sessualmente trasmesse, dall'instaurarsi di un circolo vizioso in cui la vittima diventerà carnefice, alle ripercussioni a livello psicologico e psichiatrico quali depressione, abuso di sostanze, stress posttraumatico e inclinazione al suicidio. Anche se nella maggior parte dei casi l'episodio di violenza sessuale non viene denunciato, le vittime comunque tendono a cercare assistenza e spesso si trovano ad essere assistite da personale sanitario, il quale ha il compito di accoglierle e sostenerle durante tutto il loro percorso ospedaliero. Tutto ciò richiede un trattamento non solo infermieristico, ma multidisciplinare, quindi complesso, che necessita la cooperazione di più figure sanitarie e non, come per esempio: medici, infermieri, ostetriche,

psicologi, forze dell'ordine, assistenti sociale.

Dopo un'analisi del tema della violenza sottolineando la sua diffusione in Italia e le varie conseguenze che essa porta alla vittima, viene illustrato il protocollo a livello nazionale stilato dall'AILF e subito dopo il percorso che si adotta nella nostra realtà regionale all'Ospedale “Riuniti” di Ancona.

Si sottolinea infine nell'ultimo capitolo la centralità e la rilevanza che assume il ruolo dell'infermiere che si approccia ad un caso di violenza.

VIOLENZA SESSUALE

1.1 DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEL CONTESTO

La violenza sulle donne è stata definita dall'ONU "*un flagello mondiale*" a causa della sua diffusione in tutti i Paesi compresa l'Italia. Gli aggressori appartengono a tutte le classi e compiono abusi fisici e sessuali su soggetti adulti e su minori, sul lavoro e in famiglia. Per combattere questa forma di violenza, oltre alle leggi, servono adeguate forme di prevenzione e di educazione.

Siamo di fronte a una delle tante violazioni dei diritti umani, al radicamento di un rapporto tra esseri umani che ha condotto gli uomini a prevaricare e discriminare le donne, a un meccanismo sociale che costringe le donne a vivere in una posizione subordinata rispetto agli uomini. Purtroppo, la violenza contro le donne sta diventando un fenomeno sempre più diffuso nell'ambito della famiglia e in tutta la società, per cui è indispensabile affrontare seriamente il problema per eliminare o almeno ridurre gli effetti negativi prodotti da questo tipo di violenza, che va punita non solo quando si presenta sotto le forme più brutali e disumane, ma anche quando assume l'aspetto del ricatto morale e della violenza psicologica. In un'epoca che si professa civilizzata come la nostra, le Nazioni Unite hanno giustamente definito la violenza sulle donne un fenomeno "barbarico" che sta raggiungendo dimensioni preoccupanti, perché non

comprende solo l'aggressione fisica ma include anche vessazioni psicologiche, ricatti economici, minacce, violenze e persecuzioni di vario genere, fino a sfociare nella forma estrema e drammatica del femminicidio.

È ormai dimostrato che la violenza contro le donne è diventata endemica sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali, a tutti i ceti economici e culturali; sono spesso mariti, fidanzati, compagni di vita e padri, seguiti dagli amici, vicini di casa, conoscenti stretti, colleghi di lavoro o di studio. Bisogna inoltre precisare, per evitare stereotipi devianti e socialmente dannosi, che queste violenze non sono commesse solo da uomini sbandati, malati di mente, tossicodipendenti, migranti, persone che vivono ai limiti della società, ma anche da individui cosiddetti "normali". In molti paesi le giovani sono vittime di matrimoni coatti, matrimoni riparatori e/o sono costrette alla schiavitù sessuale, mentre altre vengono indotte alla prostituzione forzata. Altre forme di violenza sono le mutilazioni genitali femminili o altri tipi di mutilazioni come lo stiramento del seno, le morti a causa della dote, lo stupro di guerra ed etnico. Il fenomeno sta assumendo dimensioni mondiali e non è sufficiente cercarne le cause nella frustrazione maschile, nella mancata realizzazione personale dell'uomo, nelle difficoltà sul lavoro o nella vita, nell'insoddisfazione, ma bisogna andare più in profondità per cercare le cause nel mancato

riconoscimento dell'identità delle donne da parte degli uomini e nella non realizzata parità di diritti tra uomini e donne, nel negare alle donne la possibilità di realizzarsi e di decidere secondo quanto ritengono sia meglio per loro stesse.[1]

1.2 DEFINIZIONE DI VIOLENZA E TIPI DI VIOLENZA

Secondo l'ONU, l'Organizzazione delle Nazioni Unite, la violenza è “qualsiasi atto che provoca, o può provocare, danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione e la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata”. Altra definizione complementare è quella dell'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità) che delinea la violenza come “L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”.[2]

Il Codice penale italiano tratta di violenza sessuale nell'art. 609 bis: “Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluna a compiere e a subire atti sessuali è punito con la reclusione da 5 a 10 anni.

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

- Abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa

al momento del fatto;

- Traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente ai due terzi”. L’articolo intende con “atti sessuali” quegli atti che siano idonei a compromettere, offendere e violare la libera autodeterminazione della sessualità del soggetto e a entrare nella sua sfera sessuale con manifesta illiceità. Da questo articolo viene considerato presupposto necessario di tale delitto che l’atto sessuale sia associato al costringimento della persona tramite violenza fisica, minaccia (violenza morale), abuso di autorità. All’interno del Codice penale non è però presente una vera norma specifica di contrasto dei vari tipi di violenza domestica. Si ricorre così ai reati di percosse (art 581 c.p.), lesione personale (art 582 c.p.), violenza privata (art 610 c.p.), maltrattamenti (art 572 c.p.).[3]

Parlare di violenza significa prendere in considerazione una serie di forme di abuso; tali forme sono:

1. Violenza Domestica: la violenza domestica, cioè quella compiuta all’interno delle mura di casa da parte di un familiare, è, tra le diverse forme di violenza, quella che si verifica più frequentemente e con maggiori tragiche ripercussioni sulla salute psicofisica della vittima.

2. Violenza Fisica: la violenza fisica consiste in qualsiasi forma di aggressività e

di maltrattamento contro le persone, contro il loro corpo e le cose che a loro appartengono. Spesso è esercitata con forza, per determinare nella donna un ruolo di sottomissione. Essa consiste ad esempio in: picchiare con o senza l'uso di oggetti. Spintonare, tirare per i capelli, dare schiaffi, pugni, dare calci, strangolare, ustionare, ferire con un coltello, torturare, uccidere.

3. Violenza psicologica e verbale: la violenza psicologica consiste in attacchi diretti a colpire la dignità personale, forme di mancanza di rispetto, atteggiamenti colti a ribadire continuamente uno stato di subordinazione e una condizione di inferiorità. Essa consiste ad esempio in: minacciare, insultare, umiliare, attaccare l'identità e l'autostima, isolarla, impedire o controllare le sue relazioni con gli altri, essere sbattuti fuori casa, essere rinchiusi in casa.

4. Violenza assistita: per violenza assistita in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del minore di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. S'includono le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia, e gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza), e/o percependone gli effetti”.

5. Violenza sessuale: la violenza sessuale consiste in qualsiasi imposizione di coinvolgimento in attività e/o rapporti sessuali senza il consenso. Spesso la violenza sessuale comporta aggressioni fisiche quali lo stupro, il tentativo di stupro, lo stupro di gruppo in cui la persona viene costretta ad avere rapporti sessuali con una o più persone estranee, o ancora con un parente, amico, un collega, che non accettano il rifiuto della persona. Essa consiste ad esempio in: fare battute e prese in giro a sfondo sessuale, fare telefonate oscene, contatti intenzionali col corpo, avances sempre più pesanti, costringere ad atti o rapporti sessuali non voluti, obbligare a prendere parte alla costruzione o a vedere materiale pornografico, stuprare, rendersi responsabili di incesto; costringere a comportamenti sessuali umilianti o dolorosi, imporre gravidanze, costringere a prostituirsi.

6. Violenza Economica: la violenza economica consiste in forme dirette ed indirette di controllo sull'indipendenza economica e limitano o impediscono di disporre di denaro, fare liberamente acquisti, avere un proprio lavoro. Essa consiste ad esempio in: sottrarre alla persona il suo stipendio, impedirle qualsiasi decisione in merito alla gestione dell'economia familiare, rinfacciare qualsiasi spesa, obbligarla a lasciare il lavoro o impedirle di trovarsene uno, costringerla a firmare documenti, a contrarre debiti, a intraprendere iniziative economiche, a volte truffe, contro la sua volontà, appropriarsi dei beni, fare acquisti importanti

senza la consultazione del parere della moglie/convivente.

7. Stalking: la violenza psicologica può manifestarsi tramite vere e proprie persecuzioni e molestie assillanti che hanno lo scopo di indurre la persona ad uno stato di allerta, di emergenza e di stress psicologico. Comunemente conosciuto con il termine “stalking” (appostarsi), questo comportamento non è attivato solo da sconosciuti, ma anche da familiari solitamente mossi dal risentimento o dalla paura di perdere la relazione. Essa consiste ad esempio in: telefonate, sms, e-mail, continue visite indesiderate e, anche il pedinamento, raccolta di informazioni sulla persona ed i suoi movimenti, la persecuzione può arrivare a delle vere e proprie minacce e anche alla morte.

8. Mobbing: Il mobbing è, nell’accezione più comune in Italia, un insieme di comportamenti violenti (abusi psicologici, angherie, vessazioni, demansionamento, emarginazione, umiliazioni, maldicenza, ostracizzazione, etc.) perpetrati da parte di uno o più individui nei confronti di un altro individuo, prolungato nel tempo e lesivo della dignità personale e professionale, nonché della salute psicofisica dello stesso. I singoli atteggiamenti molesti (o emulativi) non raggiungono necessariamente la soglia del reato né debbono essere di per sé illegittimi, ma nell’insieme producono danneggiamenti plurioffensivi anche gravi con conseguenze sul patrimonio della vittima, la sua salute, la sua esistenza. Più in generale, il termine indica: i comportamenti violenti che un

gruppo (sociale, familiare, animale) rivolge ad un suo membro.

9. Femminicidio: È un neologismo che identifica quei casi di omicidio doloso o preterintenzionale in cui una donna viene uccisa da un uomo per motivi basati sul genere. Nella sua accezione moderna, intesa come “uccisione di una donna da parte di un uomo per motivi di odio, disprezzo, piacere o senso di possesso delle donne” è stato formulato per la prima volta nel 1990, dalla docente femminista di Studi Culturali Americani Jane Caputi e dalla criminologa Diana Russell.[4]

1.3 STATISTICHE NAZIONALI

L'indagine sulla sicurezza delle donne, condotta dall'Istat tra maggio e dicembre 2014, fornisce dati relativi al fenomeno della violenza contro le donne. La violenza contro le donne è fenomeno ampio e diffuso: 6 milioni 788 mila donne hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni (il 20,2% ha subito violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri). Il 62,7% degli stupri è stato commesso dal partner attuale o precedente. Nella maggior parte dei casi gli autori di molestie sessuali sono sconosciuti alla vittima (76,8%). Emergono alcuni segnali di miglioramento rispetto alle precedenti indagini: negli ultimi 5 anni le violenze fisiche o sessuali sono passate dal 13,3% all'11,3%, rispetto ai 5 anni precedenti il 2006. Oltre alla violenza fisica o sessuale le donne con un partner subiscono anche violenza psicologica ed economica, cioè comportamenti di umiliazione, svalorizzazione, controllo ed intimidazione, nonché di privazione o limitazione nell'accesso alle proprie disponibilità economiche o della famiglia. La violenza psicologica è in forte calo rispetto al 2006, quella commessa dal partner attuale diminuisce da 42,3% al 26,4%. Una percentuale non trascurabile di donne hanno subito anche atti persecutori(stalking): sono circa 3 milioni 466 mila donne, pari al 16,1%. Le donne che hanno riportato una qualsiasi forma di stalking da un ex partner sono

il 21,5%, da conoscenti (4,2%), sconosciuti (3,8%), amici o compagni di scuola (1,3%) e datori o colleghi di lavoro (1,1%). Gli autori di stalking sono maschi per l'85,9% dei casi a fronte di un 14,1% di femmine. Il 78% delle vittime non si è rivolta ad alcuna istituzione e non ha cercato aiuto presso servizi specializzati; solo il 15% si è rivolta alle forze dell'ordine, il 4,5% ad un avvocato, mentre l'1,5% ha cercato aiuto presso un servizio o un centro antiviolenza o anti-stalking. Tra queste solo il 48,3% delle donne che si sono rivolte a istituzioni o servizi specializzati ha poi denunciato o sporto querela, a fronte di un 40,4% che non ha fatto alcunché.[5]

TIPO DI VIOLENZA	Partner attuale (a)	Ex partner (b)	Partner attuale o Ex partner (c)	Non partner (d)	Totale (d)
Violenza fisica o sessuale	5.2	18.9	13.6	24.7	31.5
Violenza fisica	4.1	16.4	11.6	12.4	20.2
Violenza sessuale (e)	2	8.2	5.8	17.5	21.0
Stupro o tentato stupro	0.5	3.8	2.4	3.4	5.4
Stupro	0.4	3.2	2.0	1.2	3.0
Tentato stupro	0.2	1.7	1.1	2.5	3.5

a) per 100 donne che hanno un partner attuale
b) per 100 donne che hanno un ex partner
c) per 100 donne con partner attuale o precedente
d) per 100 donne dai 16 ai 70 anni
e) incluso stupro e tentato stupro

Tabella 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita da un uomo per tipo di autore e tipo di violenza subita. Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche).

1.4 CONSEGUENZE BIO-PSICO-SOCIALI SULLA SALUTE DELLA DONNA

Le conseguenze di una violenza subita si ripercuotono principalmente sulla sfera fisiologica, psicologica e sociale della vittima. Per quanto riguarda la salute fisica della donna gli effetti possono essere diretti o indiretti e si distinguono in base al tipo di violenza subita. Le conseguenze dirette di un'aggressione fisica sono fratture, lesioni (contusioni, ematomi, danni oculari, rottura del timpano ecc.). Nel caso di una violenza sessuale c'è il rischio di una gravidanza indesiderata, sanguinamenti o infezioni vaginali, danni all'utero, o malattie sessualmente trasmissibili come l'AIDS. Le conseguenze indirette sono scatenate dallo stress e mediate dal malfunzionamento del sistema immunitario, e possono colpire qualsiasi organo o funzione (diarrea, stitichezza, sindrome da colon irritabile, cefalea, ipertensione). Un'altra modalità attraverso la quale la violenza può compromettere la salute riguarda i comportamenti a rischio: la donna abusata può smettere di mangiare, trascurare la sua salute, non effettuare i controlli sanitari necessari, oppure consumare troppi farmaci, fumare o “automedicarsi” con alcol o droghe. Le donne vittime di maltrattamenti accusano più spesso qualsiasi problema di salute rispetto a quelle che non ne subiscono. Sul piano psicologico, conseguenze dirette di violenze fisiche o sessuali possono essere rappresentate da reazioni di ansia acuta, di dissociazione

o di numbing (rallentamento delle reazioni) e, nei casi più gravi la “sindrome da trauma da stupro” (Rape Trauma Syndrome o RTS) che è correlata al disturbo post-traumatico da stress ma è più specifica dell'aggressione sessuale.[6]

I più comuni sintomi dell'RTS sono:

Rivivere il trauma: le vittime di stupro possono sperimentare incubi ricorrenti sullo stupro, flashback o potrebbero non essere in grado di smettere di ricordare lo stupro.

Ritiro sociale: questo sintomo è stato chiamato "intorpidimento psichico" e implica il non provare sentimenti di alcun tipo.

Comportamenti e azioni di evitamento: le vittime possono desiderare di evitare sentimenti o pensieri che potrebbero richiamare alla mente eventi riguardanti lo stupro.[7]

A medio e a lungo termine, la conseguenza psicologica più frequente è la depressione: numerose ricerche mostrano che le donne maltrattate dal partner hanno un rischio di depressione 4/5 volte maggiore rispetto alle altre donne.[8]

Un'altra conseguenza dello stato di disperazione indotto nelle vittime dai maltrattamenti è il suicidio: uno studio francese su un campione di 7000 donne, mostra che il rischio di un tentativo di suicidio aumenta di 19 volte nei mesi successivi un'aggressione fisica e di 26 volte in seguito a una violenza sessuale.[9]

FISICHE	SESSUALI RIPRODUTTIVE	PSICOLOGICHE COMPORAMENTALI	MORTALI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesioni addominali ▪ Lividi e frustate ▪ Sindrome da dolore cronico ▪ Disabilità ▪ Fibromialgie ▪ Fratture ▪ Disturbi gastrointestinali ▪ Sindrome dell' intestino irritabile ▪ Lacerazioni e abrasioni ▪ Danni oculari ▪ Funzione fisica ridotta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disturbi ginecologici ▪ Sterilità ▪ Malattia infiammatoria pelvica ▪ Complicazioni della gravidanza/ aborto spontaneo ▪ Disfunzioni sessuali ▪ Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/ AIDS ▪ Aborto in condizioni di rischio ▪ Gravidanze indesiderate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso di alcol e droghe ▪ Depressione e ansia ▪ Disturbi dell' alimentazione e del sonno ▪ Sensi di vergogna e di colpa ▪ Fobie e attacchi di panico ▪ Inattività fisica ▪ Scarsa autostima ▪ Disturbo da stress post-traumatico ▪ Disturbi psico-somatici ▪ Fumo ▪ Comportamento suicida e autolesionista ▪ Comportamenti sessuali a rischio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalità legata all' AIDS ▪ Mortalità materna ▪ Omicidio ▪ Suicidio

Tabella 3. Conseguenze della violenza sulla salute della donna.

1.5 RESPONSABILITA' DEGLI OPERATORI SANITARI: OBBLIGO DI DENUNCIA E DI REFERTO

Chiunque, mentre sta esercitando una professione sanitaria, viene a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio, è obbligato a farne segnalazione all'Autorità Giudiziaria. Al di fuori di tale norma, vale il segreto professionale (CP art.622 e Codice Deontologico) e la salvaguardia della privacy (D.Lvo 30.6.2003 nr 196 e successive modificazioni), cioè l'obbligo a non rilevare informazioni sulla salute del paziente o i suoi dati sensibili. La violazione del segreto professionale comporta sia sanzioni penali (reclusione) che civili (risarcimento).[10]

REFERTO

Il referto è l'atto scritto attraverso cui l'esercente una professione sanitaria riferisce all'Autorità giudiziaria di avere prestato la propria opera o assistenza nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il contenuto del referto, derivato quindi da una prestazione professionale effettuata di persona dal medico, si riferisce all'intervento prestato e al soggetto destinatario dell'assistenza. La refertazione rappresenta per il medico uno dei maggiori doveri, la cui omissione, com'è stato ribadito più volte, costituisce un reato contro l'amministrazione della giustizia. Oltre al medico, è tenuto al referto ogni altro esercente una professione sanitaria. Vi sono delle condizioni (delitti perseguibili d'ufficio) per cui vi è l'obbligo del referto: delitti contro la vita, delitti contro l'incolumità individuale, delitti contro l'incolumità pubblica, delitti contro la libertà personale, delitti contro la libertà sessuale, delitti contro la famiglia, ecc. (l'art.365 e 334 C.P.)

RAPPORTO

Il rapporto, o denuncia sanitaria, è l'atto scritto che il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico ufficio (l'infermiere, come pure il medico, ne sono un esempio) utilizza per informare una pubblica autorità di fatti o notizie appresi nell'esercizio della professione e di cui è obbligato a riferire per disposizione di legge.

DIFFERENZA TRA REFERTO E RAPPORTO

Il referto non è obbligatorio:

- a) se espone il paziente ad un procedimento penale
- b) se espone il libero-professionista ad un documento per sé o per un proprio congiunto.

Il rapporto è “sempre” obbligatorio:

Esenzione dall'obbligo del referto: l'obbligo del referto viene meno quando la sua presentazione esporrebbe il paziente a procedimento penale. Il sanitario che non si avvale di questa disposizione, cagionando un danno ingiusto al proprio assistito, può essere responsabile di violazione di segreto professionale.[11]

1.6 IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE

Come già annunciato dall'OMS, nell'affrontare un tema delicato come l'abuso sulle donne, è fortemente indicata una formazione, una qualificazione e il miglior aggiornamento professionale verso il personale sanitario allo scopo di garantire, non solo la miglior assistenza sia clinica che relazionale alla vittima, ma anche un'adeguata rete socio-giuridica sanitaria al fine di garantire ad essa la miglior tutela possibile. Necessaria è infatti una collaborazione polispecialistica, dove nell'equipe cooperino più figure professionali come: medici, infermieri,

ostetriche, forze dell'ordine, psicologi, assistenti sociali in modo tale che si scambino informazioni e conoscenze. Sarà quindi indispensabile che tutti gli infermieri siano sostenuti da percorsi di formazione che offrano l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche e relazionali per gestire un'assistenza complessa come in tal caso. Solo così si potranno raggiungere tre obiettivi indispensabili:

- Capacità di rilevazione precoce della richiesta di aiuto da parte della vittima, anche senza verbalizzazione di essa, e conseguente segnalazione.
- Capacità di gestione del caso multidisciplinare.
- Assistenza e sostegno adeguato alla vittima durante e dopo il trattamento terapeutico.[12]

Dalla revisione delle evidenze rispetto agli effetti degli interventi formativi per operatori sanitari, nell'ambito della violenza da partner, è emerso come la maggior parte degli studi abbiano evidenziato un certo miglioramento nelle competenze degli operatori a seguito di un intervento formativo. In particolare, questi studi suggeriscono che la formazione potrebbe portare a cambiamenti positivi nel bagaglio di conoscenze degli operatori rispetto alle violenze sessuali e potrebbe fornire utili strumenti da utilizzarsi nell'assistenza delle vittime. Il personale sanitario che offre assistenza alle donne dovrebbe ricevere una formazione all'interno del servizio sulla violenza contro le donne, garantendo

che questa formazione sia in grado di fornire un supporto di primo livello e insegni delle abilità adeguate, tra cui:

- l'identificazione della violenza
- la valutazione del rischio
- la programmazione di un piano di sicurezza
- quando e come chiedere informazioni rispetto alla violenza;
- il modo migliore per rispondere ai bisogni delle donne;
- come condurre la raccolta di prove medico-legali,

affronti:

- le conoscenze di base circa la violenza, comprese le leggi che sono rilevanti per le vittime di violenza da partner e sessuale;
- le conoscenze delle conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i;
- la tutela delle categorie vulnerabili: quali sono, specifici obblighi e possibili percorsi per donne disabili, in gravidanza, minori ecc.;
- i criteri e le metodologie per instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza;
- la conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio;
- la conoscenza dei servizi esistenti che possono offrire sostegno alle vittime di

violenza da partner e sessuale (eventualmente attraverso un elenco dei servizi territoriali);

- gli atteggiamenti inappropriati tra gli operatori sanitari (ad esempio, incolpare le donne per la violenza subita, aspettarsi che se ne vadano immediatamente ecc.), così come le loro proprie esperienze di violenza sessuale e domestica.

La formazione dovrebbe trattare anche l'esame clinico e l'assistenza delle vittime di violenza da partner e di aggressione sessuale, così come dovrebbe porre attenzione alle competenze culturali, alla parità di genere e alle considerazioni sui diritti umani. Dopo il training iniziale, dovrebbero essere attivati programmi di aggiornamento e di supporto continuo; follow-up regolari e supervisioni sulla qualità dell'intervento sono estremamente importanti. La priorità per quanto riguarda la formazione dovrebbe essere riservata a quegli operatori che con maggiore probabilità verranno a contatto con donne vittime di violenza da partner e/o aggressione sessuale, per esempio operatori sanitari che lavorano in servizi per le cure prenatali, in servizi ginecologici o di pianificazione familiare, in servizi per l'assistenza post-aborto e per l'HIV, in servizi di salute mentale, così come operatori che lavorano nell'ambito della medicina generale o nei servizi di pronto soccorso.[13]

MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE

Nei casi in cui la donna vittima di violenza che giunge in pronto soccorso sia straniera, possono sorgere complicità relative alla differenza culturale e linguistica e complicare quindi tutto il servizio di accoglienza. Le barriere linguistiche e le differenze culturali ostacolano e complicano l'accesso a servizi per i cittadini stranieri e diventano rilevanti incidendo su aspetti profondamente personali che sono:

- interpretazione della malattia
- idea della cura
- concezione del proprio corpo e della salute
- approccio alla prevenzione.

La mediazione linguistico-culturale può essere quindi vista come uno strumento concreto che accompagna e sostiene l'operatore sanitario nel lavoro con gli utenti stranieri e che facilita la comunicazione tra soggetti appartenenti a differenti universi linguistici e culturali, migliorando la qualità delle prestazioni offerte dai servizi socio-sanitari.

Emerge dunque la necessità di introdurre nei servizi che erogano assistenza sanitaria la figura della mediatrice linguistico-culturale, presenza preziosa che agevola la relazione curante-paziente immigrato/a quando tutto il servizio è

disponibile a riorganizzarsi, per accogliere con un atteggiamento di attenzione alla diversità culturale il nuovo tipo di utenza. La loro presenza permette in primo luogo di superare le barriere linguistiche spesso insormontabili in loro assenza e di creare le condizioni che permettono alla donna di farsi comprendere e di comprendere le parole delle operatrici; premessa indispensabile per parlare di accoglienza.[14] La figura del mediatore nei servizi socio-sanitari facilita

Il cittadino straniero a spiegare:

-i sintomi

-la natura del malessere

-l'accaduto

L'operatore sanitario a:

- acquisire le informazioni necessarie

-costruire l'anamnesi

Le funzioni di base sono le seguenti:

1.funzione di orientamento/informazione degli utenti;

2.funzione di accoglienza/iscrizione degli utenti nei servizi;

3.funzione di traduzione e interpretariato o funzione di mediazione linguistico-culturale;

4. funzione di sensibilizzazione, informazione e pubblicizzazione relative al servizio specifico in cui si è inseriti.[15]

CAP.2 PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE

2.1 LINEE GUIDA NAZIONALI

Sono definite a livello nazionale le Linee guida di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza con la denominazione di “Percorso per le donne che subiscono violenza”.

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

Obiettivo delle Linee guida nazionali è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Il Percorso per le donne che subiscono violenza, di seguito delineato, dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.

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

Rete e attori coinvolti

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

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

-Enti territoriali (Regioni - Province - Città metropolitane - Comuni).

Ogni attore della rete antiviolenza territoriale agisce secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere. Gli attori della rete potranno formalizzare protocolli operativi di rete specifici e strutturati che garantiscano il raccordo operativo e la comunicazione tra la struttura sanitaria e ospedaliera e i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento. Tali protocolli dovranno individuare interventi comuni e condivisi tra tutti gli attori della rete territoriale, per assicurare adeguata assistenza, accompagnamento e orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna.

Le Regioni, in virtù della loro competenza di tipo concorrente in materia di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi socio-sanitari ai sensi dell'art. 117 Cost., devono adoperarsi affinché le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere diano puntuale attuazione alle presenti Linee guida nazionali.

PARTE SECONDA:

Accesso al Pronto Soccorso e Triage

La donna può accedere al Pronto Soccorso:

-Spontaneamente (sola o con prole minore);

- Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle FF.OO;
- Accompagnata dalle FF.OO;
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza;
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati;
- Accompagnata da persone da identificare;
- Accompagnata dall'autore della violenza.

Il personale infermieristico addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi ai Pronto Soccorso del territorio da parte della donna. Si raccomanda alle Regioni di adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, e all'art. 13 GDPR 679/16, per consentire all'Azienda sanitaria o all'ospedale di riferimento di essere in rete con tutte le altre strutture della regione di appartenenza. Nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

- Tipologie di violenza;
- Effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;

- Normativa di riferimento;
 - Indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;
 - Servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza; -
- Indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. Alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico. L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del Percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice di triage verrà assegnato un identificativo di Percorso definito nell'ambito della organizzazione del Pronto Soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso.

Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

Trattamento diagnostico - terapeutico

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i 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'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;
- 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;

- Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;
- Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;
- Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso.

Al fine di:

- Rilevare, anche 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 antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;
- Avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale;
- Informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO qualora previsto per legge.

PARTE TERZA:

Attivazione della rete antiviolenza territoriale

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna, utilizza lo strumento di rilevazione "Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5",

indicato dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata rilevazione in Pronto Soccorso del rischio di recidiva e letalità e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite:

a) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale.

b) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale. In mancanza di possibili soluzioni immediate, e se previsto da accordi con la Direzione Sanitaria di riferimento, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza. L'operatività deve essere consentita H24, attraverso il ricorso a specifiche procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità

organizzativa, atte a garantire la continuità della protezione del Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali. L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati. I Centri antiviolenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del Pronto Soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni generali.

PARTE QUARTA:

Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali. Dovranno di conseguenza impegnarsi a:

-Realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la

- comunicazione con tutti gli attori della rete anti violenza territoriale;
- Garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici), partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi;
 - Partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete anti violenza territoriale;
 - Assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del triage, schede di dimissione);
 - Effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente del Percorso per le donne che subiscono violenza che deve interfacciarsi con gli altri attori della rete anti violenza territoriale. Le Aziende sanitarie locali, in attuazione delle presenti Linee guida nazionali e nel rispetto degli indirizzi e degli assetti organizzativi definiti a livello regionale, dovranno coordinare e supervisionare il percorso per le donne che subiscono violenza e trasmettere periodicamente, ai competenti referenti regionali, una relazione aggiornata sullo stato e sugli esiti delle procedure, nonché comunicare e far confluire i dati raccolti nell'ambito del sistema di

monitoraggio previsto a livello regionale e nazionale.[16]

2.2 PROTOCOLLO NAZIONALE PER ADULTI (AILF-Associazione italiana infermieri legali e forensi)

La violenza sessuale è uno di quei reati che prevede un esame e una raccolta di prove di modeste dimensioni. È l'unico crimine per il quale è richiesto che tali prove siano raccolte da una persona viva. È semplice prelevare un proiettile, un coltello, del materiale biologico o tracce di sangue da un cadavere, catalogarli e inviarli in laboratorio, attendendone i risultati.

Quando, invece, si è davanti ad un corpo di donna picchiato, abusato, e devastato che bisogna toccare in ogni sua parte, in ogni fessura e orifizio già violato, e bisogna estrapolarne macchie di sangue, tracce di saliva, di sperma del suo aggressore, dinanzi al suo sguardo supplichevole o spesso assente, la situazione non è imbarazzante e straziante soltanto per la vittima, ma lo è anche per il soccorritore. L'esperienza dei servizi che accolgono queste vittime suggerisce che la presenza di una figura femminile è molto importante durante la fase della raccolta di prove dal corpo della donna, poiché suscita fiducia e sicurezza nella donna, riducendone anche l'imbarazzo. L'operatore sanitario, però, data la complessità del reato "violenza sessuale" non può agire da solo, ma deve farlo in collaborazione

con altro personale specializzato. Il paziente che ha subito una violenza sessuale ha tre bisogni: fisici (cioè medici), emotivi (cioè psicologici) e legali, che devono essere soddisfatti prevedendo la collaborazione fra i diversi servizi.

SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO

Quando vi è una necessità clinica la procedura prevede:

A. B. C di base

Gestione del momento di crisi per il paziente, la famiglia, e gli amici (spesso sulla stessa scena su cui si è consumata la violenza. Per definizione “momento di crisi” è una situazione stressante o psicologicamente rischiosa, che rappresenta una minaccia per l’individuo: i metodi da lui stesso adoperati risultano inefficaci, e tende a perdere il controllo. Intervenire in questa situazione vuol dire offrire supporto immediato alla vittima, soddisfacendone i tre bisogni sopra indicati.

1. Mantenere l’integrità delle prove, per quanto possibile, e se qualcosa viene spostato o rimosso deve essere annotato in cartella clinica:

- Maneggiare gli abiti il meno possibile
- Evitare di pulire le ferite, se possibile
- Usare buste separate per ogni oggetto raccolto
- Imbustare ogni abito separatamente

- Evitare di inquinare la scena dove si è consumata la violenza.

2. Chi presta il primo soccorso deve comunicare le seguenti informazioni alla paziente:

- L'importanza di sottoporsi ad un immediato esame medico

- L'importanza di preservare prove potenzialmente preziose e prioritarie per l'esame medico (le quali possono essere distrutte mediante delle semplici azioni quotidiane, come fare la doccia, lavarsi i denti, usare il collutorio, fumare, bere, mangiare, lavarsi, urinare e defecare).

- Fare attenzione alle prove anche eventualmente presenti sugli indumenti indossati al momento dell'aggressione, raccomandando alla vittima di portare un cambio di indumenti in ospedale, qualora si decida di reperire e catalogare gli abiti, che verranno sottoposti ad analisi.

3. Informare la paziente della possibilità di servizi di supporto, soprattutto durante la fase dell'esame fisico che comporta il raccoglimento delle prove. Tale figura è utile che supporti la donna per tutto il processo, assistendo lo staff medico e spiegandole l'utilità e l'importanza di un esame fisico così invasivo; spiegandole l'importanza di sottoporsi ad ulteriori esami per verificare la trasmissione di malattie veneree; consigliando e supportando, inoltre, la famiglia e gli amici della vittima che sono presenti in ospedale, e suggerendo eventuali percorsi di supporto psicologico nei centri che ospitano le vittime di violenza

sessuale.

FORZE DELL'ORDINE

Molti adulti vittime di violenze sessuali avranno il loro primo vero contatto con un agente di polizia. Le responsabilità primarie di un agente di polizia sono:

-Assicurare l'immediata sicurezza della vittima.

-Ottenere tutte le informazioni necessarie per completare il verbale del reato.

Questo include ottenere i primi interrogatori di tutti inclusa la vittima.

-Salvaguardare tutte le prove fisiche che potrebbero essere richieste, come impronte digitali, orme, il vestiario della vittima e le prove che possono essere raccolte dalla vittima stessa.

-Informare la vittima della possibilità di rivolgersi ad una struttura medica: se la vittima decide di sottoporsi ad un esame medico, organizzare il trasporto.

IL CONSENSO DELLA PAZIENTE

“Dare il proprio consenso”: è un processo continuo che inizia dall’arrivo della donna in Pronto Soccorso, e prosegue per tutta la sua permanenza; processo complesso e sistematico che prevede più di una semplice firma. Il termine “consenso informato” nasce dopo il processo di Norimberga, che evidenzia il principio dell’inviolabilità della persona umana: obbligatorietà evidenziata in due articoli della Costituzione Italiana:

- Articolo 13 sancisce l'inviolabilità della libertà personale.
- Articolo 32 riconosce che nessuno può essere obbligato a trattamenti sanitari se non per disposizione di legge.

Secondo il Decreto Ministeriale 793 del 1994 ed il Codice Deontologico tra le competenze infermieristiche rientra l'informazione al paziente: l'infermiere ha quindi il compito di supportare il paziente nella presa delle decisioni, aiutandolo a comprendere la propria posizione, instaurando un rapporto di fiducia. È necessario ed indispensabile che la donna dia il proprio consenso prima di ogni intervento e procedura sul proprio corpo, dopo aver subito una violenza fisica. Il primo consenso richiesto è relativo all'introduzione di una figura di supporto che sostenga psicologicamente e moralmente la donna in tutte le fasi nel processo di assistenza. Spesso ci si trova dinanzi a donne confuse, sotto shock, e poco collaboranti: è necessario che l'infermiere spieghi loro in modo calmo e semplice tutte le procedure a cui deve sottoporsi, e le motivazioni affinché si sottoponga. È necessario, spesso, ripetere le stesse parole e le stesse frasi più volte: ciò che conta è che il consenso sia dato dalla donna nel pieno delle sue capacità mentali, cosciente e sicura delle proprie decisioni. Il consenso non può essere strappato alla donna con forza, o coercizione. Anche quando la donna ha espresso il proprio consenso, questo non deve essere considerato come "carta-bianca": poiché può essere ritirato dalla stessa vittima, nel momento in cui

rifiuta un determinato trattamento o tipo di assistenza. Nel momento in cui la donna oppone resistenza, il professionista sanitario è obbligato a interrompere il proprio operato. In questa fase del processo è molto importante che la donna comprenda di avere il controllo della situazione, per impedire che riviva un momento di ri-vittimizzazione, soprattutto durante l'esame fisico molto invasivo, che potrebbe paragonare ad una seconda violenza sul proprio corpo se lei stessa originariamente non l'ha autorizzata.

ANAMNESI ESEGUITA PER VIOLENZA SESSUALE

Le indicazioni che precedono l'esecuzione di un esame fisico/forense, prevedono:

- Data, ora, luogo di aggressione
- Eventuali lesioni fisiche
- Assunzione di alcol o droghe
- Perdita di coscienza
- Se la vittima è stata spogliata solo parzialmente o integralmente
- Se c'è stata penetrazione vaginale/rettale/orale unica o ripetuta
- Se c'è stata penetrazione con oggetti
- Se c'è stata eiaculazione
- Se è stato utilizzato il preservativo.

Si deve poi riportare:

- Il tempo trascorso tra la violenza e la visita
- Precedenti visite da altri operatori sanitari
- Pulizia delle zone penetrate e/o lesionate
- Se sono stati sostituiti gli slip o altri indumenti
- Minzione/defecazione/vomito/pulizia del cavo orale (a seconda del tipo di violenza)
- Assunzione di farmaci
- Se sono stati consumati altri rapporti prima o dopo la violenza

L'infermiere deve annotare i sintomi che la vittima riporta:

SINTOMI FISICI = cefalea, dolore al volto- al collo- al torace- all'addome- agli arti, algia pelvica, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale, o altro.

SINTOMI PSICOLOGICI = paura, sentimento di orrore e impotenza, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, rivivere in maniera persistente il trauma attraverso immagini/pensieri/sogni/flashback ricorrenti, ansia, aumentato senso di allerta, ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura delle conseguenze sul

futuro o altro.

ESAME FISICO INFERMIERISTICO-FORENSE

Per poter eseguire l'esame si deve predisporre di un kit post-assalto sessuale, designato dagli americani con il termine di SAEK, composto da: buste bianche, 3 vetrini con contenitori, 2 piccoli pettini, provette per il prelievo di sangue dal tappo viola e 1 provetta dal tappo rosso, 4 tamponi ciascuno per l'orifizio vaginale-rettale-orale, 2 tamponi per ogni superficie corporea (20 in totale), e 2 buste per ogni prova che deve essere conservata. Oltre al kit, l'infermiere forense deve predisporre di: lampade Wood- luce UV, un microscopio, un colposcopio, un catetere, asciugamani, contenitori per l'urina, forbici, provette sterili, speculum vaginali (piccolo, medio, grande), acqua sterile per le irrigazioni, pipette, un metro in centimetri, pennarelli indelebili, un vetrino per la ricerca del sangue occulto, mezzi per coltura del *Neisseria gonorrhoeae*, fogli bianchi, grandi buste di carta, nastro adesivo e guanti.[17]



ESAME ISPETTIVO EXTRA-GENITALE

Sono ricercate su tutta la superficie corporea le lesioni presenti, documentate, e fotografate: sono descritte nel loro aspetto, forma, colore, sede e dimensione. Le lesioni più frequenti sono quelle contusive, che si realizzano in seguito ad un urto del corpo contro una superficie piana e regolare, oppure provocate da un'arma: rientrano nell'ambito le ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse e le fratture.

Le ecchimosi \iff sono lesioni chiuse, caratterizzate da discolorazione. Il loro colore varia con il trascorrere del tempo: sono rosso-blu se di recentissima produzione, per poi diventare verdastre, ed infine giallastre se è intercorso molto tempo. Si formano per rottura dei vasi sottocutanei, che provocano infiltrazione dei tessuti. Si presentano secondo varie dimensioni, a seconda dell'oggetto che le ha procurate: spesso, infatti, riflettono la forma della stessa arma. Le più diffuse sono quelle piccole, ovalari e tondeggianti, prodotte di dita umane che hanno afferrato la vittima. Sono presenti, nella maggior parte dei casi, a livello della coscia della donna, segno di forzatura nella divaricazione delle gambe.

Le escoriazioni \iff la profondità con cui si presentano, testimonia la superficie irregolare e la potenza della forza che è stata applicata sul corpo della vittima: quelle che appaiono lineari, parallele e superficiali sono la

rappresentazione di graffi. Si evolvono con la costituzione di croste sierose, siero-ematiche e edematose.

Le ferite lacero-contuse \implies Soluzioni di continuo della cute, a margini irregolari e poco netti, e si associano ad ecchimosi ed escoriazioni; il fondo della lesione si presenta con ponti e briglie.

Le fratture \implies Lesioni la cui discontinuazione della cute interessa fino al tessuto osseo. In una violenza sessuale, le fratture si possono registrare a livello del capo, del collo, e delle estremità. Se c'è il sospetto di una frattura pregressa, si consiglia di effettuare le radiografie. Sotto forma di ecchimosi ed escoriazione possono presentarsi segni di morsi: attraverso tamponi si preleva materiale genetico dell'aggressore o la forma della sua arcata dentaria.

ESAME GINECOLOGICO

Si esegue inizialmente ad occhio nudo, successivamente mediante un'ecografia trans vaginale e l'utilizzo di un colposcopio.

La fase primordiale consiste nell'osservare, valutare, e registrare la presenza di: arrossamenti, escoriazioni, aree con ecchimosi, sanguinamenti, soluzioni di continuo superficiali e/o profonde a livello delle grandi labbra, piccole labbra, clitoride, meato uretrale.

Si analizza poi l'imene, osservandone:

- Il formato (anulare/semilunare/altro)
- I margini (margini regolari o irregolari)
- Le incisure (incisura singola/multipla/o privo)
- Segni di lesioni traumatiche-contusive recenti.

Successivamente si analizza perineo e forchetta:

- Ipervascolarizzazione
- Escoriazioni
- Perdita di sostanza
- Soluzioni di continuo
- Appendici cutanee
- Cicatrici
- Friabilità della forchetta.

Terminata l'osservazione dei genitali esterni, l'infermiere pettina i peli pubici con un pettine pulito e ripone in una busta i capelli, non appartenenti alla donna in questione. Successivamente estrae (non taglia) i peli pubici e li imballa separatamente (questi potranno aiutare nell'eventualità che si trovano dei peli pubici sciolti addosso all'uomo accusato). L'infermiere forense, a questo punto, esegue un **esame bimanuale** di vagina, portio e fornici, valutando la presenza di eventuali arrossamenti, lesioni ed escoriazioni.

Si esegue la visita e l'accertamento dell'utero, mediante utilizzo di uno **speculum**: lo scopo è accertare la presenza di spermatozoi a livello della cervice uterina, la sede dove permangono più a lungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza. I campioni vaginali e cervicali sono raccolti su quattro tamponi di cotone, ottenuti strofinandoli sulla vagina e cervice uterina stessa: per ogni sede si esegue doppio tampone, ma il primo è uno striscio su vetrino con citofix che è fatto asciugare all'aria, il secondo è conservato sul tampone in cotone. Ogni campione viene etichettato con la scritta "vaginale" o "cervicale", ed imballato separatamente: prima di conservare il vetrino è opportuno essere sicuri che sia asciutto, e si preferisce l'uso della matita alla penna per evitare sbavature dell'inchiostro che potrebbero alterare il contenuto delle prove. Anche lo speculum che è stato utilizzato, è posto in busta chiusa, sigillato ed etichettato. Ulteriori esami possono essere eseguiti mediante ecografia transvaginale e il colposcopio: la prima permette di effettuare una valutazione dei genitali interni e presenza di liquido libero; il secondo, invece, è uno strumento simile ad un binocolo che permette di ingrandire il collo dell'utero, dopo aver depositato sul fornice posteriore un fluido, il quale permette di evidenziare spermatozoi mobili. Sono due procedure entrambe veloci ed indolori. Successivamente, si eseguono lavaggi vaginali con 5-10 ml di acqua distillata. Altrettanti campioni sono prelevati dall'orifizio anale ed orale,

sulla base di come è stata consumata la violenza secondo il racconto della donna. Lo striscio anale si prepara utilizzando quattro tamponi di cotone per il retto: tali campioni devono toccare esclusivamente le parti interne rettali, se è necessario analizzare anche la zona perineale, si devono utilizzare tamponi diversi. I tamponi sono lasciati ad asciugare, poi sono sigillati, etichettati e posizionato nell'apposita scatola di cartone, etichettata anche questa. Dopo aver eseguito questi prelievi, si può procedere ad un esame fisico dell'area anale e perineale, osservando ed analizzando la presenza di: segni di lesioni traumatico-contusive recenti, presenza di lesioni vere e proprie (delle quali si analizza presenza di arrossamento, ecchimosi, soluzioni di continuo superficiali e/o profonde, sanguinamenti, secrezioni); si analizza, per ultimo, l'eventualità di un intervento di chirurgia. Anche lo striscio orale si prepara utilizzando quattro tamponi di cotone, che sono fatti strisciare nel cavo orale: lo scopo è quello di recuperare e analizzare liquido seminale e/o saliva presente dell'aggressore, ed è preferibile eseguirlo come primo esame in maniera tale che la vittima possa sciacquarsi la bocca quanto prima possibile. Il materiale seminale tende a depositarsi e rimanere per molto tempo a livello del labbro superiore, inferiore e le gengive; esse sono quindi le sedi dove si preferisce strofinare i tamponi. Il tampone viene fatto strisciare su un vetrino, viene lasciato asciugare, e poi è imballato ed etichettato. È importante che il paziente non mangi, beva o fumi

per almeno dopo 30 minuti, per permettere di prelevare le secrezioni salivari, senza che le prove vengano alterate.

Sono anche ricercate sul corpo della donna ogni tipo di secrezione che il suo aggressore può aver lasciato: sangue, saliva e sperma. In questa fase è molto importante prestare attenzione al racconto che ha fornito la donna, ed utilizzare dei tamponi imbevuti con acqua sterile, strofinati sulla zona interessata. Per ogni secrezione rilevata, si deve utilizzare un tampone diverso. Se è presente del materiale incrostato, deve essere raschiato, posto in una busta separata, sigillato, ed etichettato menzionando la parte del corpo da cui è stato prelevato. Di rilevata importanza è la presenza dei morsi: si devono prelevare da essi campioni di saliva, prima che la ferita venga pulita e disinfettata. Se si ha a che fare con una ferita lacerata, bisogna strofinare il tampone solo lungo il perimetro del corpo. Attraverso i morsi si può risalire non solo al DNA, ma anche all'arcata dentaria dell'aggressore: per questo, è importantissimo che vengano fatte correttamente le foto relative ai morsi, e che questi ultimi vengano misurati con apposito righello. Tutte le lesioni devono essere accuratamente descritte, fotografate e misurate con il righello.

Un'altra procedura spesso eseguita è il raschiamento delle unghie: si ricerca materiale come frammenti di cute, terra, fibre, sangue che possono ricollegare all'ambiente in cui si è consumata la violenza o l'aggressore stesso. Anche in

questa procedura è molto importante tener fede al racconto della vittima, che può riferire al personale sanitario se ha graffiato il volto, o le braccia del suo aggressore o i suoi vestiti: in questo caso, si procede al raschiamento di un'unghia per volta utilizzando uno stick, oppure un tampone di cotone imbevuto con acqua sterile per pulire le unghie. Il materiale recuperato è depositato su due fogli di carta distinti indicanti la mano da cui è stato prelevato. Al termine della procedura, ogni foglio è ripiegato e posto in buste separate, ed etichettato.

ESAMI TOSSICOLOGICI

In Italia non esiste un protocollo che impone agli operatori sanitari di eseguire prelievi ematici e delle urine per ricercare la presenza di alcol o droghe sulla donna vittima di violenza, come invece vige in altri stati, ergo è a discrezione dell'operatore sanitario in questione decidere se sottoporre la donna a questo ulteriore accertamento. In particolar modo la decisione è presa nelle seguenti situazioni:

- Quando l'accompagnatore della vittima (che sia un parente, un amico, un partner) afferma che la donna sia stata drogata dal suo assalitore;
- Quando secondo il personale sanitario, la donna ha bisogno di uno screening tossicologico per poter pianificare al meglio l'assistenza nei suoi confronti.

PROFILASSI CONTRO LE MALATTIE SESSUALMENTE

TRASMISSIBILI

Le donne, dopo aver subito una violenza sessuale, devono essere assolutamente informate in quanto propense ad aver contratto una malattia attraverso il rapporto sessuale. Quando possibile, è necessario incoraggiare la donna a sottoporsi a screening mediante tamponi vaginali e cervicali, per la ricerca di:

- Neisseria Ghonorrea
- Trichomonas Vaginalis
- Clamydia Trachomatis

I prelievi ematici devono essere ripetuti ogni 1-3-6 mesi: per la ricerca del VDRL (sifilide)-HIV markers per l'epatite B e C.

È prescritta e somministrata una terapia antibiotica, se la violenza si è consumata nell'arco di 72ore, ed esiste il rischio di trasmissione di malattie legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore. Se sul corpo della vittima sono presenti ferite sporche di terra o altro, è consigliabile un richiamo di antitetanica, se si è privi della copertura del vaccino secondo il proprio schema di vaccinazioni. A pari modo, si consiglia anche un richiamo di anti-epatite B. La profilassi anti-HIV è decisa dalle singole situazioni (l'aggressore è un sieropositivo noto, è un

tossicodipendente, è dedito ad attività sessuali promiscue, oppure proviene da aree geografiche in cui questa malattia è diffusa, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, di penetrazione anali o violenza ripetuta), e dalla stessa paziente. Se la vittima è una donna in età fertile, e il rischio di aver contratto una gravidanza indesiderata attraverso lo stupro è alto, il personale sanitario è tenuto ad informare la donna circa la possibilità di assumere terapia anticoncezionale. L'efficacia dell'intercezione diminuisce con il passare del tempo, è massima entro 12ore dalla violenza sessuale consumata, ma positiva per tutte le successive 72ore. Se il personale sanitario si dichiara obiettore di coscienza, è tenuto ad indirizzare la donna verso centri o altre strutture ospedaliere che saranno in grado di prescriverle il farmaco anticoncezionale.[18]

2.3 PERCORSO PER DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA (PROTOCOLLO AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “OSPEDALI RIUNITI” ANCONA)

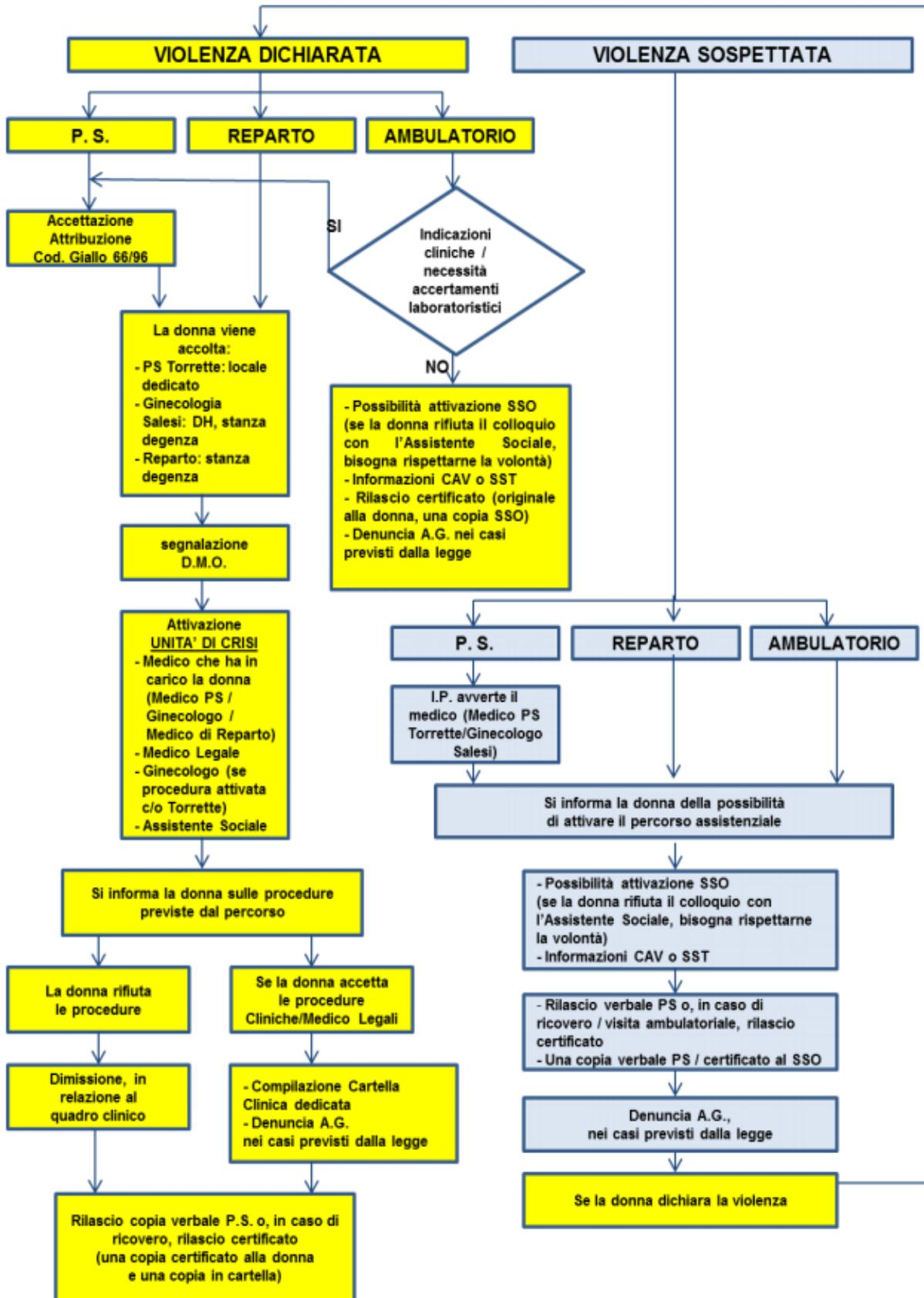
Destinatari: Il percorso viene applicato nei casi di violenza dichiarata o sospettata subito dalle donne che afferiscono all’Azienda Ospedali Riuniti di Ancona. Sono coinvolti nel percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna vittima, testimoni o vittime di violenza. Per le donne minori 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.

Obiettivi:

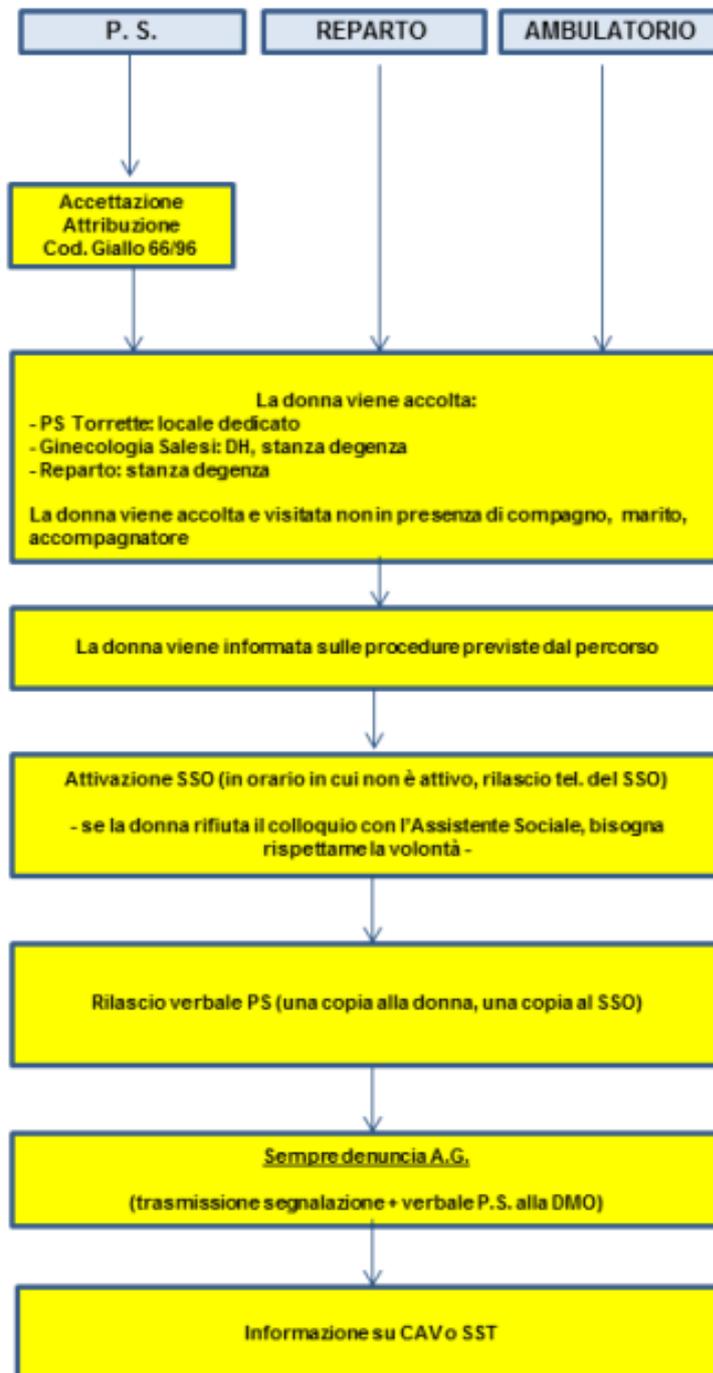
- ✓ Facilitare e standardizzare l’espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- ✓ Offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, dando riservatezza e disponibilità all’ascolto;
- ✓ Garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- ✓ Ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove ed alla catena di custodia, al fine di meglio documentare l’atto subito.

- ✓ Informare e inviare la donna ai servizi territorialmente competenti

VIOLENZA SESSUALE



MALTRATTAMENTO DICHIARATO / SOSPETTATO



1.VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

1.1 DONNA AL PRONTO SOCCORSO (Torrette/Salesi) La donna deve essere presa in carico nel Presidio ove si rivolge

1.1.1 TRIAGE (Infermiere di Triage)

- Identificazione del bisogno.
- 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.
- Segnalazione al medico del PS (Torrette)/ginecologo (Salesi)
- Collocazione della donna nel locale del Pronto Soccorso appositamente adibito (Torrette)/ in letto degenza - ambulatorio D.H. SS.OO.DD. Ostetrico-Ginecologiche (Salesi)

1.1.2 ACCOGLIENZA in sala visita Pronto Soccorso / luogo adibito

SS.OO.DD. Ostetrico Ginecologiche (Medico PS Torrette/ Ginecologo Salesi + Infermiere di sala/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, 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;
- 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.

1.1.3 VISITA (Medico di Pronto Soccorso Torrette / Ginecologo al Salesi + Infermiere)

Il Medico del Pronto Soccorso (Torrette)/Ginecologo (Salesi):

- provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna - riporta 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”
- informa nel dettaglio l'assistita delle varie fasi del percorso
- acquisisce il consenso libero ed informato per l'attivazione del Percorso
- avvia la procedura di attivazione dell'Unità di Crisi e ne prende parte
- utilizza il kit predisposto “Violenza sessuale” come guida alle operazioni

1.2 DONNA RICOVERATA IN REPARTO

Qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, al medico di reparto o al medico consulente, venga dichiarata una violenza sessuale, il medico che ha in cura la paziente deve attivare immediatamente la procedura per la convocazione dell'Unità di Crisi. In caso di ricovero al Presidio Torrette, può richiedere al Pronto Soccorso la busta contenente il kit predisposto “violenza sessuale” come guida alle operazioni. Al termine delle procedure, l'Unità di Crisi rilascerà un certificato che deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale ed in cui deve essere

specificato che risulta redatta “cartella clinica dedicata”. Una copia del certificato verrà rilasciata alla donna, una copia verrà archiviata in cartella.

1.3 DONNA IN VISITA AMBULATORIALE

Il medico ambulatoriale può consultarsi con il medico legale e, se del caso, invia la donna al PS del presidio ospedaliero sede dell’ambulatorio e si procede come al punto 1.1. Se non sussistono indicazioni cliniche e se non si ravvisa la necessità di procedere a specifici accertamenti laboratoristici, si ritiene di non dover indirizzare la donna al pronto soccorso. In questo caso:

- Il medico redige un certificato che deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell’esame obiettivo generale e speciale.
- Il certificato originale verrà rilasciato alla donna e una copia verrà trasmessa al Servizio Sociale Ospedaliero
- Informa la donna della possibilità di attivare il Servizio Sociale Ospedaliero in orario di servizio; se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà
- Informa la donna della possibilità di rivolgersi a Centri Anti Violenza o Servizi Sociali del Territorio
- Qualora sussistano gli estremi per un reato procedibile d’ufficio procede a segnalazione all’Autorità Giudiziaria nei casi previsti dalla Legge.

2. VIOLENZA SESSUALE SOSPETTATA MA NON DICHIARATA

2.1 DONNA AL PRONTO SOCCORSO (Torrette/Salesi)

2.1.1 TRIAGE (Infermiere di Triage)

- Identifica il bisogno.
- Verifica eventuali precedenti accessi della donna ai Pronto Soccorso aziendali per violenza /maltrattamento.
- Avverte il Medico PS/Ginecologo del sospetto.

2.1.2 VISITA (Medico del Pronto Soccorso/Ginecologo Salesi)

Qualora a seguito di visita della donna, effettuata per motivi diversi, sospetti una violenza sessuale non dichiarata:

- Informa 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.
- Riporta 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.
- Informa 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.

- Informa 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.

2.2 DONNA RICOVERATA IN REPARTO

Qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, il Medico di reparto o il Medico consulente, sospetti una violenza sessuale non dichiarata:

- Informa la donna della possibilità di attivare il percorso aziendale per la violenza sessuale, annotando sulla cartella clinica l'avvenuta informazione e l'eventuale rifiuto.
- Riporta in cartella le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale.
- Redige un certificato che deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale. Una copia del certificato verrà rilasciata alla donna, l'originale verrà inserito in cartella.
- Attiva il Servizio Sociale Ospedaliero; nelle fasce orarie in cui il SSO non è attivo invia allo stesso copia del certificato via fax.
- Se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la

volontà.

- Informa 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.

2.3 DONNA IN VISITA AMBULATORIALE

Qualora a seguito di visita, effettuata per motivi diversi, il Medico sospetti una violenza sessuale non dichiarata:

- Informa la donna della possibilità di attivare il percorso aziendale per la violenza sessuale
- Redige un certificato che deve riportare le notizie circostanziali ed anamnestiche rilevanti, i dati significativi dell'esame obiettivo generale e speciale.
- Il certificato originale verrà rilasciato alla donna e una copia verrà trasmessa via fax al Servizio Sociale Ospedaliero.
- Informa la donna della possibilità di attivare il Servizio Sociale Ospedaliero in orario di servizio; se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà.
- Informa 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.

Se la donna dichiara successivamente la VS si procede come da VS dichiarata.

3. UNITA' DI CRISI PER VIOLENZA SESSUALE DICHIARATA

3.1 PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE

Il medico del PS Torrette /Ginecologo Salesi o il medico di reparto o il medico consulente, devono:

- dare immediata comunicazione alla Direzione Medica Ospedaliera (fascia oraria diurna: Salesi tel. 2122-2123, Torrette tel. 4186; fascia oraria notturna: Torrette tel. 3194);
- l'Unità di Crisi si riunirà nella sede di ricovero della donna, in idoneo locale;
- i professionisti sono tenuti a garantire la prestazione richiesta nel più breve tempo possibile;

La **Direzione Medica Ospedaliera** provvede alla tempestiva attivazione dell'Unità di Crisi composta da:

- Medico che ha in carico la donna: Medico del PS (Torrette)/Ginecologo

(Salesi) ovvero medico di reparto o medico consulente, che hanno attivato la procedura;

- Ginecologo (se procedura è stata attivata presso Ospedale Torrette);
- Medico Legale;
- Assistente Sociale (se in fascia oraria di presenza).

Le attività dell'Unità di Crisi hanno inizio quando presenti tutti i componenti, come da disposizione della DMO I Medici convocati nell'Unità di crisi restano in servizio fino al termine della procedura.

3.2 COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI

Medico PS Torrette/Ginecologo Salesi/Medico di Reparto o Medico consulente:

- deve 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;
- si fa carico del follow-up della donna quale medico che ha attivato la procedura;

- fuori dagli orari di presenza del Servizio Sociale Ospedaliero provvede a:
 - rilevare con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;
 - verifica 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;
 - informa 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;
 - informa la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO.;
 - inviare copia del verbale PS via fax al SSO;

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;
- raccoglie le notizie circostanziali insieme al Medico Legale; è opportuno che la donna riferisca una sola volta i dettagli della vicenda relativa alla violenza subita;

- raccoglie le notizie anamnestiche: anamnesi fisiologica, patologica remota, patologica prossima, ginecologica;
- visita la donna in estrema riservatezza;
- procede 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;
- procede, se del caso, ad effettuazione di rilievi fotografici in collaborazione con il Medico Legale;
- esegue tamponi richiesti dal caso, in collaborazione con il medico legale per quanto di competenza;

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, a rilievo fotografico;
- effettua i prelievi di materiale biologico (tamponi cutanei, scraping subungueale, formazioni pilifere, etc.) 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, ecc.) (nel caso in cui gli

indumenti vengano trattiene, la donna verrà temporaneamente provvista di
indumenti sostitutivi);

- 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;
- coordina la compilazione dell'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- collabora 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.

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;

- rileva, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati;
- verifica 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;
- informa la donna della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati;
- avvia qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale;
- informa la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le FF.OO.

CONSULENZE

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.

4. SITUAZIONI PARTICOLARI

Rifiuto della donna di sottoporsi alle procedure previste dal Percorso

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.

5. DONNA VITTIMA DI MALTRATTAMENTO DICHIARATO/ SOSPETTATO

5.1 DONNA AL PRONTO SOCCORSO (Torrette/Salesi)

5.1.1 TRIAGE (Infermiere di triage)

- Identificazione del bisogno.
- Verifica eventuali precedenti accessi della donna ai Pronto Soccorso aziendali per violenza /maltrattamento.
- 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
- Segnalazione al Medico del PS (Torrette)/Ginecologo (Salesi).
- Collocazione della donna nel locale del Pronto Soccorso appositamente adibito

(Torrette)/ in letto degenza/ ambulatorio D.H. SS.OO.DD. Ostetrico-Ginecologiche (Salesi).

- Verifica di eventuali precedenti accessi al PS

5.1.2 ACCOGLIENZA in sala visita Pronto Soccorso/ luogo adibito presso i reparti ostetrico - ginecologici (Medico PS Torrette/Ginecologo al Salesi + Infermiere di sala/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, 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;

- 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 contattando il numero verde 800-432665

5.1.3 VISITA (Medico del Pronto Soccorso Torrette/Ginecologo al Salesi + infermiere)

- provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna;
- informa nel dettaglio l'assistita delle varie fasi del percorso;
- utilizza il kit predisposto "Maltrattamento" come guida alle operazioni;
- riporta nel verbale di PS quante più informazioni possibili e specifica se sono presenti in casa figli minori, vittime di violenza assistita;
- può avvalersi anche telefonicamente di consulenza del Medico Legale;
- procede sempre a segnalazione all'Autorità Giudiziaria, inviando via fax allo DMO il modulo di denuncia con allegato il verbale di PS;
- attiva il Servizio Sociale Ospedaliero;
- se la donna rifiuta 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;
- informa la donna della possibilità di rivolgersi a Centri Anti Violenza (CAV) o Servizi Sociali del Territorio.

5.2 DONNA RICOVERATA IN REPARTO

- Qualora, in corso di attività diagnostico-terapeutica, il medico di reparto o il medico consulente, venga a conoscenza o sospetti un maltrattamento, può consultarsi con il Medico Legale.
- Attiva il Servizio Sociale Ospedaliero.
- Se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà.
- Procede sempre a segnalazione all'Autorità Giudiziaria, inviando via fax allo DMO il modulo di denuncia.
- Se il caso di maltrattamento giunge all'attenzione al di fuori delle fasce orarie in cui è attivo il Servizio Sociale Ospedaliero, il medico segnala comunque il caso via fax al SSO e fornisce alla donna i riferimenti telefonici di suddetto servizio.
- Informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri Antiviolenza o ai Servizi sociali del territorio.

5.3 DONNA IN VISITA AMBULATORIALE

- La donna accolta in ambulatorio deve essere visitata evitando in maniera categorica la presenza del compagno/marito/accompagnatore.
- Il Medico può consultarsi con il Medico Legale.
- Attiva il Servizio Sociale Ospedaliero.
- Se la donna rifiuta colloquio con Assistenti Sociali bisogna rispettarne la volontà.
- Procede sempre a segnalazione all'Autorità Giudiziaria, inviando via fax allo DMO il modulo di denuncia.
- Se il caso di maltrattamento giunge all'attenzione al di fuori delle fasce orarie in cui è attivo il Servizio Sociale Ospedaliero, il medico segnala comunque il caso via fax al SSO.
- Informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri Antiviolenza o ai Servizi sociali del territorio.

CONSULENZE

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.

6. DENUNCIA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

1 - 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.

2- Quando si ha notizia, nell'esercizio o a causa di funzioni di servizio, di un maltrattamento in famiglia, delitto perseguibile d'ufficio il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio è obbligato a redigere la "denuncia" all'autorità giudiziaria.

Nella denuncia deve essere indicato quanto di seguito riportato:

- elementi essenziali del fatto (ora, giorno, luogo, ufficio od incarico rivestito, etc.).
- generalità e domicilio e quanto altro valga all'identificazione
 - della persona alla quale il fatto è attribuito
 - della persona offesa
 - 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 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 difformi 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 Denuncia ad Autorità Giudiziaria.[19]

CAP.3 RUOLO INFERMIERISTICO NEI CASI DI VIOLENZA

3.1 COLLOQUIO E ACCERTAMENTO

Il colloquio infermieristico, così come quello medico, è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano per raccogliere informazioni, valutare, informare, favorire un cambiamento.

Occorre che lo scopo del colloquio sia ben chiaro alla persona.

Un atteggiamento empatico ed accogliente permette alla persona di sentirsi a proprio agio e di confidare, in modo consapevole, esperienze e vissuti emotivi.

Il colloquio richiede un tempo adeguato, deve avvenire in un ambiente protetto e senza che vi siano interruzioni o interferenze e spesso richiede la presenza di un mediatore culturale, il quale, a differenza dell'interprete, non solo è in grado di tradurre la lingua ma anche di contestualizzare le parole nel background culturale del paziente.

L'approccio, a partire dalle prime fasi, si rivela complesso e critico, ma è stabilendo un punto di contatto con la vittima che essa sarà maggiormente propensa al racconto dell'accaduto e alla manifestazione dei suoi bisogni.

Una comunicazione efficace aiuta a farsi comprendere e a comprendere meglio gli altri; aiuta a raggiungere i propri obiettivi, migliora la disponibilità degli altri nei nostri confronti.

L'operatore sanitario, forte delle sue conoscenze, deve riuscire prima di tutto a porsi, sfruttando la comunicazione efficace, nel modo adeguato con l'obiettivo di instaurare una relazione di aiuto, conquistando la fiducia del paziente; deve poi stabilire un rapporto di empatia, raccogliendo i feedback basandosi su tutti i tipi di comunicazione e non solo quella verbale, ma anzi, ponendo maggiore attenzione a quella non verbale, calibrare la comunicazione passo dopo passo in risposta ai feedback ricevuti, mantenendo tuttavia il controllo del proprio ruolo e l'obiettivo terapeutico.

3.1.1 EMPATIA

L'Empatia è la capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, in modo immediato, prevalentemente senza ricorso alla comunicazione verbale.

L'operatore sanitario all'interno del rapporto di empatia non deve mai dimenticare il proprio ruolo e deve sempre agire con professionalità, evitando il ruolo di terapeuta, accettando le scelte di un paziente che egli stesso ha reso "informato" e capace di scegliere ciò che è meglio per sé.

Il codice deontologico dell'Infermiere, di cui l'ultimo aggiornamento risale al 2019, negli articoli 20 e 24 si occupa proprio di questo:

- Articolo 20: L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito

e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

- Articolo 24: L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

3.1.2 ASCOLTO ATTIVO

L'ascolto attivo è un metodo per comunicare accettazione e interesse, se non sempre per i contenuti che si stanno ascoltando, per la persona che li esprime. È una tecnica di comunicazione che si basa sull'empatia, sull'accettazione, sulla creazione di un rapporto positivo, caratterizzato da "un clima in cui una persona possa spesso sentirsi empaticamente compresa" e che "consente la sua salute psichica e la sua crescita personale globale." L'accettazione consente alla persona di sentirsi bene rispetto a quanto sta facendo, o comunque non giudicata. Per realizzare questo tipo di comunicazione occorre evitare le barriere della comunicazione (dare ordini, mettere in guardia, moralizzare, dare consigli, persuadere con la logica, giudicare, elogiare, ridicolizzare, interpretare, consolare, fare domande chiuse, cambiare argomento), che in modo più o meno esplicito costituiscono messaggi di rifiuto. L'ascolto attivo è alla base di una buona comunicazione.

In definitiva l'Infermiere per creare un buon rapporto e per instaurare una ottima alleanza terapeutica deve:

ASCOLTARE: l'operatore sanitario deve porre l'attenzione sul contenuto, cioè cosa viene detto in termini di fatti e idee, se non fosse comprensibile fare domande per chiedere chiarimenti.

NON GIUDICARE: cercare di mettersi nei panni della vittima, mantenendo la consapevolezza del proprio ruolo, e cercando di capire che cosa influenza i suoi sentimenti, dimostrare di essere interessati a ciò che viene detto sospendendo il giudizio sulle parole e sulla persona.

VALUTARE LA COMUNICAZIONE NON VERBALE: valutare come qualcosa viene detto, il linguaggio del corpo, il tono di voce, le espressioni, se ci sono incongruenze tra il linguaggio non verbale e il contenuto del messaggio verbale. Avere consapevolezza dei messaggi che si sta inviando con la propria comunicazione non verbale e delle reazioni a parole o atteggiamenti che comunica l'interlocutore.

NON INTERROMPERE: assecondare il flusso di coscienza dell'interlocutore, lasciare spazio alle sue parole, non porre domande chiuse, cercare di lasciare spazio alla vittima per comprendere meglio il messaggio che vuole inviarci senza avere fretta di trarre conclusioni.

VERIFICARE LA COMPrensIONE: l'operatore deve modificare il proprio stile comunicativo adattandolo a quello del paziente, riformulando ciò che ha detto per verificare l'effettiva comprensione.

Va difatti tenuto conto che coloro che hanno subito violenza possano avere delle difficoltà nel riportare i dettagli per una serie di motivi, tra cui il timore di mettere a repentaglio se stessi o altri. Ulteriori motivi sono rappresentati da meccanismi di protezione, quali negazione ed evitamento; dal danneggiamento neuropsichiatrico della memoria derivante da percosse alla testa; da fattori intercorsi durante l'evento quali l'essere stati drogati, aver perso conoscenza; dall'impatto psicologico della violenza, quali un'elevata eccitazione emotiva; e, non ultimo, dalla mancanza di fiducia nel professionista esaminante o nell'interprete.

Il colloquio è il più potente mezzo e la migliore terapia che un professionista della salute possa attuare quando si trova di fronte a persone che sono state violentate ed alle quali hanno tolto tutto, anche la dignità.

Il colloquio infermieristico, come quello clinico, è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano per raccogliere informazioni, motivare, informare, consigliare, favorire un cambiamento. Il fine ultimo è quello di permettere una conoscenza diretta della dinamica interpersonale del soggetto, di costruire e consolidare la relazione con il paziente.

Gli elementi che costituiscono il colloquio sono:

1 - il contenuto ➤ È determinato, da un lato, da un punto di vista strettamente linguistico con l'instaurarsi di un codice comune e l'intenzione di comunicare

attraverso quel codice (*espressioni verbali*) e dall'altro dalle *azioni* del soggetto.

2 – *il contesto* ➤ È la cornice temporale e spaziale in cui si sviluppa il colloquio (ambulatorio, domicilio, comunità, struttura ospedaliera pubblica o privata, CAUP. ecc....). Si parla di “setting” quando tale cornice assume una valenza terapeutico-riabilitativa e consta di elementi precisi definiti a priori (ritualità, regole, definizione dei ruoli, ecc.). Inoltre, si possono evidenziare differenze a seconda che il colloquio sia sostenuto da una motivazione intrinseca od estrinseca. Nessun comportamento può essere valutato a prescindere dal contesto nel quale viene messo in atto, in quanto, a livello soggettivo, si può verificare una distorsione della comunicazione, con alterazione dei significati, e non dimentichiamo che spesso il comportamento di una persona è determinato dal ruolo in cui essa è venuta a trovarsi in una data situazione.

3 – *le espressioni non verbali* ➤ Sono parte integrante della comunicazione e sono strettamente legate allo stato emotivo del paziente.

Possono essere:

Di tipo dinamico:

- legate al comportamento spaziale (distanza fisica, orientamento spaziale, atteggiamento posturale)
- legate al comportamento motorio-gestuale (gesti delle mani e gesti del capo, postura)

- espressioni del volto (occhi, sguardo, mimica facciale, ecc.) Rientra in questo tipo anche il contatto fisico (dare la mano, pacca sulla spalla, contatto più confidenziale, più intimo, ecc.).

Di tipo statico:

- legati all'aspetto esteriore (abbigliamento, cura personale, igiene, ecc.)

Sono molto importanti gli aspetti che riguardano la qualità della voce (il tono, il timbro, la frequenza, il ritmo, il silenzio, la risonanza, le pause, le caratteristiche temporali, ecc.) e le vocalizzazioni (suoni che non hanno la struttura propria del linguaggio) in quanto esiste una relazione molto stretta tra stato emozionale dell'interlocutore e manifestazioni paralinguistiche, ad esempio: una persona ansiosa tende a parlare più in fretta e con tono più elevato, mentre una persona depressa tende a parlare lentamente e con tono di voce basso.

Possiamo distinguere diverse tipologie di colloquio a seconda del contesto iniziale e progettuale di ogni singolo caso:

A – colloquio a due (a tu per tu col paziente)

B – in coppia col medico e/o altre figure professionali

Nel caso di richiesta di violenza sessuale, a volte, il colloquio sarà l'unico mezzo per capire il soggetto che abbiamo di fronte; il colloquio sarà importante per il resoconto dei fatti da commisurare con quello che è il dato squisitamente

biologico.

Il materiale raccolto durante il colloquio deve essere sottoposto ad un esame critico attraverso la valutazione della verosimiglianza e la coerenza oppure l'eventuale contraddittorietà dei fatti, l'eventuale presenza di zone oscure, la presenza di dettagli più o meno numerosi dei vari settori esplorati. Sarà possibile capire il problema ed il bisogno del soggetto con una sicurezza tanto maggiore quanto più sarà evidente la ricorrenza di certe situazioni ambientali da un lato, e di certe soluzioni comportamentali dall'altro.

Possiamo inoltre distinguerne tre livelli:

1. *esplorativo*: l'operatore agevola il racconto e l'autoesplorazione da parte del paziente attraverso un atteggiamento accogliente tale da ridurre fattori di incertezza, ansia, paura ed agevola l'instaurarsi di un clima di fiducia al fine di comprendere meglio il tipo di richiesta sollevata dallo stesso.
2. *diagnostico*: avviene con la raccolta dei dati e la valutazione (anche attraverso l'uso di strumenti specifici: test, questionari) con l'obiettivo di capire quali siano i problemi e le richieste da soddisfare.
3. *progettuale*: operatore e paziente interagiscono al fine di risolvere i problemi emersi. Vengono individuati quindi gli interventi da attuare.

Un atteggiamento accogliente ed empatico permette al paziente di sentirsi a

proprio agio e di confidare in modo consapevole esperienze e vissuti emotivi, bisogna quindi essere sempre sinceri e trasparenti nella relazione col paziente. Gli errori possibili sono spesso dovuti ad un'impostazione iniziale prevenuta, ad implicazioni ingiustificate, somiglianza o simpatia presunta, fraintendimento e proiezione.

Il colloquio è quindi un momento di accoglienza, di conoscenza del paziente, di raccolta dati ma anche soprattutto il momento di contatto relazionale entro il quale si svolge e si permea l'attività curativa e assistenziale dei Centri. È qui che si definiscono e si pianificano gli obiettivi e gli interventi.

Compito dell'infermiere è inoltre quello di individuare tutti quelli che sono i bisogni fondamentali di ogni persona e di saperne rispondere in modo adeguato, tenendo in considerazione le difficoltà comunicative, le differenze culturali e le differenze dei costumi.

L'accertamento infermieristico continua poi con la rilevazione dei parametri vitali e la registrazione su apposita cartella; possono seguire delle somministrazioni terapeutiche, medicazioni a lesioni fino all'attuazione di elementi burocratici, come i collegamenti con il centro di accoglienza.

Nell'accoglienza e nell'esecuzione di esami diagnostici l'infermiere è quotidianamente soggetto a vari rischi, da quello infettivo al rischio biologico, poiché queste persone potrebbero avere malattie infettive quali epatiti, HIV,

tubercolosi, dermatiti infette e dunque molto importante è l'adozione di tutti i DPI del caso.[20]

3.2 RUOLO EDUCATIVO

Al termine dell'esame fisico e di tutte le valutazioni del caso, la paziente dovrà essere sostenuta moralmente ed educata riguardo le conseguenze fisiche e psicologiche dell'aggressione subita. L'infermiere/a che ha accompagnato la vittima e l'ha assistita nel suo percorso nella struttura sanitaria dovrà farsi carico di tale compito.

Il professionista dovrà:

- Dare ampia possibilità alla paziente di esprimere domande e preoccupazioni;
- Rassicurare la paziente che lei non meritava di essere aggredita e che non è stata colpa sua;
- Spiegare alla paziente come guariscono le eventuali lesioni riportate, insegnando come curarle e a riconoscere i segni e sintomi di infezione delle ferite;
- Insegnare le tecniche di una corretta igiene e spiegare l'importanza di una buona igiene;
- Discutere i segni e sintomi di malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV, e la necessità di tornare per il trattamento se dovessero presentarsi;

- Sottolineare la necessità di usare il preservativo durante i rapporti sessuali fino a quando lo stato di malattia sessualmente trasmissibile non è stata determinata;
- Spiegare l'importanza di attenersi al regime terapeutico prescritto, istruendo la persona sulla gestione della terapia farmacologica. Discutere sugli effetti collaterali;
- Spiegare la necessità di astenersi da rapporti sessuali fino a quando tutti i trattamenti o la profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili non sono stati completati;
- Spiegare la sindrome traumatica da stupro e la gamma di risposte fisiche, psicologiche e comportamentali a cui la paziente potrà andare incontro, discutendo di tali cambiamenti sia la paziente che (con il suo permesso) i familiari e/o altre persone a lei significative;
- Incoraggiare la paziente a confidarsi e a cercare il sostegno emotivo da un amico fidato o un familiare;
- Informare i pazienti dei loro diritti e come esercitarli;
- Fornire della documentazione scritta in merito a:
 - Eventuali trattamenti ricevuti e test effettuati
 - Data e ora per chiamare per i risultati dei test;
 - Significato dei risultati dei test;
 - La data e l'orario degli appuntamenti dei follow-up;

- Informazioni relative al processo legale.
- Valutare la sicurezza della paziente: se non si ritiene sicuro farla tornare a casa, cercare un luogo appropriato o un alloggio sicuro. Discutere le strategie che possono aiutare a prevenire un altro assalto;
- Sottolineare l'importanza di sottoporsi a esami di follow-up;
- Dire alla paziente che può telefonare o venire nella struttura sanitaria in qualsiasi momento, se ha ulteriori domande, complicazioni, o altri problemi medici;
- Fornire dei riferimenti per centri di supporto a seconda delle esigenze e delle circostanze individuali della paziente e alle disponibilità delle risorse e strutture locali.[21]

3.3 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

“Un giudizio clinico sulle risposte dell’individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l’infermiere.”

Questa è la definizione ufficiale di Diagnosi Infermieristica emanata nel 1990, nel corso della nona conferenza della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

NANDA è l’istituzione ufficiale per la promozione e la revisione delle diagnosi infermieristiche, nonché il punto di raccolta ed elaborazione. Le diagnosi infermieristiche, dunque, consentono di avere un linguaggio comune e rappresentano un mezzo di comunicazione univoco e stabilizzano un sistema che facilmente si presta all’informatizzazione e facilitano l’assistenza personalizzata.

L’assistenza infermieristica richiede all’infermiere tre differenti responsabilità:

- Validazione delle diagnosi infermieristiche, attuazione degli interventi appropriati al trattamento e valutazione dei progressi.
- Monitoraggio per rilevare instabilità fisiologiche, collaborando con i medici per gli interventi da attuare.
- Consultazione con esperti di altre discipline (come fisioterapisti, assistenti

sociali, logopedisti), per aumentare la loro esperienza nell'erogare le cure ad un particolare paziente.

Nel 1983 L.J. Carpenito ha introdotto un modello di attività che descrive la peculiarità del lavoro dell'infermiere in ambito clinico, denominato “modello bifocale”: illustra come gli infermieri dispongono di competenze atte sia a pianificare le diagnosi infermieristiche che ad occuparsi dei problemi collaborativi. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi.

Relativo alla violenza fisica/sexuale contro le donne, gli infermieri possono estrapolare dal manuale “Diagnosi Infermieristiche: Applicazione alla Pratica Clinica”, diagnosi infermieristiche reali e potenziali, e problemi collaborativi applicabili ai casi di suddetti di violenza.

Sono evidenziate:

1. Diagnosi reali

- Sindrome da trauma da Stupro
- Disturbo dell'immagine corporea
- Dolore Acuto
- Scarsa Autostima Situazionale

- 2. Diagnosi potenziali**
- Rischio di suicidio
 - Rischio d'infezione
 - Rischio di compromissione della dignità umana
- 3. Problema collaborativo** - Rischio di complicanze per emorragia.[22]

1. “SINDROME DA TRAUMA DA STUPRO” (D. REALE)

TITOLO	Sindrome da trauma da stupro
CARATTERISTICHE DEFINENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di aggressione: lividi, escoriazioni, contusioni - Spasmi, dolore, cefalea, prurito, secrezioni vaginali. - Confusione mentale, pianto, incredulità, ansia, paura, umiliazione, shock, imbarazzo.
FATTORI CORRELATI	Correlato a: rapimento/aggressione/stupro
OBIETTIVI(NOC)	<p>La paziente ritornerà ad un livello di funzionalità antecedente alla crisi (protezione e recupero dall'abuso).</p> <p>A breve termine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condividerà le sue emozioni - Accoglierà le procedure di trattamento - Identificherà gli appartenenti al suo sistema di sostegno e li utilizzerà in modo appropriato.
	1.Aiutare la vittima ad identificare le sue principali preoccupazioni (psicologiche, sanitarie, legali) e la

INTERVENTI(NIC)

percezione di aiuto di cui necessita.

2. Spiegare le procedure di assistenza: lo svolgimento di un esame fisico/ginecologico e di esami. È necessario spiegare tutti i dettagli prima di agire, per ottenerne il consenso. Compilare la documentazione medico-legale di competenza.

3. Eliminare o ridurre la sintomatologia somatica: accertare la presenza di dolore, somministrando antidolorifici sotto prescrizione medica; accertare la quantità e qualità delle secrezioni, permettendo alla vittima di lavarsi e cambiarsi d'abito dopo l'esame iniziale. Se presente prurito, è utile invitarla a lavarsi con acqua fredda.

4. Assicurare un'attività di counseling adatta a situazioni di crisi entro un'ora dallo stupro: contattare i professionisti appositi, rassicurare la vittima in merito alla sua reazione, accertare la tolleranza della persona allo stress, individuare insieme alla vittima i suoi punti forza e le sue risorse, esprimere fiducia nella capacità della vittima di ritornare al precedente livello di funzionalità.

5. Spiegare la necessità di rivolgersi alle autorità competenti.

2.” DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA” (D.REALE)

TITOLO	Disturbo dell'immagine corporea
CARATTERISTICHE DEFINENTI	Risposta negativa verbale o non verbale ad un cambiamento reale o percepito delle funzioni: imbarazzo, vergogna, senso di colpa; non guardare le parti del corpo con ematomi, ferite, escoriazioni, e tendenza a nascondere queste parti agli occhi altrui.
FATTORI CORRELATI	Correlato a trauma fisico secondario a: - Abuso sessuale - Stupro (violentatore sconosciuto o no) - Aggressione
OBIETTIVI(NOC)	La persona dimostrerà la volontà e la capacità di riprendere la responsabilità di ruolo e cura di sé: accettando il proprio aspetto, mediante la cura di sé, il modo di presentarsi, l'abbigliamento.
INTERVENTI(NIC)	<p>1. Stabilire una relazione infermiere-persona assistita basata sulla fiducia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimolare la persona ad esprimere i suoi sentimenti, nel modo in cui sente, pensa o vede sé stessa. - Esplorare il suo sistema di convinzioni, come il dolore, la sofferenza, la perdita significano per lei una punizione? - Incoraggiare la persona a fare le domande sul suo problema di salute, il trattamento, i progressi che compie. - Chiarire eventuali concetti errati della persona su sé stessa. <p>2. Promuovere le interazioni sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aiutare la persona ad accettare aiuto dagli altri -Fornire un'opportunità di condivisione con persone che stanno

	<p>vivendo esperienze simili.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aiutare la persona ad identificare e a prendere contatto con persone e risorse di sostegno. <p>3. Aiutare la persona a riconoscere l'evento traumatico e a dare inizio alla sua elaborazione, parlando dell'esperienza che ha vissuto ed esprimendo emozioni, quali paura, collera e senso di colpa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farla parlare degli aspetti del suo corpo che hanno subito un cambiamento, e di come vive questi cambiamenti.
--	--

3." DOLORE ACUTO" (D. REALE)

TITOLO	Dolore acuto
CARATTERISTICHE DEFINENTI	-Descrizione soggettiva del dolore: >/= 4/10 su scala del dolore NRS - Aumento della FC, posizione di difesa, espressione di dolore sul viso, pianto, lamento, nausea, malessere generale
FATTORI CORRELATI	Correlato a trauma tissutale secondari a violenza fisica
OBIETTIVI(NOC)	La persona avrà un soddisfacente sollievo dal dolore, evidenziato da: -Dolore riferito >/= 4/10 su scala NRS -FC nella norma (60-100 bpm) -Assenza di pianto, lamento, nausea, malessere generale.
INTERVENTI(NIC)	1. Chiedere alla paziente di descrivere il dolore: tipo- sede- durata. 2. Stabilire una relazione di accettazione e di fiducia con la vittima: incoraggiarla nel suo

	<p>racconto, senza mai metterne in dubbio la veridicità.</p> <p>3. Somministrare terapia antidolorifica, su prescrizione medica (se il dolore riferito è $\geq 4/10$ secondo la scala NRS).</p> <p>4. Educare la paziente ad una posizione antalgica, o metodi antidolorifici non farmacologici: posizione di difesa, uso del ghiaccio dopo l'esecuzione degli esami fisici/ginecologici.</p> <p>5. Rivalutare il dolore dopo un'ora dalla terapia, somministrando di nuovo la scala di valutazione del dolore NRS.</p>
--	---

4" SCARSA AUTOSTIMA SITUAZIONALE" (D. REALE)

TITOLO	Scarsa autostima situazionale
CARATTERISTICHE DEFINENTI	<ul style="list-style-type: none"> -Espressioni verbali negative di sé: senso di inutilità, di vergogna, di colpa. -Valutazione di sé come incapace di fronteggiare gli eventi e le situazioni. -Difficoltà a prendere le decisioni.
FATTORI CORRELATI	<ul style="list-style-type: none"> -Correlato ad aggressione subita personalmente. -Correlato a variazioni dell'aspetto, secondarie a deturpazione (trauma da violenza fisica).
OBIETTIVI(NOC)	<p>La persona manifesterà una visione positiva del futuro e raggiungerà il precedente livello di funzionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificherà la fonte della minaccia all'autostima e lavorerà su questo problema. - Identificherà aspetti di sé positivi. - Analizzerà il proprio comportamento e le proprie conseguenze. - Identificherà un aspetto positivo del cambiamento.

INTERVENTI(NIC)

1. Aiutare la persona a identificare ed esprimere i suoi sentimenti:

- Ascoltare, e non scoraggiare le crisi di pianto e collera.
- Chiedere che cosa è accaduto quando sono sorti questi sentimenti.

2. Aiutare ad identificare autovalutazioni positive:

- Chiederle come ha affrontato altre situazioni di crisi in passato.
- Non abbattere le sue difese.
- Comunicarle la propria fiducia nelle sue capacità e coinvolgerla nel prefissare degli obiettivi.
- Insegnare alla persona di valutare sé stessa è davvero colpevole di ciò che si colpevolizza, e perché.

3. Aiutare la persona ad apprendere nuove capacità di coping:

- Far presente che lei stessa può gestire il cambiamento.
- Stimolarla ad immaginare un futuro e un esito positivi.

4. Assisterla nei problemi specifici:

Nel caso dello stupro, seguire il protocollo di assistenza di violenza sessuale.

1 “RISCHIO DI SUICIDIO” (D. DI RISCHIO)

TITOLO	Rischio di suicidio
FATTORI CORRELATI	<ul style="list-style-type: none"> -Correlato a senso di impotenza, solitudine o mancanza di speranza secondari a sindrome post-traumatica; -Correlato a depressione, inefficace capacità di affrontare le situazioni
OBIETTIVI(NOC)	<p>L’assistito identificherà le persone da contattare alla comparsa dei pensieri suicidi ed eviterà di suicidarsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affermerà di voler vivere. - Identificherà almeno un’alternativa accettabile alla propria situazione. - Identificherà almeno un obiettivo per il futuro. - Esprimerà apertamente i propri sentimenti di collera, solitudine o mancanza di speranza.
INTERVENTI(NIC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accertare l’attuale livello di rischio: elevato-moderato-basso 2. Garantire un ambiente sicuro in base al livello di rischio: notificare a tutti gli operatori che la persona è a rischio di suicidio: tenere la persona sotto stretta osservazione. 3. Valutare ogni minuto l’umore, i comportamenti e le dichiarazioni verbali. 4. Eliminare vetro, lime per le unghie, forbici, acetone per le unghie, specchi, aghi, rasoi lattine, buste di plastica, accendini, strumenti elettrici, cinture, ganci, coltelli, pinzette, alcol e armi da fuoco. 5. Osservare improvvisi cambiamenti emozionali, dalla tristezza/depressione all’euforia, felicità, tranquillità: un improvviso cambiamento emozionale può indicare

che il rischio di suicidio è alto, perché la persona sta cercando un modo per liberarsi dal dolore emozionale.

6. Aiutare la persona a ricostruire l'autostima, scoraggiando i comportamenti di isolamento:

- Usare un atteggiamento empatico, non giudicante.
- Esser consapevoli delle proprie reazioni alla situazione.
- Incoraggiare le interazioni con gli altri.

7. Dare inizio all'educazione alla salute e fornire i giusti riferimenti:

- Informare la famiglia e le persone significativamente vicini ad essa.
- Ottenere il loro sostegno.
- Non dare false assicurazioni circa l'impossibilità che il suicidio possa ripetersi.
- Insegnare alla famiglia il modo di riconoscere un aumento del rischio dell'evento: mutamenti del comportamento o della comunicazione verbale o non verbale, chiusura in sé, depressione.
- Fornire il numero di emergenza nell'arco delle 24ore.
- Indirizzare, in accordo con il medico, a strutture sanitarie assistenziali o servizi appropriati, come a cure psichiatriche successive.

2 “RISCHIO D'INFEZIONE” (D.DI RISCHIO)

TITOLO	Rischio d'infezione
FATTORI CORRELATI	Correlato a rapporto sessuale non protetto.
OBIETTIVI(NOC)	La paziente non avrà contratto infezione da malattie trasmesse attraverso consumazione di una violenza sessuale.
INTERVENTI(NIC)	<p>1. Instaurare un rapporto di fiducia con la paziente, sviluppare un dialogo, chiedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di raccontare come è avvenuta l'aggressione e la violenza sessuale. - Se è stato consumato un rapporto protetto, se e su quale parte del proprio corpo è avvenuta l'eiaculazione. <p>2. Effettuare uno screening delle malattie sessualmente trasmissibili, attraverso tamponi vaginali e cervicali, alla ricerca di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neisseria gonorrea - Trichomonas Vaginalis - Clamydia Trachomatis - Batteri osi vaginale <p>3. Effettuare prelievi ematici per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VDRL- TPHA- HIV - markers per epatite B e C <p>4. Somministrare profilassi antibiotica, come da prescrizione medica, se l'aggressione è avvenuta entro 72 ore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profilassi HIV - vaccinazione anti-epatite B, in presenza di ferite sporche di terra o altro e in rapporto all'ultimo richiamo di antitetanica effettuato. <p>5. Somministrare pillola anticoncezionale, da prescrizione medica, se non obiettori di coscienza;</p>

	altrimenti inviare la paziente ad un centro che ne permetta la somministrazione.
--	--

3 “RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLA DIGNITA' UMANA” (D.DI RISCHIO)

TITOLO	Rischio di compromissione della dignità umana
FATTORI CORRELATI	Correlato a fattori come procedure non conosciute, intrusioni dovute a procedure cliniche, procedure dolorose, associati ad ospedalizzazione.
OBIETTIVI(NOC)	<p>La persona riferirà di ricevere un’assistenza rispettosa e di godere di considerazione, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rispetto della riservatezza. - Prevedere lo stato d’animo tipico di una situazione. - Ridurre al minimo l’esposizione delle parti del corpo. - Considerazione delle emozioni. -Durante le procedure evitare di coinvolgere il personale non necessario.
INTERVENTI(NIC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assicurarsi che esistano linee guida relative al numero di persone (tipo gli studenti, medici o infermieri) che possono esser presenti quando si comunicano dati sensibili. 2. Ridurre l’esposizione del corpo della persona utilizzando paraventi o teli. 3. Prima di dar inizio ad una procedura dolorosa o imbarazzante per la persona, chiedere al personale non necessario non di allontanarsi.

	<p>4. Spiegare le procedure alla persona e le rispettive sensazioni che proverà. Interagire con la persona nel corso della procedura, come se fosse una situazione ordinaria, in modo da ridurre l'imbarazzo.</p> <p>5. Dare alla persona l'opportunità di condividere i sentimenti che ha provato, dopo un evento difficile.</p> <p>6. Impostare un dialogo con la persona circa le priorità relative al piano di assistenza.</p>
--	---

**1 “RISCHIO DI COMPLICANZE PER EMORRAGIA”
(PROBLEMA COLLABORATIVO)**

TITOLO	Rischio di complicanze per emorragia
OBIETTIVI(NOC)	<p>L'infermiere gestirà in collaborazione con le altre figure professionali, e ridurrà al minimo mediante il monitoraggio gli episodi di sanguinamento. Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente calmo, vigile (Glasgow \geq 13/15) - Cute rosea, calda e asciutta - Pressione Arteriosa: <140/90- >60/90 mmHg - Frequenza Cardiaca: 60-100 bpm - Frequenza Respiratoria: 12-18 atti respiraz/min - Saturazione: \geq 95% AA - Emoglobina/ematocrito nella norma (12- 16g/dl; 37-52%) (Una volta/turno)
	<p>1. Ispezionare le ferite presenti per rilevare segni di sanguinamento, ascoltando il racconto della paziente su come la violenza si è consumata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Margini della ferita

INTERVENTI(NIC)

- Controllare qualità/quantità/temperatura di eventuale materiale espulso da essa.
- 2. Monitorare i parametri vitali,** 1 volta/turno:
 - Pressione Arteriosa, Frequenza cardiaca e respiratoria, Saturazione
- 3. Eseguire un prelievo venoso ogni 4 ore,** monitorando il valore di emoglobina ed ematocrito
- 4. Monitorare il bilancio idrico** della paziente 1 volta/turno valutando:
 - volumi assunti (per via enterale e orale)
 - uscite (urine, vomito).

3.4 L'INFERMIERE FORENSE

L'unica figura, qualificata da una formazione post-base infermieristica relativa all'ambito della violenza sessuale, in Italia è quella dell'infermiere forense. Le origini di questa figura sono però da ricercare all'estero, precisamente negli Stati Uniti d'America nell'anno 1983: la data ricordata per la fondazione dell'American Forensic Nurses (AFN), la prima associazione di infermieri forensi americani, il cui padre fondatore fu Faye Battiste Otto.[23]

Da tale associazione nel 1993 nacque l'International Association of Forensic Nurses, che attualmente ha collaborazioni in 22 paesi del mondo. E' quest'ultima associazione che ha forgiato la definizione di infermiere forense nel 1998: "la professione di infermiere legale consiste nell'applicazione di conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche e giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio-psico-sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica del trattamento dei casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici".[24]

Il riconoscimento di questa figura in Italia avviene molti anni dopo, con l'introduzione dei master universitari degli anni 2005-2006, ma l'ufficialità arriva soltanto nel 2007, quando l'infermiere forense è riconosciuto come

“l’infermiere specialista in metodologia e analisi della responsabilità professionale nell’area infermieristica”. Attualmente, si consegue la qualifica di infermiere forense acquisendo un master, il quale è organizzato secondo le disposizioni del decreto ministeriale n°270 del 22 ottobre 2004.[25]

Uno studente di infermieristica forense deve seguire un percorso teorico, ed uno pratico: il primo comprende l’acquisizione di elementi del diritto (penale, civile, amministrativo e del lavoro); conoscenze di infermieristica forense (come l’evoluzione giuridica della professione, la responsabilità professionale, la consulenza tecnica, le analisi di casistica giurisprudenziale in tema di violenza sessuale), conoscenze di deontologia e legislazione professionale e di responsabilità professionale (come il risk management, conoscenze sull’uso e validità della documentazione sanitaria, il consenso ecc.). Il secondo, invece, comprende un tirocinio che lo studente svolgerà nell’arco di 150 ore presso una struttura sanitaria pubblica, oppure privata convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale. Il master ha durata di un anno, e termina con la discussione di una tesi su uno degli argomenti trattati durante il percorso di studio.[23]

Nonostante la violenza sessuale spesso non venga denunciata, la maggior parte delle donne nelle ore successive all’evento che le ha coinvolte, si reca nei Dipartimenti di Emergenza, cercando assistenza. Gli operatori sanitari che dovrebbero assicurare il primo soccorso, sono spesso impreparati nella gestione

di questo tipo di paziente. Questa la motivazione che ha condotto alla nascita della figura dell'infermiere forense: qualificata e specializzata nell'assistenza della vittima di abusi. Con l'aiuto e il supporto di questa figura, la donna ripercorre l'esperienza traumatizzante che l'ha vista protagonista, usufruendo di un'assistenza completa ed efficace, che permette di valutare le conseguenze fisiche e psicologiche che l'evento ha recato. La salute e il benessere della vittima sono la priorità assolute: una figura specializzata comprende che in quel momento va assicurata una grande dignità alla donna, in cui si sente assolutamente umiliata e degradata. Ciò si traduce in un uno stato emozionale molto labile, in un livello di attenzione molto alto a tutto quello che le accade intorno: ogni parola, ogni gesto fisico, ogni espressione viene percepito e registrato dalla vittima nella propria mente, spesso in maniera negativa che non fa altro che accrescere il suo malessere interiore. Questo è spesso uno dei motivi che comporta un ritardo di accesso alle cure e alle assistenze delle vittime di violenza sessuale, per paura di non essere credute o addirittura incolpate per quello che è accaduto: ed è per questo che si registra sempre più l'importanza di una figura sanitaria specializzata e sensibilizzata sull'argomento, che comprenda che l'accesso alle cure deve essere immediato. Ogni ritardo può avere conseguenze dannose sulla salute della donna: la perdita, ad esempio, di possibilità terapeutiche come la contraccezione d'emergenza, o la modifica di

prove fisiche e materiale di competenza forense, tipo le macchie di sangue o di sperma.[26]

I campi in cui un infermiere forense può operare:

- Assistenza e gestione di donne vittime di abusi e violenze
- Assistenza e gestione delle minori vittime di abusi
- Assistenza e gestione dei pazienti con dipendenze da alcol, droghe e farmaci
- Ambito peritale: valutazione dell'operato infermieristico in sede di processo penale o civile, con redazione di consulenze tecniche
- Ambito legale: collaborazione con il medico legale
- Educazione ed informazione sanitaria
- Gestione del rischio clinico, collaborazione e stesura di procedure e linee guida, revisione della documentazione infermieristica
- Assistenza legale e sindacale ai colleghi.[24]

La nascita della figura dell'Infermiere forense, ha quindi condotto alla fondazione dell'Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi (APSILEF) nel 2015, che ha ottenuto però riconoscimento formale nell'anno 2016. I membri che la costituiscono sono infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia, professionisti sanitari in possesso del master specialistico nell'area

sanitaria legale e forense, il cui obiettivo è quello di promuovere la figura del Professionista Sanitario Legale e Forense.[27]

La figura dell'infermiere forense e legale in Italia nasce dalla la volontà di seguire le orme dell'America che già da parecchio tempo ha avvertito l'esigenza di una figura professionale, di un infermiere specializzato nel primo soccorso nei dipartimenti di emergenza alle donne vittime di abusi e violenza sessuale. In America, tale figura prende il nome di Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). I SANE sono infermieri forensi, il cui scopo primario è fornire una valutazione oggettiva delle vittime di violenza sessuale. Questi infermieri specializzati sono riconosciuti come i miglior tecnici collezionisti di prove sul corpo umano, e compassionevoli nel rispetto della dignità della vittima in ogni fase dell'esame.

Il compito del Sexual Assault Nurse Examiner si articola in:

- Ottenere informazioni sulla storia della salute della vittima e sul crimine appena compiuto
- Valutare la capacità psicologica della vittima per comprendere se è orientata nel tempo e nello spazio, se lucida, o dedita al suicidio
- Effettuare un esame fisico specifico per ispezionare e valutare il corpo della vittima
- Raccogliere e conservare tutte le prove, inviandole ai rispettivi laboratori per essere analizzate e documentare i risultati

- Trattare e/o indirizzare la vittima per i vari trattamenti medici, sulla base delle lesioni riportate

- Fornire alla vittima referenze per un'assistenza e supporto medico e psicologico.[28]

I programmi Sane non funzionano separatamente, ma a stretto contatto con gli altri membri del sistema di risposta alle aggressioni sessuali (forze dell'ordine, procuratori, giudici, personale giudiziario, personale medico-legale, specialisti delle vittime, testimoni, sostenitori dei centri anti-violenza) per poter soddisfare al meglio le molteplici esigenze della vittima. Per questo motivo è stato creato il SART, acronimo di "Sexual Assault Response Team", il quale mediante un approccio multidisciplinare ha il compito di sorvegliare il coordinamento e la collaborazione tra i fornitori di servizi alle donne, in seguito ad un attacco sessuale.[29]

CONCLUSIONI

Dalla revisione bibliografica condotta emerge la necessità di un'adeguata formazione e aggiornamento per il personale sanitario, in modo da assicurare una migliore qualità nell'assistenza sanitaria nei confronti di pazienti (in questo caso donne abusate/violentate) che si affidano al sistema sanitario per ottenere una cura dei loro mali. Emerge, dunque, l'importanza di applicare nuove disposizioni di leggi che privilegino gli infermieri specializzati, divenuti tali da un bagaglio culturale e professionale senz'altro più ricco dopo aver conseguito il Master in Infermiere Legale e Forense.

Una donna vittima di abuso/violenza fisica nella realtà di un Pronto Soccorso non deve essere vista come un oggetto di predefinite linee guida, protocolli e standard da rispettare minuziosamente, bensì posta al centro del suo dolore e della sua sofferenza, in modo tale da sentirsi libera di esprimerlo, di urlarlo, farlo uscire fuori da se stessa e osservarlo, tastarlo, farlo suo e accettarlo, senza aver timore di non essere creduta, ascoltata o di subire una seconda vittimizzazione. È tale il motivo per cui è forte

l'esigenza di instaurare la figura di un infermiere specialista, che lavori su turni, in Pronto Soccorso, e che sia sempre presente, anche di notte ad accogliere questa tipologia di pazienti: è importante che non solo la donna non subisca una

seconda vittimizzazione per mano dell'incompetenza sanitaria, ma anche che un professionista sanitario non subisca l'onere emotivo derivante da una tale situazione che gli procurerebbe solo stress emotivo, non essendo preparato alla gestione di un caso di tali dimensioni. Per questo motivo risulta essere di fondamentale importanza una formazione specifica per gestire tali casi.

Purtroppo, come confermato dai dati statistici, solo la minoranza delle donne dichiara l'abuso. Le linee guida propongono, per questa difficoltà, una formazione che insegni ai sanitari a riconoscere i segni/sintomi correlati alla violenza sessuale e a saper porre le giuste domande per cercare di prestarle aiuto, nonostante la negazione della sua condizione di vittima.

E' emersa la centralità del ruolo infermieristico in un caso di violenza: dalla capacità di stabilire un punto di contatto con la vittima permettendogli di aprirsi senza paura di essere giudicata e raccontare l'accaduto; al dialogo con essa rispettando sempre i suoi tempi e i suoi silenzi; alla collaborazione con il medico legale nel processo di raccolta delle prove che serviranno per l'identificazione dell'assalitore; alla denuncia all'Autorità Giudiziaria trovandosi davanti ad un delitto perseguibile d'ufficio.

Si rileva infine la necessità di inserire mediatori linguistico-culturali nei servizi che offrono assistenza socio-sanitaria in modo da saper accogliere e rispettare nel migliore dei modi persone con una diversa cultura.

BIBLIOGRAFIA

1 P.A., *Violenza contro le donne nella società contemporanea*, in “Bollettino della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche”
<https://letteredallafacolta.univpm.it/violenza-contro-le-donne-nella-societa-contemporanea/>

2 Dichiarazioni delle Nazioni Unite sull’eliminazione della violenza contro le donne, Risoluzioni dell’Assemblea Generale, 20 dicembre 1993.
http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/ Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27

3 Legge 15 febbraio 1996 n. 66 “Norme contro la violenza sessuale”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1996 n. 42.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1557_allegato.pdf

4 <http://www.medeaccontroviolenza.it/forme-di-violenza/>

5 ISTAT, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia* (2014).
<http://www.istat.it/it/archivio/161716>.

6 Campbell J. *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet 2002

7 A. W. Burgess, L.L.Holmstrom, *Rape Trauma Syndrome* in “The American journal of psychiatry”,1974

8 De Marchi M, Romito P, Ciociano Bottaretto R, Tavi M, Molzan Turan J.
Violenza domestica e salute mentale delle donne. Una ricerca sulle pazienti di
Medicina Generale. SIMG 2005

9 B.E., *Enquete national sur les violences envers les femmes en France*
(ENVEFF),2002

10 <https://www.medicitalia.it/minforma/medicina-legale-e-delle-assicurazioni/123-l-obbligo-di-denuncia-referto-e-rapporto.html>

11 <https://www.nursetimes.org/il-referto-e-il-rapporto-facciamo-chiarezza/51521>

12 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003)

13 G.De Girolamo, P. Romito, Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS, 2014.

14 Crinali, Donne per un mondo nuovo. Cooperativa sociale A.R.L Onlus

15 P. Johnson, E. Nigris, Le figure della mediazione culturale nei contesti educativi.

16 *Decreto del presidente del consiglio dei ministri 24 novembre 2017 in "Gazzetta Ufficiale", 10 gennaio 2019.*

17 Savojni, M. (2014). Violenza sessuale: Protocollo per gli adulti. Associazione Italiana infermieri Legali e Forensi (AILF),

18 Pavone, M. (2012). Assistenza medico-infermieristica forense nei casi di violenza sessuale. Analisi e schemi di intervento in Emergenza-Urgenza (SSUEM 118/MSA)

19 Percorso per donne che subiscono violenza. Azienda Ospedaliero

Universitaria “Ospedali riuniti Ancona”. Revisione 01 del 12/2018.

20 Ministero della salute, “Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti”, maggio 2015

21 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003)

22 Juall Carpenito-Moyet L., Diagnosi infermieristiche. Applicazioni alla pratica infermieristica, F.Vezzoli, 2016

23 Mafrica, A. (2016, Settembre 14). NURSE 24. Tratto da www.nurse24.it:
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/infermierelegale-e-forense.html>

24 IAFN. (1998). Tratto da www.forensicnurses.org:
<https://www.forensicnurses.org/>

25 Infermiere, R. (2016, Novembre 8). NURSE 24. Tratto da www.nurse24.it:

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-forense-ailf.html>

26 Piegari, M. C. (2015, Settembre 2). NURSE 24. Tratto da www.nurse24.it:

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/il-ruolodellinfermiere-forense-nellassistenza-alle-vittime-di-violenze.html>

27 <http://www.apsilef.it>

28 Littel, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs:

improving the community response to sexual assault victims. OVC bulletin

29 Williamson, E., Dutch, N. M., & Clawson, H. J. (2008). Medical Treatment

of victims of sexual assault and domestic violence and its applicability to

victims of human trafficking. U.S. Department of Health and Human Services

RINGRAZIAMENTI

Arrivata alla fine del mio percorso universitario desidero ringraziare in primis il mio relatore, il Prof. Mauro Pesaresi, per la sua disponibilità e per aver permesso di scrivere questa tesi accogliendo un argomento di tali proporzioni con la delicatezza e il rispetto dovuto.

Un immenso grazie va alla mia famiglia per avermi dato l'opportunità di studiare e intraprendere questo percorso formativo supportandomi e motivandomi.

Non posso non ringraziare tutte le stupende persone che questa Università mi ha permesso di conoscere: innanzitutto il mio ragazzo, conosciuto proprio in questi tre anni, che è la persona che più di tutte è stata capace di capirmi e di sostenermi nei momenti difficili. Infine, ringrazio i miei amici di corso che mi hanno sempre sopportata nel bene e nel male e che hanno avuto un peso determinante nel conseguimento di questo risultato, grazie per aver condiviso con me le esperienze più importanti, vi voglio bene.