

INDICE

ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1. La violenza di genere: un problema di salute pubblica	4
1.1. Caratteristiche, dimensioni e determinanti del fenomeno	5
1.2. La percezione sociale della violenza di genere: stereotipi comuni	8
1.2.1. La violenza sessuale: uno stereotipo che resiste	10
1.3. Conseguenze della violenza sulla salute psico-fisica della donna.....	12
1.4. La rete territoriale multidisciplinare a supporto delle vittime	15
1.5. Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per l'uscita dalla violenza	17
CAPITOLO 2. Materiali e metodi	20
2.1. Obiettivi di ricerca.....	20
2.2. Quesiti di ricerca	20
2.3. Ricerca e selezione della letteratura	21
2.4. Criteri inclusione/esclusione degli articoli presenti in letteratura	23
CAPITOLO 3. Revisione della letteratura	25
3.1. La responsabilità dell'infermiere nella pratica assistenziale delle donne vittime di violenza....	25
3.2. Le Linee Guida in tema di soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza.....	27
3.3. Il ruolo della formazione in presenza o a distanza (FAD) per gli operatori sanitari	30
3.4. I protocolli infermieristici in casi di violenza o sospetta violenza di genere	33
CAPITOLO 4. Risultati e discussione	35
4.1. Analisi della revisione	35
4.2. Considerazioni sui risultati dello studio	36
4.3. Proposte ed implicazioni per la pratica	37
CAPITOLO 5. Conclusioni	37
ALLEGATI	39
ACRONIMI	46
BIBLIOGRAFIA	47
SITOGRAFIA	50
RINGRAZIAMENTI	51

ABSTRACT

BACKGROUND: Le donne vittime di violenza ricorrono a setting sanitari con maggiore frequenza del resto della popolazione; spesso la presa in carico non è adeguata, perché la violenza non è dichiarata. Questo fenomeno può essere originato anche dalla re-vittimizzazione a cui la donna può andare incontro, per effetto della prima assistenza prestata da operatori di Pronto Soccorso, non adeguatamente formati sulla violenza di genere.

OBIETTIVI: L'obiettivo della tesi è quello di offrire una revisione della letteratura, finalizzata all'aggiornamento del nursing sulla violenza di genere e a valutare se ed in che misura la formazione specifica degli infermieri di PS sulle tematiche di genere influisca significativamente sulla qualità dell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza.

METODOLOGIA: La revisione è stata condotta mediante indagine di consultazione delle principali banche dati biomediche (Medline-PubMed, The Cochrane Library), di ILISI e di Google Scholar per la cosiddetta "letteratura grigia". Tipologia di studio: studi sperimentali, studi longitudinali, revisioni sistematiche, studi qualitativi e case study.

RISULTATI: Tutti gli studi analizzati concordano nell'assegnare alla formazione degli infermieri dei Pronto Soccorso un ruolo significativo nel riconoscimento della donna vittima di violenza e nella qualità dell'assistenza, mentre non risulta sufficientemente indagato il legame tra formazione e una maggior presa in carico delle vittime da parte dei servizi. È emersa la necessità di garantire un'assistenza multidisciplinare ed integrata, da acquisire attraverso una formazione continua del personale sanitario, con il coinvolgimento di diversi attori, istituzionali e non. A livello internazionale, i programmi dei corsi di laurea in infermieristica ed ostetricia presentano una scarsa integrazione di contenuti relativi alle tematiche della violenza di genere.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Come azione pratica si propone l'attuazione di corsi per la formazione specifica per aumentare le competenze degli infermieri nella gestione della complessa tematica della violenza di genere, da estendere eventualmente anche ad altre figure sanitarie (operatori del 118, soccorritori volontari). Si suggerisce di inserire corsi obbligatori sulla violenza di genere all'interno dei piani di studio dei corsi di infermieristica ed ostetricia, come bagaglio formativo minimo di ogni infermiere neo-laureato.

INTRODUZIONE

Nonostante l'Italia abbia sottoscritto diversi trattati internazionali¹ volti a prevenire e combattere ogni forma di discriminazione e violenza contro le donne, la violenza di genere continua a rappresentare un problema di drammatica attualità.

Per la sanità pubblica, il tema è di particolare rilevanza non solo per le crescenti responsabilità di natura legale che coinvolgono gli infermieri, ma per la difficoltà di rendere operative procedure efficaci di riconoscimento e presa in carico delle pazienti che non intendono, o non sono in grado di denunciare la violenza subita.

Le vittime di maltrattamenti ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggiore frequenza del resto della popolazione, tuttavia il problema della violenza di genere è caratterizzato da un'ampia e sistematica sotto-rilevazione, dovuta alla tendenza di vittime e maltrattanti a non dichiarare le situazioni di abuso che avvengono all'interno delle mura domestiche o nell'ambito amicale e comunitario.

Gli infermieri dei dipartimenti di emergenza sono spesso i primi e a volte gli unici ad interfacciarsi con le donne vittime di violenza: fondamentale al riguardo è la formazione ricevuta, utile a superare i meccanismi di difesa e di rimozione in cui possono incorrere gli operatori di fronte alla situazione di abuso e violenza. La formazione, inoltre, è importante per cercare di combattere tutti gli stereotipi e pregiudizi che gli operatori possono nutrire sul tema e che conducono ad una inadeguata gestione infermieristica.

Questa tesi è stata redatta con lo scopo principale di indagare la letteratura scientifica riguardante il ruolo esercitato dall'infermiere nella prima risposta ai bisogni di una donna vittima di violenza e di comprendere se l'assistenza praticata sia sostenuta da un'adeguata formazione. La più adeguata strategia terapeutica dovrebbe rilevare la presenza di protocolli infermieristici e linee guida che possano facilitare l'operato dei professionisti sanitari nel riconoscimento, presa in carico e accompagnamento della vittima.

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

CAPITOLO 1. La violenza di genere: un problema di salute pubblica

Con l'espressione "violenza di genere" si intende designare una "violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata" (articolo 3 della "Convenzione di Istanbul"²).

Il termine ricomprende l'insieme delle violenze esercitate sulle donne, in tutte le fasi della loro vita, in qualunque contesto, pubblico o privato, operate per mano di uomini e giustificate dall'appartenenza al genere femminile.

Violenza fisica: "mi ha preso per i capelli, trascinato giù per le scale, mi ha portato a lavare i piatti, che poi non li ho lavati, infatti poi ho preso di quelle legnate..."

Violenza sessuale: "Quello che sentivo non era importante, lui pretendeva di usare il mio corpo come voleva".

Violenza psicologica: "Ha buttato via tutte le foto di quando ero bambina, tutte le foto dei miei genitori, lui voleva distruggere il mio passato".

Violenza economica: "Non potevo disporre del mio stipendio, dovevo giustificare ogni mia spesa portandogli gli scontrini".

Atti persecutori (Stalking): "compariva ovunque, conosceva ogni mia mossa, ero terrorizzata, mi mancava l'aria".

Dal punto di vista penale, i reati connessi alle forme di violenza sopra descritte, fatti salvi i casi di maggiore gravità, sono perseguibili solo su denuncia di parte. La recente legge N. 69/2019, c.d. "Codice rosso" ha di fatto definito ulteriori forme di violenza, prendendo atto di inedite modalità di agirli ed introducendo quattro nuovi reati. Si tratta del delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti senza il consenso delle persone

² Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come Convenzione di Istanbul", siglata l'11 maggio 2011 e recepita dall'Italia nel 2013.

rappresentate (c.d. revenge porn), del reato di deformazioni permanenti al viso, la cui pena è aggravata fino all'ergastolo se si provoca la morte della vittima, del reato di costrizione o induzione al matrimonio e della violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa.

E' stato riconosciuto anche a livello normativo il fatto che “tutte queste forme di violenza non solo limitano la libertà e negano la personalità della donna ma, soprattutto, comportano gravi danni alla salute fisica e psichica sua e dei membri della sua famiglia, lasciando loro segni indelebili e profondi che rendono la violenza agita e subita una eredità fastidiosa”³.

Per concludere l'esame della varie forme di violenza sulle donne, il “femminicidio” rappresenta l'atto estremo, la tragica conseguenza di una serie di violenze fisiche, psicologiche, economiche e di atti persecutori che spesso si susseguono nel tempo. Il termine, pur non avendo valenza giuridica, nasce per indicare tutti gli atti di violenza, fino all'omicidio, perpetrati a danno della donna “proprio perché appartenente al genere femminile”. L'ordinamento italiano non fa alcun riferimento alla nozione di femminicidio, né il codice penale, né alcuna legge speciale contengono una sua definizione, tuttavia il neologismo è utile, perché finché le cose non hanno un nome sono invisibili, mentre con questa parola, come verrà analizzato in modo più dettagliato al successivo paragrafo 1.1, si è riusciti a dare la consapevolezza dell'esistenza del problema.

1.1. Caratteristiche, dimensioni e determinanti del fenomeno

Oltre a configurare una grave violazione dei diritti umani, la violenza rappresenta un importante problema di salute pubblica, da tempo sotto l'attenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L' O.M.S. definisce la violenza contro le donne, in tutte le sue forme, un “problema di salute di proporzioni globali enormi”, che nel mondo interessa 1/3 della popolazione femminile. A livello mondiale, si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva (15 – 44 anni) altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti, del traffico e della malaria combinati assieme.

³ Polizia di Stato (2019) – Questo non è amore - disponibile in https://www.poliziadistato.it/statics/12/brochure_questononeamore_2019.pdf

(OMS, 2013)⁴. I costi sociali e sanitari sono elevati e difficilmente quantificabili, generando disagio sociale, patologie mediche gravi e talvolta invalidanti. I costi economici in termini di ridotto o mancato accesso al mercato del lavoro, giornate di malattia, riduzione della scolarità e degli studi delle vittime e dei figli sono enormi.

Il dato è confermato anche in Italia: l'ultima indagine Istat disponibile (2014) denuncia che 6 milioni 788 mila di donne hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita: il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni di età, 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 23,3% delle donne ha subito violenza economica/psicologia da un ex partner e quasi 3 milioni e 500 mila donne (16,1%) sono state vittima di stalking. Per quanto riguarda l'autore della violenza, 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 %).

I dati sulle aggressioni raccolti nel biennio 2015/2016 dalla rete degli Ospedali Violenza Domestica e Sessuale (VDS) nell'ambito del progetto REVAMP (“REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum”) confermano come per le donne in età fertile (15-49 anni) l'aggressore più comune sia il partner o qualcuno appartenente alla cerchia parentale. Includendo nell'ambito relazionale delle donne anche gli amici o i conoscenti, si osserva come gran parte delle violenze avvenga in ambito relazionale (64%) (ISS, 2017, p.52).

Questi dati, di per sé allarmanti, vanno tuttavia considerati una sottostima della reale portata del fenomeno, dal momento che dalla stessa ricerca ISTAT (2014) emerge che solo l'11,8% delle donne ha dichiarato di aver denunciato la violenza subita.

Al riguardo, la letteratura indica che le donne vittime di violenza, pur ricorrendo ai servizi sanitari più frequentemente delle donne che non subiscono abusi, solo in piccola parte chiedono espressamente aiuto presso le strutture sanitarie o alle forze di polizia. La violenza compiuta in ambito familiare o agita da conoscenti tende pertanto ad essere reiterata, determinando possibili “accessi multipli a setting assistenziali” (OMS, 2013, citato da ISS, 2017, p.37).

⁴ OMS (2013) Global and Regional Estimates of violence against women. Prevalence and health effects of Intimate partner violence and non partner sexual violence

Analizzando i casi di femminicidio rispetto agli omicidi volontari registrati nel decennio 2008 – 2018 emerge un dato preoccupante: è evidente, infatti, come il numero degli omicidi di vittime di sesso maschile diminuisca di oltre il 50% nel periodo, mentre quello delle donne rimanga pressoché costante. In particolare, dei 133 femminicidi registrati nel 2018, nel 61% dei casi la vittima è di nazionalità straniera ed oltre il 55% delle vittime lascia figli piccoli. L'autore del femminicidio, nell'82% dei casi è un familiare (Polizia di Stato, 2019).

Nel 2017 una donna su mille si è rivolta a un centro antiviolenza (43.467 donne cioè 15,5 ogni 10 mila) e due su tre di loro (29.227) sono state prese in carico, cioè hanno iniziato un percorso di uscita dalla violenza⁵.

Per quanto riguarda le cause della violenza di genere, Capaldi (ISS, 2017, p.9) propone come “determinanti distali abusi subiti nell’infanzia e violenza assistita tra genitori; tra i determinanti prossimali stress, problemi economici, comportamenti anti sociali, dipendenze, compagnia di pari aggressivi, separazione coniugale, discordia relazionale, internalizzazione dei problemi”. L'autore individua inoltre quali “modificatori d’effetto” dell’atto di violenza il genere, l’età, la deprivazione, l’abuso alcolico e o di droghe e il supporto sociale. Tali determinanti sono confermati dallo studio condotto nell’ambito del progetto REVAMP, dal quale emerge che “il gradiente sociale evidenziato per omicidi e ospedalizzazione si osserva anche per gli accessi in Pronto Soccorso: il basso livello di istruzione, la disoccupazione, le minori risorse economiche si associano ad una maggiore incidenza del problema in entrambi i generi, inclusa l’età anziana [...]. In sintesi, a condizione di maggiore fragilità sociale (mancanza di titolo di studio, disoccupazione, condizione di separazione o divorzio, mono genitorialità, non proprietà dell'alloggio) corrispondono sistematicamente più elevati tassi di accessi in Pronto Soccorso ospedaliero secondari a violenza”.

⁵ Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale (2018), disponibile in <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

1.2. La percezione sociale della violenza di genere: stereotipi comuni

La violenza di genere è un fenomeno talmente complesso e radicato, che per comprenderlo e contrastarlo in modo efficace va considerato il contesto delle norme sociali e culturali in cui si sviluppa. Alcuni modelli culturali influenzano le opinioni che le persone hanno nei confronti della violenza in ambito relazionale ed in particolare quelle relative ai ruoli di genere ed alle relazioni familiari.

L'ISTAT, in una recente indagine⁶ condotta per conto del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha scattato una fotografia su un campione di oltre 15.000 famiglie italiane, tra i 18 e 74 anni d'età: lo studio ha analizzato il grado di adesione degli intervistati ai più comuni stereotipi sui ruoli di genere e sulla violenza sessuale, la loro percezione della diffusione della violenza, le cause della violenza nella coppia ed il grado di accettabilità all'interno della coppia.

Lo stereotipo più diffuso è quello inerente il successo nel lavoro, confermato da quasi un terzo degli intervistati (32,5%) che si dichiarano molto o abbastanza d'accordo sull'affermazione che “per l'uomo, più che per la donna, sia molto importante avere successo nel lavoro”. Il luogo comune che “gli uomini siano meno adatti a occuparsi delle faccende domestiche” occupa il secondo posto, convalidato dal 31,4% delle persone, seguito dalla convinzione che “sia soprattutto l'uomo a dover provvedere alle necessità economiche della famiglia” (27,9%). Meno radicata, invece, l'idea che “in condizioni di scarsità di lavoro, i datori di lavoro dovrebbero dare la precedenza agli uomini rispetto alle donne” (16,1%). Solo l'8,8% ritiene che “spetti all'uomo prendere le decisioni più importanti riguardanti la famiglia”. E' interessante notare come quasi il 59% della popolazione (di 18-74 anni), senza particolari differenze tra uomini e donne, si ritrovi in questi stereotipi, più diffusi al crescere dell'età (65,7% dei 60-74enni e 45,3% dei giovani), tra i meno istruiti e nel Mezzogiorno, con il dato massimo registrato in Campania (71,6%) e Sicilia.

Per quanto riguarda la percezione della violenza emergono significative differenze di genere nelle risposte, dato che la violenza è sentita come “molto diffusa” dal 47,7% delle donne,

⁶ Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale (2018), disponibile in <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

ma dal 30,8% degli uomini. Un altro dato interessante da sottolineare è che, se pochi (6,2%) ritengono accettabile la violenza fisica nella coppia (“in una coppia può scapparci uno schiaffo ogni tanto”), sono più del doppio le persone (17,7%) che ritengono “accettabile sempre o in alcune circostanze che un uomo controlli abitualmente il cellulare e/o l'attività sui social network della propria moglie/compagna”.

Proseguendo nell’analisi dei dati dell’indagine ISTAT, secondo gli italiani considerare “la donna come oggetto di proprietà” risulta la causa più diffusa della violenza nella coppia, con un percentuale di ben 84,9% per le donne e 70,4% per gli uomini. Tale motivazione è confermata dal Capo della Polizia Franco Gabrielli, che in una recente intervista⁷ ha dichiarato che “le donne sono considerate delle proprietà degli uomini” e i reati contro di esse “hanno un preoccupante numero oscuro” che sfugge ad ogni statistica e che configura una vera e propria emergenza nazionale. A seguire, alla domanda sul “perché alcuni uomini sono violenti con le proprie compagne/mogli” compare la risposta” perché fanno abuso di sostanze stupefacenti o di alcol” (75,5%) e per il bisogno degli uomini di sentirsi superiori alla propria compagna/moglie (75%). La difficoltà di alcuni uomini a gestire la rabbia è indicata dal 70,6%, con una differenza di circa 8 punti percentuali “a favore delle donne rispetto agli uomini.

Uomini	Donne	
68,5	81,3	Bisogno di sentirsi superiore alla propria compagna/moglie
74	77	Abuso di sostanze stupefacenti/alcool
55,2	69,9	Non sopportazione emancipazione delle donne
33,5	34	Motivi religiosi
60,1	67,1	Esperienze negative di violenza avute da bambini in famiglia
70,4	84,9	Considerazione delle donne come oggetti di proprietà
66,4	74,6	Difficoltà a gestire la rabbia

Tab. 1⁸ - *Come motivano, uomini e donne, la violenza nella coppia (dati %)*

⁷ Disponibile in: <https://www.tpi.it/cronaca/femicidi-gabrielli-donne-proprieta-20200203539508/>

⁸ Tabella tratta dall’Infografica su Violenza donne /stereotipi, disponibile in <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

Sulle motivazioni della violenza all'interno della coppia va sottolineato un evidente divario di genere nelle risposte date, come risulta dalla tabella 1, a segnalare la diversa visione delle dinamiche di coppia e delle cause scatenanti della violenza. Per l'uomo, infatti, il maggior fattore scatenante della violenza è riconducibile a cause esterne che alterano la propria condizione psicofisica (abuso di stupefacenti e alcol), a differenza delle donne che individuano una diversa gerarchia di fattori scatenanti, spesso associati a stereotipi di ruolo di genere.

Emerge un quadro fatto di stereotipi e pregiudizi che finisce per legittimare tacitamente la violenza, soprattutto quando essa occupa le mura domestiche, resta un fatto "privato" e non raggiunge le conseguenze estreme.

1.2.1. La violenza sessuale: uno stereotipo che resiste

Stereotipi particolarmente radicati e duri da combattere sono quelli che riguardano la violenza sessuale. La realtà della violenza sessuale, con cui gli operatori sanitari sono chiamati a confrontarsi, viene solitamente percepita in maniera distorta dalla comunità. La società, infatti, è influenzata da pregiudizi e "falsi miti" che tendono ad incolpare la vittima di abuso, specialmente se conosce il suo violentatore. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), nelle *Linee Guida per la tutela medico-legale delle vittime di violenza sessuale* ha individuato una serie di "miti", contrapposti alla rispettive realtà, che possono condurre alla non credibilità della vittima ed all'accusa di essere complice della situazione. In questo caso si parla di re-vittimizzazione o vittimizzazione secondaria della donna, testimoniata in molti verbali di processi per stupro la cui lettura è utile per individuare modalità del tutto errate di condurre il colloquio con una vittima⁹.

⁹ MEDICO: "Dica, signorina, durante l'aggressione lei ha provato solo disgusto o anche un certo piacere, una inconscia soddisfazione?"

POLIZIOTTO: "Non s'è sentita lusingata che tanti uomini, quattro mi pare, tutti insieme, la desiderassero tanto, con così dura passione?"

GIUDICE: "È rimasta sempre passiva o ad un certo punto ha partecipato?". Tratto da un'intervista a Franca Rame. Queste sono alcune delle domande rivolte all'attrice quando volle denunciare lo stupro di cui era stata vittima il 9 marzo 1973.

Mito	Realtà
La motivazione primaria della violenza è il rapporto sessuale	Si tratta di potere, dominazione e controllo
Solo certe donne possono essere abusate più facilmente	Tutte le donne possono essere a rischio di abuso sessuale
Il violentatore è spesso sconosciuto alla vittima	La maggior parte delle volte la violenza è commessa da una persona conosciuta
Sono sempre visibili lesioni fisiche	Le lesioni visibili ad occhio nudo sono presenti in circa un terzo delle vittime
Le prostitute non possono essere considerate vittime di violenza sessuale	La prostituzione in sé, nella maggior parte dei casi, è una violenza sessuale. Sono assai più numerose le donne costrette a prostituirsi, rispetto a quelle che lo fanno di loro volontà.
Un uomo non può violentare la propria moglie	Una violenza sessuale è tale anche se a compierla è il marito
Spesso la violenza viene denunciata	La maggior parte delle volte non viene denunciata

Tab. 2 - Mito e realtà sulla violenza sessuale a confronto

A livello nazionale, l'indagine ISTAT già citata nel precedente paragrafo conferma la diffusione dei "miti" sopra riportati, introducendone dei nuovi. Al primo posto persiste il pregiudizio che addebita alla donna la responsabilità della violenza sessuale subita: addirittura il 39,3% della popolazione ritiene che "una donna è in grado di sottrarsi a un rapporto sessuale se davvero non lo vuole". Anche la percentuale di chi pensa che "le donne possano provocare la violenza sessuale con il loro modo di vestire" è elevata (23,9%). Il 15,1%, inoltre, è dell'opinione che una donna che subisce violenza sessuale quando è ubriaca o sotto l'effetto di droghe sia almeno in parte responsabile. Da evidenziare che sono poche le differenze tra uomini e donne negli stereotipi sulla violenza sessuale, a riprova della pervasività e trasversalità dei "miti".

La vera sfida è dunque culturale e deve partire dalla "comprensione dei meccanismi psicologici e culturali che favoriscono l'instaurarsi ed il perpetuarsi della violenza, sia nel subirla che nel continuare ad agirli" (De Santi e Sparaco in ISS, 2017, p.144). E' necessario infatti, sia per la società civile che per gli operatori sanitari "sospendere il giudizio" sulle vittime, in modo da porsi in una posizione di ascolto empatico ed improntato alla fiducia. In

questa direzione vanno le numerose campagne di sensibilizzazione contro gli stereotipi di genere intraprese a livello nazionale e locale che, nell'ambito della prevenzione primaria, cercano di contrastare gli atteggiamenti culturali ed i modelli che permettono la tacita diffusione della violenza di genere, affinché, “non si chieda mai più, a una donna che è stata stuprata: “Com'era vestita, lei, quella notte?”¹⁰.

1.3. Conseguenze della violenza sulla salute psico-fisica della donna

Studi internazionali evidenziano che le donne vittime di violenza sono a più alto rischio di sviluppare esiti di salute acuti, ma anche cronici (Macdowall et al. 2013; Mikton, 2010). Alcune forme di violenza sono subdole e caratterizzate da una “sistematica ripetitività, continuità e ciclicità temporale” tali da impedire alla donna di riconoscerla nella sua vera essenza. Le conseguenze di queste forme possono perdurare per tutto l'arco della vita, arrivando ad affliggere anche le persone che circondano la vittima, primi tra tutti i figli esposti a “violenza assistita”, con danni a lungo termine spesso sottovalutati (Save the Children, 2011).

Le conseguenze sullo stato di salute delle donne assumono diversi livelli di gravità, che vanno da esiti fatali, quali il femminicidio o l'interruzione di gravidanza, a condizioni di morbosità fisica e psicologica che durano tutta la vita (vd tab. 3). In generale, si assiste ad un peggioramento della qualità della vita delle vittime, che sviluppano una percezione negativa del proprio stato di salute, quando non vanno incontro a morte precoce. Molte cause di morte, come le malattie cardiache, ictus, HIV/AIDS, cancro derivano dal fatto che molte vittime di violenza adottano comportamenti quali il fumo, l'abuso di alcool e di droghe e il sesso non sicuro nel tentativo di far fronte alla violenza subita.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S., 2014)¹¹ individua nella violenza un importante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie future nelle vittime e mette in

¹⁰Tratto dal monologo della giornalista italo-palestinese Rula Jebreal, andato in onda il 04/02/2020 durante la prima serata del Festival di Sanremo 2020, disponibile in <https://tv.fanpage.it/il-testo-integrale-del-monologo-sulle-donne-di-rula-jebreal-a-sanremo-2020/>

¹¹ O.M.S. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. W.H.O. clinical and policy guidelines. Traduzione Italiana Giovanni Fioriti Editore, 2014

guardia i Sistemi Sanitari nazionali affinché adottino opportune politiche di prevenzione e contrasto al fenomeno.

Fisiche	Sessuali riproduttive	Psicologiche comportamentali	Mortali
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni: contusioni, ematomi, danni oculari, rottura del timpano, fratture, ferite da taglio, bruciature, trauma cranico, lesioni addominali e toraciche • Disturbi gastro-intestinali • Funzione fisica ridotta • Disabilità • Fibromialgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi ginecologici • Gravidanze indesiderate • Aborti spontanei • Emorragie in gravidanza • Malattie a trasmissione sessuale • Sterilità • Malattia infiammatoria pelvica • Disfunzioni sessuali • Mancanza di desiderio sessuale • Difficoltà nell'utilizzo della contraccezione 	<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 • Scarsa adesione alla medicina preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalità legata all'AIDS • Mortalità materna • Omicidio • Suicidio

Tab. 3. Conseguenze della violenza sulla salute della donna

E' fondamentale che i medici e gli operatori sanitari, dopo avere ricevuto un'adeguata formazione, riconoscano che dietro a tali disturbi potrebbero nascondersi casi di violenza non dichiarata e sappiano farli emergere.

In particolare, il ricorso ai servizi sanitari per tutte le condizioni sopra descritte potrebbe nascondere una storia di violenza domestica e/o di violenza sessuale o di abuso sessuale anche pregresso, per cui è necessario prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- È noto un ricorso ripetuto al Pronto Soccorso per ferite o traumi
- Anamnesi di dolore pelvico cronico, di continue infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche
- Vi è una storia di depressione, abuso di droga o farmaci, tentati suicidi.

Non è sufficiente tuttavia la sola competenza dei medici e degli infermieri nel riconoscimento dei segni d'allarme per identificare la violenza di genere. L'accesso ai servizi sanitari è infatti ostacolato da una serie di fattori, sia di natura endogena che esogena, che possono essere così sintetizzati (Colombini et al. 2017, p.137):

- Paura e senso di vergogna da parte delle vittime di violenza
- Processi di stigmatizzazione o di minimizzazione che impediscono agli operatori di riconoscere i segnali della violenza
- Formazione non sempre adeguata degli operatori e professionisti dei servizi socio/sanitari, per i quali andrebbe prevista l'integrazione delle competenze sulla violenza di genere nei curricula;
- Mancanza di un sostegno da parte della comunità nel lungo percorso di uscita dal circuito della violenza.

Il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) non può da solo adeguatamente rispondere alla complessa problematica della violenza di genere, in quanto molti dei fattori di rischio e delle determinanti sono al di fuori dello stesso e richiedono la risposta integrata e coordinata di diversi settori e discipline (forze di polizia e giustizia, servizi sociali, istruzione, alloggi...) in ambito pubblico e privato.

E' opinione diffusa come la presenza di una rete di servizi socio-assistenziali capillare, capace di interagire, dialogare e scambiare efficaci prassi metodologiche sia un modo per far emergere il fenomeno della violenza e sconfiggere il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne. A tale riguardo, data la funzione di riconoscimento e supporto immediato alle vittime, è fondamentale che gli operatori sanitari conoscano le risorse che è possibile attivare sul territorio a difesa delle donne.

1.4. La rete territoriale multidisciplinare a supporto delle vittime

Per rispondere in modo articolato e completo ai bisogni delle donne vittime di violenza, è dunque necessario utilizzare un modello d'intervento coordinato, multidisciplinare ed inter-istituzionale, che si basi sull'accurata conoscenza del fenomeno ed utilizzi procedure quanto più standardizzate. In letteratura la rete è definita come “un modello stabile di transazioni cooperative tra attori individuali o collettivi che costituisce un nuovo attore collettivo” (Pichierri, 1999). La base per il lavoro di rete è che tutti gli attori abbiano una lettura univoca e condivisa del fenomeno della violenza di genere, avendo chiari i compiti e le necessità di tutti gli operatori coinvolti.

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

La “rete antiviolenza”, che va costruita e declinata a livello locale, a seconda delle competenze dei vari attori istituzionali coinvolti, si avvale di una serie di servizi, risorse, procedure comuni a livello nazionale. Oltre alle strutture sanitarie di Pronto Soccorso e ai dipartimenti di emergenza di ostetricia ginecologia, che saranno descritti nel capitolo successivo, fanno parte della rete:

- Strutture antiviolenza (C.A.V.): costituiscono il fulcro della rete territoriale per la presa in carico, accoglienza, accompagnamento e sostegno delle vittime di violenza e maltrattamenti. Si tratta di servizi specializzati che lavorano in accordo ai principi della *Convenzione di Istanbul* (2011) e forniscono gratuitamente assistenza psicologica, legale, sostegno, anche economico, nei percorsi di uscita da situazioni familiari violente e ospitalità, in caso di bisogno, presso case rifugio dall'indirizzo segreto. A livello nazionale, il numero dei Centri Antiviolenza è aumentato negli ultimi anni da 351 nel 2013 a 554 nel 2017, con un incremento del 57,8 %, ma la distribuzione non è uniforme a livello regionale. Nella Regione Marche sono presenti due case di accoglienza e quattro case rifugio, oltre a C.A.V. e sportelli di ascolto in

ogni provincia. E' stata inoltre istituita la Rete regionale antiviolenza che raccoglie 65 istituzioni presenti sul territorio¹².

- Centri per uomini autori di violenza: strutture dedicate all'ascolto e al trattamento degli uomini – mariti, compagni, familiari – che hanno agito comportamenti violenti nei confronti delle donne. Offrono in genere consulenza psicologica, ascolto telefonico, psicoterapia individuale e di gruppo e sostegno alla responsabilità genitoriale. Anche il *Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020* prevede la creazione di percorsi di rieducazione per gli autori di violenza, ma non esiste ancora una rete ufficiale. Una ventina di centri aderiscono alla Rete Re.li.ve. (relazioni libere dalle violenze).
- Numero verde 1522: numero di pubblica utilità attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, accessibile gratuitamente sia da rete fissa che mobile. E' dedicato alle donne vittime di violenza e stalking e risponde in italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo. Le operatrici forniscono una prima risposta ai bisogni delle vittime, orientandole verso i servizi socio-sanitari pubblici e privati presenti sul loro territorio, mentre i casi di emergenza vengono gestiti insieme alle forze dell'ordine secondo una particolare procedura tecnico-operativa. Oltre a garantire assistenza legale e psicologica, organizza, mediante l'associazione onlus "Telefono rosa" che ne cura la gestione, gruppi di auto-aiuto e supporto psicologico e psicoterapeutico per l'elaborazione dei traumi. Dalla sua entrata in funzione, nel 1990, vi si sono rivolte oltre 715.000 donne¹³.
- Forze dell'ordine (FF.OO.):
 - 1) La Polizia di Stato ha messo a punto un particolare protocollo, denominato E.V.A. (acronimo di Esame Violenze Agite), che definisce le modalità da seguire per il primo intervento delle forze di polizia nei casi di violenza di genere. Il protocollo riguarda innanzitutto l'approccio che gli operatori devono:
 - Intervenire con delicatezza

¹² Tutti i dati sono tratti dalla guida "In difesa delle donne – Leggi aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia", a cura dell'Ufficio Valutazione Impatto del Senato della Repubblica (dati aggiornati al 01/11/2018)

¹³ Tutti i dati sono tratti dalla guida "In difesa delle donne – Leggi aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia", a cura dell'Ufficio Valutazione Impatto del Senato della Repubblica (dati aggiornati al 01/11/2018)

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

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

- 2) Carabinieri: la sezione Atti persecutori si è specializzata nei reati di stalking: provvede alla formazione e all'addestramento del personale dell'Arma dei Carabinieri che si occupa delle vittime, sviluppa studi e ricerche, aggiorna le strategie di prevenzione e di contrasto in collaborazione con la comunità scientifica, gestisce un archivio per l'analisi statistica dei dati.
- Uffici Giudiziari (Procura dei Minori e Procura Ordinaria): i processi per violenza di genere, come previsto dalla normativa più recente, hanno la priorità assoluta nella formazione dei ruoli d'udienza. A prescindere dal reddito, le vittime dei reati di stalking, maltrattamenti, violenza sessuale e pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili sono ammesse al patrocinio legale gratuito e per loro sono previste anche modalità protette per la testimonianza.

1.5. Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per l'uscita dalla violenza

La rete dei servizi anti violenza territoriale vede il coinvolgimento di tutte le istituzioni, gli enti e le associazioni, gli operatori, siano essi pubblici o privati, che partecipano secondo le rispettive competenze alla stesura di un progetto di uscita dalla violenza condiviso con la donna. Lo scopo è quello di offrire un sostegno concreto ed una risposta completa alle necessità che le donne vittime di violenza presentano in tale situazione.

A livello locale la rete integrata dei servizi sociali, in sinergia con quella del sistema sanitario rappresenta per la vittima e i figli minori una risposta ai problemi di salute e di difficoltà di

natura sociale. Tali servizi sono erogati da diverse professionalità con competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e sociali. I servizi socio territoriali, in collegamento con le forze dell'ordine, i consultori familiari, le associazioni di genere, la Caritas diocesana formano le maglie della rete di protezione per la presa in carico della vittima di violenza e l'accompagnamento nel suo contesto di vita.

Un ruolo fondamentale nel percorso di uscita dalla violenza è svolto dai servizi sociali. L'assistente sociale, in particolare, nell'ambito della violenza domestica può intervenire sia nella fase acuta, che nella successiva presa in carico: nella fase acuta stabilisce se sia necessario un allontanamento immediato della vittima dal maltrattante attraverso una più accurata valutazione del rischio di recidiva e di aggravamento; nella successiva presa in carico ha il compito di coordinare, attivare e verificare i componenti del percorso multidisciplinare, al fine di costruire insieme alla vittima un percorso adeguato di fuoriuscita dalla violenza. Come per tutti gli operatori della rete antiviolenza, anche per l'assistente sociale è fondamentale instaurare con la donna un rapporto di fiducia ed empatia, sin dalla fase del colloquio, che dovrà avvenire in una stanza ad hoc dove sia garantita la riservatezza. Durante il colloquio con la donna l'assistente sociale potrà riconoscere alcuni significativi indicatori di violenza, tra cui

- Segni visibili sul corpo (lividi, graffi, escoriazioni, ecc ...)
- Trascuratezza della persona
- Aspetto provato e triste
- Rigidità e tensione nei gesti
- Atteggiamento diffidente a volte aggressivo
- Reticenza a parlare di sé e della sua famiglia

È opportuno che l'assistente sociale durante il colloquio valuti la situazione di rischio stabilendo un eventuale piano di sicurezza in caso di rischio elevato. Le possibilità sono:

1. Lasciare il partner e stabilirsi temporaneamente in un luogo sicuro (ospitalità presso la propria famiglia di origine, o rete di amicizia, o presso una struttura residenziale quale casa rifugio o casa famiglia.
2. Non lasciare il partner e tornare a casa: in questo caso è necessario sostenere la decisione della donna ed aiutarla a costruire lo scenario di protezione.

In conclusione, data la complessità e la numerosità degli attori coinvolti nella rete antiviolenza, risulta di fondamentale importanza condividere al massimo le informazioni tra gli operatori e strutturare protocolli quanto più standardizzati ed uniformi. Indipendentemente dal momento e dal punto in cui la donna accede alla rete (Forze dell'Ordine, Pronto Soccorso, Servizio Sociale, Centro antiviolenza...) è necessario fornire alla vittima un sostegno tempestivo ed efficace. A tale riguardo, un esempio virtuoso di percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per l'uscita dalla violenza è quello adottato dalla Clinica Mangiagalli di Milano (Fondazione IRCSS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico). La struttura, infatti, si caratterizza per essere un centro di riferimento regionale per il soccorso violenza sessuale e domestica (S.V.S.E.D.), in grado di accogliere, grazie ad un protocollo di invio applicato da tutti gli operatori dell'azienda, le vittime di violenza sessuale e domestica, adulti e minori, che si recano presso una delle strutture aziendali di Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria. Il Centro S.V.S.E.D. in fase di emergenza è in grado di offrire un'assistenza sanitaria da parte di ginecologa, medico legale, infermiera/ostetrica 24 ore su 24 durante tutto l'anno. La fase di accoglienza della donna conta la presenza in pronto soccorso di una psicologa, chiamata dall'infermiere di triage prima della visita medica o successivamente, in considerazione delle condizioni mediche al momento dell'accesso in PS e in tutti i casi di violenza sospetta o dichiarata. Il colloquio con la psicologa, che è un diritto e non un dovere, ha lo scopo di far emergere traumi di natura psicologica, emotiva spesso nascosti oltre che informare la donna sul percorso di uscita dalla violenza che, sempre volontariamente, può intraprendere. Superata la fase dell'accoglienza del trauma psichico a partire da quello fisico, la seconda fase del percorso prevede la presa in carico da parte del personale sanitario e psicosociale, follow-up sanitari, sostegno da parte di assistenti sociali e psicologhe, consulenza legale, penale e civile da parte dell'associazione SVS DonnAiutaDonna onlus e accompagnamento all'utilizzo dei servizi presenti sul territorio.

CAPITOLO 2. Materiali e metodi

2.1. Obiettivi di ricerca

L'obiettivo della tesi è quello di offrire una revisione della letteratura, finalizzata all'aggiornamento del nursing sulla violenza di genere. Più nello specifico, si eseguirà una sintesi critica sul ruolo esercitato dall'infermiere nella prima risposta ai bisogni di una paziente vittima di violenza dichiarata o sospettata, con particolare riferimento ai dipartimenti di emergenza e di PS.

2.2. Quesito di ricerca

Alla base della ricerca fondata sulle prove di efficacia (Evidence-Based Medicine) è la corretta formulazione di un quesito clinico chiaro e completo, attraverso lo strumento PICO¹⁴ (Popolazione, Intervento, Confronto, Outcomes).

Le donne vittime di violenza ricorrono a setting sanitari con maggiore frequenza del resto della popolazione: spesso la presa in carico non è adeguata, perché la violenza non è dichiarata, o se accertata, il maltrattante non viene denunciato. Questo fenomeno è originato anche dalla re-vittimizzazione¹⁵ cui può essere sottoposta la vittima dagli operatori di Pronto Soccorso se non adeguatamente formati sulle tematiche della violenza di genere.

Quesito di ricerca: “Nel contesto dei dipartimenti di emergenza, la formazione specifica degli infermieri sulle tematiche di genere quanto influisce sulla qualità dell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza?”

P	Donne vittime di violenza (dichiarata o sospetta).
I	Formazione degli infermieri.
C	
O	Adeguatezza assistenza infermieristica, adesione della donna a percorsi di uscita dalla violenza.

¹⁴ Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decision. ACP J Club 1995.

¹⁵ Si veda al riguardo il paragrafo 1.2.1.

2.3. Ricerca e selezione della letteratura

La revisione è stata condotta mediante indagine di consultazione delle principali banche dati biomediche (Medline-PubMed, The Cochrane Library) e di Google Scholar per la cosiddetta “letteratura grigia”¹⁶. Sono stati consultati la Banca dati bibliografica ILISI ed il manuale di Infermieristica medico-chirurgica Brunner – Suddarth (2017).

La ricerca di letteratura è stata effettuata dal 29/02/2020 al 22/03/2020.

Nella ricerca delle banche dati sono state utilizzate parole libere associate agli operatori booleani.

I criteri di selezione della letteratura sono stati i seguenti:

- Pertinenza al tema di studio: violenza basata sul genere (Gender Based Violence)
- Lingua: italiano e inglese.
- Tipologia di rivista: preferenze per le riviste relative all’area della salute pubblica, della medicina di genere e dell’epidemiologia.
- Tipologia di studio: studi sperimentali, studi longitudinali, revisioni sistematiche, studi qualitativi e case study.

I risultati sono sintetizzati nella tabella della pagina seguente:

¹⁶ La letteratura grigia (Grey Literature) comprende tesi di laurea, abstract di congressi e seminari, protocolli di studio, lettere editoriali, case report, documenti di programmazione.

Banca dati	Stringa di ricerca	Limiti	Numero articoli
Medline-PubMed	“Gender violence” AND “nurse training” AND “quality care”	Published in the last 10 years	151
	“Women violence” AND “recurrence” AND “emergency”	Published in the last 10 years	9
	“Guidelines” AND “gender based violence” AND “nursing”	Published in the last 10 years	7
	“Nurse” AND “responsability” AND “women violence”	Published in the last 10 years	16
The Cochrane Library	“Gender violence” AND “nurse training” AND “quality care”	Nessuno	2
	“Women violence” AND “recurrence” AND “emergency”	Nessuno	1
	“Guidelines” AND “gender based violence” AND “nursing”	Nessuno	2
	“Nurse” AND “responsability” AND “women violence”	Nessuno	11
Google Scholar			1
Totale articoli			200

Tab. 4. Risultati ottenuti dalla selezione della letteratura

2.4.Criteri inclusione/esclusione degli articoli presenti in letteratura

Per quanto riguarda i criteri di selezione del materiale, dal numero totale di articoli ottenuti combinando i risultati delle stringhe di ricerca (199), sono stati esclusi 174 articoli poiché non pertinenti ed altri 2 articoli perché solo marginalmente pertinenti.

Dei 24 articoli selezionati in questa prima fase, sono stati letti gli abstract, in base ai quali sono state escluse due ulteriori pubblicazioni, più altre nove poiché non presente il full text.

Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su 12 articoli tratti dalle banche biomediche, più un articolo tratto da Google Scholar, che saranno citati nel testo e riportati nell'Allegato 1 (Sinossi degli studi).

Nello specifico si elencano i *criteri di inclusione*:

- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni
- Donne vittime di violenza (dichiarata o sospetta)
- Donne in età fertile (18-50 anni)

Criteri di esclusione:

- Pazienti pediatrici
- Pazienti geriatrici.

Di seguito viene riportato il diagramma di flusso che sintetizza il processo di inclusione dei record nella revisione. Il diagramma è redatto secondo il Prisma Statement 2009, linee guida di ricerca fissate a livello internazionale a garanzia della trasparenza delle revisioni scientifiche in letteratura.

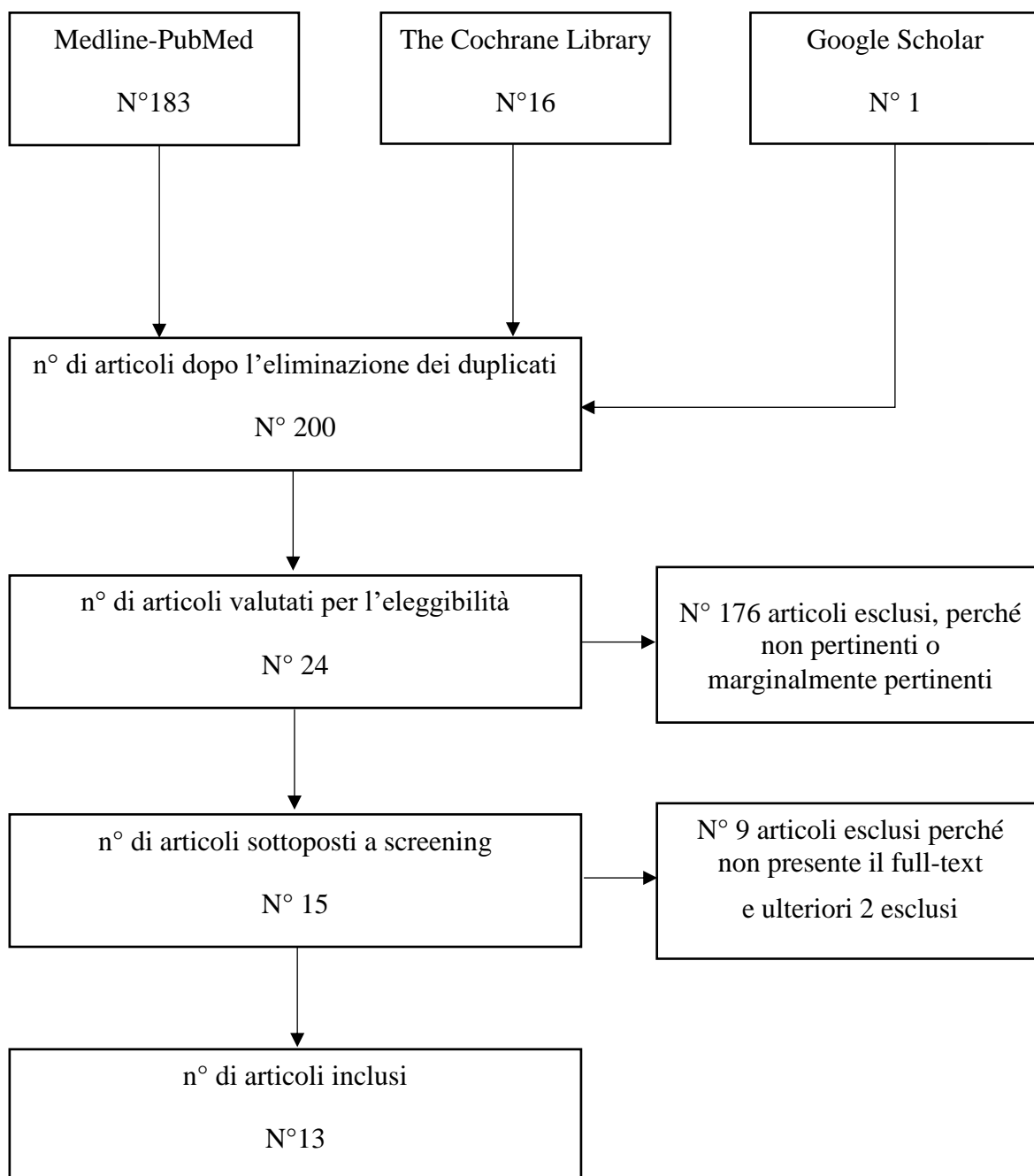


Diagramma 1. Prisma flow chart per la selezione degli studi

CAPITOLO 3. Revisione della letteratura

3.1. La responsabilità dell'infermiere nella pratica assistenziale alle donne vittime di violenza

Vari studi hanno riscontrato come il momento del contatto con le strutture sanitarie, in particolare quelle di emergenza e di Pronto Soccorso, svolga un ruolo prioritario nell'accoglienza e presa in carico della donna vittima di violenza (Signorelli et al., 2018; Hendriks et al., 2018), in quanto gli infermieri hanno precise responsabilità¹⁷ professionali. Secondo Hinkle & Cheever (2017) “gli infermieri di Pronto Soccorso sono in una posizione unica per garantire l'individuazione precoce e l'attuazione di interventi per le persone vittime di abusi. Questo richiede un'acuta consapevolezza dei segni di possibile abuso o di maltrattamento. Gli infermieri devono essere abili nelle tecniche di intervista che permettono di raccogliere informazioni accurate. Un'anamnesi attenta è cruciale nel processo di screening. L'intervista in forma privata e lontani da altre persone, può essere utile per raccogliere informazioni su abusi e maltrattamenti. Elementi fondamentali della valutazione sono: l'aspetto generale della persona, le interazioni con le altre persone significative, l'esame di tutta la superficie corporea e lo stato mentale”.

L'analisi condotta da Rhodes et al. (2008) ha preso in esame 1281 registrazioni audio di interviste relative ad altrettante donne che hanno avuto accesso al PS. Lo studio dimostra che, sebbene il contesto clinico “frenetico” del Pronto soccorso sia di ostacolo all'identificazione dei fattori di rischio relativi alla violenza domestica, alcune pratiche di comunicazione adottate dagli operatori sembrano aver facilitato in modo significativo la dichiarazione degli abusi subiti da parte delle vittime. In particolare, si sono rivelate efficaci le strategie comunicative basate su domande “con finale aperto”, sull'empatia, sulla creazione di in una clima di fiducia e di “finestre di opportunità” per condividere con la

¹⁷ In seguito all'identificazione del profilo del personale infermieristico attuata con D.M. 739/'94, all'infermiere è riconosciuta una maggiore autonomia decisionale ed una completa assunzione di responsabilità professionale, con ampliamento della propria sfera di conoscenza ed intervento. Da ciò scaturisce l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria di reati perseguibili d'ufficio, dei quali si sia venuti a conoscenza durante l'esercizio della professione sanitaria, indipendentemente dalla volontà della vittima (artt 331-332, c.p.p. e artt 361-362, c.p.p.). Vi è poi l'obbligo di referto, documento tecnico-professionale che va redatto e presentato alla Procura entro quarantotto ore, quando, nell'esercizio di una professione sanitaria, si sia prestato assistenza a casi che possano presentare caratteri di delitto perseguibile di ufficio (artt 334 e 365 del c.p.p.).

donna informazioni ad elevato carico emotivo. Rhodes et al. (2008) evidenziano l'opportunità di erogare agli infermieri dei reparti d'emergenza formazione aggiuntiva sulle tecniche di comunicazione, in modo da accrescere le competenze nella gestione del colloquio con la vittima. Nonostante i limiti dello studio, che non ha potuto indagare i segni non verbali della comunicazione, vi è sufficiente evidenza scientifica per concludere che, laddove l'intervista è condotta secondo tecniche comunicative appropriate, si verifica una maggiore tendenza della donna a dichiarare la violenza domestica; la conduzione del colloquio in tale modalità, inoltre, non allunga i tempi della visita.

Leitão (2014) invita gli operatori sanitari a gestire con cautela lo strumento dello screening¹⁸ e del colloquio, dal momento che la donna potrebbe subire un ulteriore danno dall'intervento, che potrebbe risultare invasivo, soprattutto dal punto di vista psicologico. L'infermiere che si trova a gestire il delicato compito di offrire assistenza clinica e socio-sanitaria, dovrebbe riconoscere alle vittime quell'autodeterminazione spesso loro negata, facendo leva sull'auto-efficacia che molte donne mostrano nel percorso tortuoso di uscita da una relazione violenta. Ad una simile conclusione giungono Choi et al. (2019) che in un recente studio retrospettivo di coorte, analizzando le cartelle cliniche degli accessi in PS nel periodo 2010 - 2014, estratte sulla base dei seguenti criteri: autodenuncia, informazioni fornite dalle forze dell'ordine, colloquio diretto da parte degli infermieri di triage e medici di emergenza sottoposti a formazione completa per la valutazione della violenza domestica.

I risultati osservati denotano un'escalation nella gravità delle lesioni riportate negli accessi ripetuti: in caso di recidive, aumenta significativamente il numero delle sedi corporee, il numero delle cause dei traumatismi e l'accompagnamento da parte delle forze dell'ordine al Pronto Soccorso. La ricerca mostra significativa evidenza che le donne adottano un comportamento di ricerca d'aiuto e di "autoprotezione" più efficace rispetto agli uomini coinvolti in simili episodi; il che suggerisce l'adozione da parte di strutture pubbliche di un approccio specifico di genere per prevenire l'insorgenza della violenza, di accessi ripetuti e scoraggiare così l'aumento della morbilità e della potenziale mortalità (Choi et al. 2019).

¹⁸ Un esempio di strumento di screening per la diagnosi precoce di IPV è riportato in tabella 5)

Quante volte il suo partner...	Mai	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Frequentemente
Le fa male fisicamente					
La insulta					
La minaccia					
Le urla					
	1	2	3	4	5
Totale					

Tab. 5- Strumento di Screening¹⁹ per la violenza domestica.

3.2. Le Linee Guida in tema di soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza

Le linee guida sono documenti che forniscono raccomandazioni di comportamento clinico e per l'infermiere rappresentano una guida, un ausilio nel processo decisionale, nonché un importante supporto informativo. L'O.M.S. ha pubblicato una serie di direttive, che hanno tra i loro obiettivi anche quello di far fronte all'inesperienza degli operatori sanitari nell'assistenza alle vittime degli abusi. Le raccomandazioni delle linee guida, supportate da evidenza scientifica, trattano i seguenti argomenti:

1. *Modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza:* garantire confidenzialità, non intrusività, discorso attento, fornire informazioni e supporto sociale. Lo staff clinico deve essere preparato a porre domande sull'abuso. A tale riguardo Cremonini et al. (2017) e Gregory (2010) evidenziano interventi volti a migliorare in modo significativo la risposta del sistema sanitario alla violenza domestica, basati prevalentemente sulla formazione continua degli operatori.

2. *Identificazione e assistenza per le donne sopravvissute alla violenza:* viene sconsigliato di rivolgere domande focalizzate sulla violenza in tutte le occasioni d'incontro della donna con i servizi sanitari per qualsiasi necessità. Al riguardo, O'Doherty (2015) sostiene come non vi sia ancora sufficiente evidenza che gli screening incrementino il ricorso alla rete locale o riducano successivi episodi di violenze, migliorando effettivamente lo stato di salute

¹⁹ Ogni elemento ha un punteggio da 1-5. Il totale è compreso tra 4-20. Un punteggio maggiore di 10 significa che sono a rischio di abuso di violenza domestica. È indicato raccogliere tali notizie nel corso della visita evitando di porre le domande in maniera diretta.

delle vittime; potrebbe essere più efficace formare gli operatori sanitari a domandare della violenza alle donne che mostrano segni di abuso, o a quelle più a rischio (es: donne in gravidanza) fornendo loro informazioni e risposte adeguate, nonché pianificando la loro messa in sicurezza.

3. Assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale: oltre ad un'assistenza immediata che consiste nella contraccezione di emergenza entro 5 giorni dall'evento o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, nell'attuazione della profilassi dell'infezione da HIV entro 72 ore dall'evento e per altri infezioni a trasmissione sessuale, vanno attivati interventi psicologici, se necessario prolungati nel tempo. Sebbene sia necessaria ulteriore ricerca, vari studi concordano nell'affermare che il rafforzamento dei servizi sanitari in un'ottica di rete sia lo strumento più efficace per contrastare il fenomeno della violenza della donna, attraverso lo sviluppo di protocolli e competenze degli operatori in servizio (Chapin et al. 2011), (Gupta et al. 2017), (Hendriks et al. 2017), (Signorelli et al 2018). Da uno studio qualitativo che ha valutato l'assistenza prestata in Belgio da quindici centri di cura per le violenze sessuali alla luce di standard e linee guida internazionali (Hendriks et al. 2017) è emerso che nella maggior parte degli ospedali la frammentazione dei servizi sanitari e il limitato follow-up delle vittime sono di ostacolo a un'assistenza integrata e orientata al paziente.

4. Repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento: scopo delle linee guida è quello di pianificare l'intervento dei professionisti della salute coinvolti nella repertazione di tracce biologiche nei casi di violenza sessuale e/o maltrattamento, dichiarati o sospetti. Il fine è quello di evitare la contaminazione, la degradazione e la perdita di prove biologiche, ed ottenere risultati fruibili per successivi ed eventuali procedimenti giudiziari.

In Italia

A livello nazionale, dal 30 gennaio 2018 sono entrate in vigore linee guida²⁰ rivolte a tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere dotate di Pronto Soccorso, con l'obiettivo di rendere operativo ed uniforme su tutto il territorio un percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza alla donna che subisce violenza. Le aziende hanno un anno di tempo per adeguare le strutture a determinati standard, ed attivarsi in modo che il personale sanitario, opportunamente formato, operi secondo protocolli standardizzati.

Una prima azione svolta dal legislatore è stata quella di accomunare sotto la denominazione "Percorso per le donne che subiscono violenza" un insieme di percorsi di accoglienza sperimentati nel corso degli anni da realtà territoriali diverse e che sono stati via via denominati: "Codice rosa", "Percorso rosa", "Binario rosa", "Percorso donna".

Dal punto di vista della struttura, le linee guida prescrivono che già nell'area del triage sia presente e ben visibile materiale informativo plurilingue, cartaceo e/o multimediale che illustri le varie forme di violenza, gli effetti sulla salute di donne e bambini, le indicazioni logistiche sui servizi pubblici/privati dedicati presenti sul territorio, i servizi a sostegno dei minori e indicazioni sul numero di pubblica utilità (1522).

Dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente) alla paziente è riconosciuto un codice standard di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo di 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. Le figlie e i figli minori che hanno accompagnato la madre al Pronto Soccorso restano con lei, affinché siano coinvolti nel suo stesso percorso.

L'assistenza medica ed ogni accertamento strumentale e clinico vanno erogati in un'area protetta, possibilmente l'unico luogo in cui la donna, nel pieno rispetto della privacy, possa essere ascoltata, accolta e sottoposta a procedure per la raccolta di materiale utile per una eventuale denuncia/querela. In tutto il percorso va tutelato il principio di autodeterminazione della donna, che in ogni fase va informata sulle implicazioni, anche di tipo legale e non solo

²⁰ Adottate con D.P.C.M. del 24/11/2017 pubblicato sulla G.U., Serie Generale n. 24//2018.

sanitario, del consenso rilasciato. L'infermiere è anche parte attiva nell'informare la donna circa la presenza sul territorio di centri antiviolenza, sia pubblici che privati, e nell'indirizzare la vittima verso la struttura più adeguata, qualora ne faccia richiesta.

Al termine del trattamento sanitario, l'operatore che ha preso in carico la donna compila il modello di valutazione del rischio (Brief Risk Assessment for the Emergency Department DA-5) per assicurare una corretta rilevazione del rischio di recidiva e letalità e adottare le opzioni di dimissioni più corrette²¹. Lo strumento di ausilio agli operatori di PS è stato messo a punto da Snider et al. (2009) e consente di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio.

Le linee guida nazionali dedicano particolare attenzione alla formazione professionale del personale infermieristico addetto al triage, che dovrebbe essere in grado di “procedere al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata, avvalendosi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi al PS del territorio da parte della donna”²².

Tra le indicazioni operative rivolte alle aziende sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, di particolare interesse per le finalità del presente lavoro è quella di “garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale – compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialisti).

3.3. Il ruolo della formazione in presenza o a distanza (FAD) per gli operatori sanitari

La maggior parte degli studi analizzati nel corso della revisione riconosce il ruolo centrale del personale infermieristico dei PS, che si trova in una posizione privilegiata per intercettare e rispondere alla modalità di presa in carico della donna vittima di violenza relazionale.

²¹ Si articola in 5 items da rilevare durante il colloquio con la donna; una risposta positiva a tre domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave (con una sensibilità dell'83% e un intervallo di confidenza del 95%).

²² Le Regioni sono invitate ad adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali, nel rispetto della privacy, in modo da consentire all'Azienda Sanitaria o all'Ospedale di riferimento di essere in rete con tutte le altre strutture della regione di appartenenza.

Dal confronto tra gli interventi e le esperienze attuate da diversi Paesi, è emerso che la formazione degli operatori sanitari del pronto soccorso rappresenta una risorsa fondamentale per l'assistenza alle vittime, a partire dal riconoscimento della violenza stessa. Tutti gli studi analizzati denotano che la formazione di base (pre-qualificazione) del personale sulle tematiche di genere è generalmente insufficiente. A livello internazionale, Lovi et al. (2018) rimarcano che in tutte le università australiane la violenza di genere rimane un argomento scarsamente integrato nei programmi di infermieristica e ostetricia e permangono forti atteggiamenti di pregiudizio e resistenza tra gli accademici. La formazione di base è ritenuta insufficiente anche in Italia: Cremonini et al. (2017) hanno indagato la conoscenza sulle tematiche di genere e la competenza sulla gestione in urgenza della donna che ha subito violenza, presso gli infermieri del servizio di emergenza intra-ospedaliera (EDI) e extra-ospedaliera (EDE) in tre ambiti territoriali afferenti ad una azienda sanitaria del nord Italia. Lo studio osservazionale trasversale ha evidenziato una buona conoscenza sul tema della violenza di genere degli infermieri, ma una scarsa formazione di base e una competenza non del tutto adeguata nella gestione dell'invio delle donne ai servizi di rete; sono state inoltre rappresentate dagli infermieri le difficoltà di aiutare la donna a livello emotivo e mentale nei contesti di PS. Gli autori concludono raccomandando la necessità di aggiornamento professionale per aumentare le competenze degli infermieri, al fine di invitare la donna a riferire al personale sanitario quanto le è accaduto all'interno delle mura domestiche.

Rhodes et al., in uno studio qualitativo del 2018, suggeriscono alle autorità di garantire al personale sanitario di emergenza una formazione "multidisciplinare, esperta, qualificata ed orientata al paziente". Hendriks et al. (2018) invitano ad attivare formazione aggiuntiva sulle tematiche dell'accoglienza orientate al genere ed alle esigenze delle minoranze sessuali.

Dato il ruolo strategico all'interno del processo assistenziale alle vittime, anche le recenti linee guida nazionali²³ raccomandano a tutte le aziende ospedaliere dotate di PS di formare adeguatamente il personale, "affinché gli operatori, oltre a fornire assistenza possano aiutare a far cadere quel muro di paura, silenzi impenetrabili tipici di alcune donne abusate" (De Santi e Sparaco, in I.S.S. 2017, p.144). A tale proposito, il legislatore italiano fissa precisi requisiti minimi negli orari di formazione degli operatori di PS, prescrivendo una formazione

²³ Si veda a riguardo il paragrafo 3.2.

continua “multidisciplinare” a cura dei massimi esperti della tematica, con un minimo di frequenza da fissare tra le venti e le cinquanta ore di frequenza.

Nel panorama italiano, uno studio *blended* esplora la possibilità che la formazione sulle tematiche della violenza di genere *de visu* e a distanza (FAD) accresca le competenze degli operatori di pronto soccorso e, a livello di outcomes attesi, aumenti la prevenzione, la capacità di diagnosi e assistenza delle donne vittime di violenza (Colucci et al. 2019).

Nello specifico, 636 operatori socio sanitari di 28 unità di PS di 4 regioni italiane (Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia) sono stati sottoposti ad una metodologia di formazione *blended* (sia residenziale che coadiuvata da strumenti di formazione a distanza) basata sul confronto sistematico delle competenze pre e post-formazione, misurando la capacità di identificare e assistere correttamente i casi di violenza di genere, giunti nei rispettivi PS. Nel periodo di post formazione è stato osservato un significativo aumento del numero di casi di violenza registrati correttamente, con adeguata attribuzione di codici diagnostici, rispetto al periodo di pre-formazione. Lo studio ha permesso di definire una strategia di formazione per gli operatori sociosanitari dei PS. È stato osservato un miglioramento nella diagnosi e nella gestione dei casi di violenza di genere, probabilmente dovuto a maggior consapevolezza e competenza, che dovrà essere oggetto di ulteriore ricerca. Alla stessa conclusione perviene lo studio di Hendriks et al. (2018) che evidenzia la necessità di formare il personale sanitario per garantire un’assistenza multidisciplinare ed integrata, orientata al paziente.

Gupta et al. (2017) hanno condotto uno studio randomizzato controllato volto a valutare se “un’assistenza infermieristica potenziata” sia in grado di ridurre l’esposizione delle donne alla violenza domestica e di migliorarne i comportamenti di messa in sicurezza, la qualità della salute mentale e l’uso delle risorse della rete. In entrambi i cluster di studio (intervento e controllo) è diminuita la violenza a cui sono esposte le donne coinvolte, misurata a quindici mesi di distanza dall’intervento iniziale. L’assistenza potenziata dalla formazione (screening, valutazione dello stato di salute e del rischio di recidiva, informazioni di supporto sulla rete) si è rivelata significativamente efficace nel determinare effetti a breve termine sul miglioramento della salute mentale e della sicurezza delle donne, mentre non è apparsa significativa nel determinare una maggior presa in carico da parte della rete territoriale; lo

studio randomizzato conclude affermando che gli infermieri possono svolgere un ruolo di supporto nell'assistere le donne che hanno subito abusi.

3.4. I protocolli infermieristici in casi di violenza o sospetta violenza di genere

Le linee guida analizzate nel paragrafo 3.2 devono essere considerate a completamento dei protocolli per il percorso assistenziale delle vittime di abuso sessuale e/o maltrattamento in uso presso le strutture ospedaliere/universitarie. Le raccomandazioni generali contenute rappresentano i “requisiti minimi” che potranno essere implementati nelle singole realtà sanitarie.

“Un protocollo specifico deve essere alla portata di ogni operatore per facilitare e standardizzare l’espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori. Il personale addetto deve essere in grado di offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all’ascolto, testimonianza del fatto accaduto. Il personale deve conoscere e utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi e agli obblighi di legge previsti per il fatto e ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale repertato per l’invio all’autorità giudiziaria” (Kustermman et al. in I.S.S., 2017, p.81). In Pronto Soccorso la gestione dei casi di violenza domestica e/o sessuale prevede le seguenti fasi:

- Accoglienza e protocollo d’individuazione.
- Acquisizione del consenso al trattamento dati ed acquisizione ed alla cessione delle prove giudiziarie.
- Anamnesi con storia medica dell’aggressione.
- Esame obiettivo completo.
- Acquisizione delle tracce.
- Esecuzione di accertamenti biologici.
- Compilazione disegni anatomici.
- Rilevazione del rischio.
- Esecuzione fotografie.
- Provvedimenti preventivi anticoncezionali.

- Chemioprophilassi empirica delle malattie sessualmente trasmesse.
- Richiesta di consulenze specialistiche.
- Adempimento obblighi normativi
- Informazione centri anti violenza e servizi presenti sul territorio
- Eventuale attivazione dei servizi sociali in caso di presa in carico
- Proposta follow up

Gli operatori sanitari dovrebbero avere la preoccupazione primaria di garantire sicurezza e benessere all'assistito, per poi concentrarsi sulle conseguenze dell'abuso o della violenza e sulla prevenzione di ulteriori lesioni. Infermieri, medici, assistenti sociali ed enti comunitari devono operare in maniera integrata per sviluppare e attuare un piano che soddisfi i bisogni dell'assistito. Se in pericolo immediato, quando, possibile, l'assistito dovrebbe essere separato dalla persona che determina l'abuso. I protocolli di molti pronto soccorso richiedono l'uso di un approccio multidisciplinare (Hinkle & Cheever, 2017).

A livello locale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ospedali Riuniti di Ancona, per gli aspetti operativi si è dotata di un protocollo sanitario denominato "Percorso per donne che subiscono violenza²⁴".

²⁴ Disponibile al link:

[Http://www.ospedaliriuniti.marche.it/portale/index.php?id_oggetto=2&id_cat=0&id_doc=457&id_sez_ori=0&template_ori=2&>p=1](http://www.ospedaliriuniti.marche.it/portale/index.php?id_oggetto=2&id_cat=0&id_doc=457&id_sez_ori=0&template_ori=2&>p=1).

CAPITOLO 4. Risultati e discussione

4.1. Analisi della revisione

Nell'Allegato 1 sono stati riportati gli studi più importanti per la stesura di questa tesi, tra i quali un recente studio qualitativo (Colucci et al, 2019) che appare di interesse, poiché consente di definire una strategia di formazione *de visu* e *a distanza* sulle tematiche della violenza di genere, da rivolgere agli infermieri dei Pronto Soccorso. La ricerca in esame ha fornito adeguata evidenza scientifica circa il miglioramento registrato nella gestione dei casi di violenza di genere (in particolare nel riconoscimento e nella corretta registrazione dei casi), a seguito della formazione mirata erogata agli operatori. Ulteriore ricerca sarebbe necessaria per indagare gli effetti di lungo periodo sulla salute delle donne vittime di violenza, attraverso studi di follow-up.

Lo studio randomizzato controllato di Gupta et al. (2017) ha fornito prove di efficacia circa miglioramenti a breve termine prodotti dalla formazione degli infermieri nella pianificazione della sicurezza e nella salute mentale delle vittime; non è invece apparso significativo il ruolo della formazione “potenziata” nel determinare una maggior presa in carico delle vittime da parte dei servizi territoriali. Anche in questo caso, ulteriori studi di follow-up andrebbero condotti per documentare l'evolversi delle condizioni di salute e benessere mentale delle donne.

La revisione sistematica condotta da O'Doherty et al. (2015), che ha preso in esame quasi quindicimila donne provenienti da diversi setting sanitari, ha fatto emergere la generale efficacia degli strumenti di screening rispetto all'identificazione delle violenze nel contesto dei dipartimenti di emergenza. La prova di evidenza non ha raggiunto una significatività tale da raccomandare lo screening IPV di routine a tutte le donne che si rivolgono ad un qualsiasi setting sanitario, indipendentemente dal motivo dell'accesso e non vi è prova di una maggior presa in carico da parte dei servizi delle vittime sottoposte a screening. Anche in questo caso, viene ribadita l'opportunità di valutare gli effetti di medio–lungo termine sulla salute delle donne.

Tutti gli studi analizzati concordano nell'assegnare alla formazione degli infermieri dei P.S un ruolo significativo nel riconoscimento della donna vittima di violenza e nella qualità

dell'assistenza attraverso l'accrescimento delle competenze, mentre non risulta sufficientemente indagato il legame tra formazione e una maggior presa in carico delle vittime da parte dei servizi. Altro punto chiave dei vari studi di letteratura è la necessità di garantire un'assistenza multidisciplinare ed integrata, da acquisire attraverso una formazione continua del personale sanitario, con il coinvolgimento di diversi attori, Centri antiviolenza, Forze di Polizia, accademici, operatori sanitari, di giustizia.

A livello internazionale, con riferimento alla formazione universitaria degli infermieri, un case-study basato sull'associazione di strumenti quantitativi e qualitativi di analisi (Lovi et al., 2018) prova la scarsa integrazione di contenuti relativi alle tematiche della violenza di genere nei programmi dei corsi di infermieristica ed ostetricia, dettati da atteggiamenti di pregiudizio e resistenza tra gli accademici. Come spunto di ricerca, sarebbe interessante indagare il panorama universitario italiano.

4.2. Considerazioni sui risultati dello studio

Gli studi analizzati risultano concordanti tra loro nel riferire l'utilità della formazione degli infermieri, riconoscendo loro un fondamentale ruolo di supporto nell'assistere le donne con esperienza di violenza domestica. L'ipotesi iniziale del quesito di ricerca è stata dunque confermata dai risultati di tutti gli studi presi in considerazione, che hanno segnalato un significativo aumento nell'identificazione dei casi di violenza di genere non dichiarata nei contesti dei dipartimenti d'emergenza. La maggior parte delle ricerche non ha riscontrato sufficiente evidenza scientifica riguardo i miglioramenti sulla capacità di presa in carico ed i benefici a medio e lungo termine sulla salute delle vittime.

Per quanto attiene ai limiti della revisione, da segnalare che gli studi randomizzati condotti sono pochi e con un numero di pazienti coinvolti relativamente ridotto, per cui la ricerca dovrebbe continuare a seguire le vittime nel loro percorso di uscita dalla violenza, privilegiando un approccio sperimentale, al fine di garantire una maggiore rigosità scientifica.

Gli studi condotti su Paesi a basso-medio reddito o caratterizzati da situazioni di guerra o di emergenze umanitarie, andrebbero vagliati con attenzione e replicati in contesti nazionali per garantirne la trasferibilità dei risultati.

4.3. Proposte ed implicazioni per la pratica

La revisione svolta ha evidenziato che particolarmente sentita è la necessità di aggiornamento professionale continuo, per cui come azione pratica si propone l'attuazione di corsi per la formazione specifica per aumentare le competenze degli infermieri nella gestione della delicata e complessa tematica della violenza di genere, da estendere eventualmente anche ad altre figure sanitarie (operatori del 118, soccorritori volontari e/o personale laico che entra in contatto con una potenziale vittima).

Dal punto di vista della formazione universitaria, si ritiene opportuno inserire corsi obbligatori sulla violenza di genere all'interno dei piani di studio dei corsi di infermieristica ed ostetricia: attualmente sono pochi gli Atenei che propongono tali corsi e, laddove inseriti, sono facoltativi per cui non entrano a far parte del bagaglio di conoscenze obbligatorio di ogni infermiere.

CAPITOLO 5. Conclusioni

Nonostante i limiti evidenziati, gli spunti per ulteriori approfondimenti teorici sono diversi ed interessanti. Come tutti i problemi di salute pubblica il contrasto alla violenza di genere implica un'azione di prevenzione su tre livelli:

1. Prevenzione primaria con interventi volti a impedire la violenza prima che si manifesti.
2. Prevenzione secondaria con risposte immediate alla violenza una volta che sia stata agita, quali servizi di pronto soccorso, terapia clinico-farmacologica o chirurgica.
3. Prevenzione terziaria con interventi riabilitativi o reintegrativi a lungo termine per attenuare il trauma e ridurre la disabilità associate alla violenza.

La violenza di genere è potenzialmente un problema prevenibile, ma la sua complessità richiede una collaborazione a tutti i livelli istituzionali (sistema sanitario, istruzione, giustizia) ed un approccio multidisciplinare e con diversi obiettivi (sopravvissute, maltrattanti, famiglie e comunità) (Signorelli et al, 2018).

Questa tesi si è occupata principalmente di aspetti correlati alla prevenzione secondaria, ma resta inteso che la strategia migliore è agire a livello di prevenzione primaria, cercando di

contrastare gli atteggiamenti culturali ed i modelli che permettono la tacita diffusione della violenza di genere.

In questa ottica, le misure di prevenzione da mettere in campo sono di tipo educativo e devono coinvolgere le giovani generazioni di alunni e studenti, attraverso campagne di sensibilizzazione nelle scuole, anche in collaborazione con le Forze dell'Ordine e corsi di educazione all'affettività.

Nell'attuale emergenza sanitaria, il tema della violenza domestica sulle donne registra una significativa recrudescenza, costituendo un preoccupante "effetto collaterale" del Coronavirus.

Nel generale silenzio dei mezzi di informazione, impegnati in via quasi esclusiva a seguire l'andamento del contagio, le donne, fianco a fianco del maltrattante a causa del "lockdown" forzato, subiscono un'ulteriore violenza per il fatto di non poter cercare efficacemente aiuto; è allarmante al riguardo il dato divulgato dal Dipartimento per le Pari Opportunità, che ha denunciato una diminuzione del 55% delle chiamate al numero anti violenza 1522 nella sola settimana dall'8 al 15 marzo 2020. È necessario allora ricorrere a strategie di aiuto innovative, che utilizzino mezzi rapidi e discreti, quali le chat o messaggi in codice da veicolare a persone di fiducia come i farmacisti, affinché le donne vittime di violenza, oltre al nemico invisibile del COVID-19 non si trovino a dover combattere da sole un ulteriore nemico "che possiede le chiavi di casa".

ALLEGATO 1: Sinossi degli studi

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
<p>1. Colucci A., et al. (2019). <i>A blended training programme for healthcare professionals aimed at strengthening territorial networks for the prevention and contrast of gender-based violence (GBV).</i></p>	<p>Esplorare la possibilità che la formazione sulle tematiche della violenza di genere <i>de visu</i> e a distanza (FAD) accresca le competenze degli operatori di pronto soccorso e la prevenzione, diagnosi e assistenza delle donne vittime di violenza.</p>	<p>636 operatori socio sanitari di 28 unità di PS di 4 regioni italiane (Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia) in collaborazione con esperti della Regione Toscana (Task Force di Grosseto).</p>	<p>Metodologia di formazione blended basata su confronto sistematico delle competenze pre e post-formazione della capacità di identificare e assistere correttamente i casi di violenza di genere, giunti nei rispettivi PS; periodo di osservazione: sei mesi prima e dopo il termine della formazione</p>	<p>Nel periodo post-formazione è stato osservato un notevole aumento del numero di casi di violenza registrati correttamente rispetto al periodo di pre-formazione.</p>	<p>Il progetto ha permesso di definire una strategia di formazione per gli operatori socio-sanitari dei PS. Osservato un miglioramento nella diagnosi e nella gestione dei casi di violenza di genere, probabilmente dovuto a maggior consapevolezza e competenza.</p>	<p>Epidemiologia & Prevenzione (2019).</p>
<p>2. Wai-Man Choi A., et al. (2019). <i>Clinical features of heterosexual intimate Partner violence victims with escalating injury severity.</i></p>	<p>Lo studio mira a investigare i profili delle vittime di violenza domestica e a tracciare modelli delle lesioni, confrontando i primi accessi in PS con gli accessi ripetuti.</p>	<p>878 vittime di violenza domestica (maschi e femmine) che hanno avuto accesso ai dipartimenti di emergenza e PS di due ospedali generali pubblici di Hong Kong, nel periodo 2010 - 2014.</p>	<p>Studio retrospettivo di coorte, che analizza sulla base delle cartelle cliniche gli accessi in PS sulla base dei seguenti criteri: autodenuncia, informazioni fornite dalle forze dell'ordine, colloquio diretto da parte degli infermieri di triage e medici di emergenza sottoposti a formazione completa per la valutazione della violenza domestica.</p>	<p>I risultati osservati denotano un'escalation nella gravità delle lesioni riportate negli accessi ripetuti in entrambi i sessi. Solo per le vittime donne, in caso di recidive, aumenta significativamente il numero delle sedi corporee, il numero delle cause dei traumatismi e l'accompagnamento da parte delle forze dell'ordine in PS.</p>	<p>Le donne vittime di violenza domestica hanno un comportamento di ricerca d'aiuto e di autoprotezione più efficace rispetto agli uomini; il che suggerisce l'adozione da parte di strutture pubbliche di un approccio specifico di genere per prevenire l'insorgenza della violenza, di accessi ripetuti e scoraggiare così l'aumento della morbilità e potenziale mortalità.</p>	<p>Journal of Interpersonal Violence, 1-21 (2019).</p>

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
3. Lovi R., Hutchinson M., Hurley J. (2018). Inclusion of intimate partner violence-related content within undergraduate health care professional curriculum: mixed methods study of academics' attitudes and beliefs.	Indagare gli atteggiamenti e le convinzioni degli accademici in merito all'inclusione di contenuti relativi alla tematica della violenza di genere nei corsi universitari di infermieristica e ostetricia.	18 docenti universitari dei corsi di laurea in infermieristica e ostetricia. Australia.	Case study basato su analisi quantitativa comparativa di un'indagine online a 51 voci, associata ad un'analisi tematica qualitativa delle interviste guidate.	In tutte le università australiane l'IVP rimane un argomento scarsamente integrato nei programmi di infermieristica e ostetricia.	Anche se i responsabili politici e tecnici sostengono la necessità di includere tale tematica nella preparazione universitaria di infermieri e ostetrici, rimangono da combattere gli atteggiamenti di pregiudizio e di resistenza tra gli accademici.	Contemporary Nurse (2018)
4. Muluneh M.D., Stulz V., Francis L., et al. (2020). Gender based violence against women in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies.	L'obiettivo della revisione è quello di studiare sistematicamente i tassi di prevalenza della violenza basata sul genere compresa la violenza esercitata dal partner e non, analizzando la prevalenza delle varie componenti (sessuale, fisica e psicologica).	Donne con età compresa tra i 15 e 49 anni appartenenti ai paesi dell'Africa Sub-Sahariana.	Revisione sistematica su sei banche dati scientifiche (Ovide, Medline, Cinahl, Cochrane Central, Embase, Scopus e Web of Science).	Gli articoli selezionati in base ai criteri di inclusione sono 58. Dalla loro analisi emerge che più del 44% delle donne tra i 15-49 anni di età nell'Africa Sub-Sahariana ha sperimentato una qualche forma di IPV e il 14% ha sperimentato una non-IPV. Le donne dell'Africa occidentale e orientale sperimentano i più alti livelli di GBV.	Si suggeriscono ai policy maker di adottare con priorità misure di contrasto alla GBV, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile previsti dall'ONU da raggiungere entro il 2030.	International Journal of Environmental Research and Public Health (2020).

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
5. Rhodes K.V., et al. (2008). You are not a victim of domestic violence, are you? Provider-Patient communication about domestic violence.	Descrivere la comunicazione sulla violenza di genere tra gli operatori sanitari di PS e le pazienti.	Due reparti di PS diversificati per caratteristiche socio economiche: uno urbano/ universitario l'altro di periferia. 80 operatori sanitari (infermieri e medici). 1281 donne di lingua inglese.	Analisi di registrazioni audio realizzate durante uno studio RCT di screening computerizzati per violenze domestiche.	Sono state analizzate 871 registrazioni di visite inerenti all'accesso in PS, di cui 293 attribuibili a violenza domestica. Durante il colloquio gli operatori sanitari pongono domande in modo sommario e solo in un terzo dei casi è presente una documentazione cartacea della violenza domestica.	Nonostante i ritmi frenetici dei PS, alcune pratiche di comunicazione sembrano facilitare il riconoscimento e la dichiarazione da parte della vittima degli abusi subiti. Gli operatori necessiterebbero formazione aggiuntiva sul miglioramento delle tecniche di comunicazione in modo da migliorare le abilità nella gestione del colloquio con la vittima.	PubMed Central (2008).
6. Hendriks B., et al. (2018). Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study.	Studio di fattibilità per fornire indicazioni su un modello di centro di cura per vittime di violenza sessuale in Belgio.	60 professionisti della salute appartenenti a 15 ospedali belgi.	Studio qualitativo basato su interviste. S.W.O.T. analysis dei 15 centri di cura per le violenze sessuali, comparati con standard e linee guida internazionali.	Nella maggior parte degli ospedali indagati la frammentazione dei servizi sanitari e il limitato follow-up delle vittime ostacolano un'assistenza integrata e orientata al paziente. Tre ospedali hanno adottato un protocollo di assistenza per le vittime di violenza sessuale in base al sesso, all'identità di genere e all'orientamento sessuale della vittima.	Ulteriori ricerche e formazione del personale sono necessarie per garantire un'assistenza multidisciplinare ed integrata. Da attivare formazione del personale sanitario sulle tematiche dell'accoglienza orientate al genere e alle esigenze di minoranze sessuali.	International Journal for Equity in Health 17:152 (2018).

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
7. Signorelli C.M., et al. (2018). Voices from low-income and middle-income countries: a systematic review protocol of primary healthcare interventions within public health systems addressing intimate partner violence against women.	Condurre una revisione sistematica degli studi quantitativi concentrandosi sugli interventi innovativi di assistenza sanitari di base che trattano il problema della violenza domestica in paesi a basso medio reddito, con il fine di prevenire o ridurre IPV come pure di aumentare la salute, la sicurezza e il benessere delle donne sopravvissute.	Servizi pubblici che forniscono assistenza alle donne vittime di violenza nei paesi a basso e medio reddito. Donne sopravvissute con più di 16 anni. Lavoratori che si occupano dell'assistenza sanitaria di base alle vittime di violenza.	Revisione sistematica su letteratura scientifica pubblicata nel periodo 1 gennaio 2007 - 31 luglio 2017.	Dalla revisione si è ottenuto un protocollo di supporto per i sistemi sanitari che si occupano IVP e che può sostenere i policy makers.	La violenza è potenzialmente un problema prevenibile, ma la sua complessità richiede l'articolazione di diversi settori (sistema sanitario, istruzione, la giustizia) in differenti livelli, con la collaborazione di diversi attori (professionisti sanitari, dirigente, forze dell'ordine, etc) e con diversi obiettivi (sopravvissuti, maltrattanti, famiglie, comunità, etc).	British Medical Journal Open (2018).
8. Chapin J.R., Coleman G. and Varner E. (2011). Yes we can! Improving screening for intimate partner violence through self-efficacy.	Misurare l'autoefficacia tra il personale sanitario circa la capacità di effettuare screening per diagnosticare IVP. Analizzare i fattori che possono incidere su tale capacità.	320 infermieri e studenti di medicina che hanno partecipato alla formazione effettuata da un centro anti violenza. Ospedali, studi medici e scuole di medicina che circondano un'area urbana della Pennsylvania.	Studio qualitativo basato su sondaggi pre e post formazione, con l'utilizzo di scala likert per analisi delle risposte con valori da 1 a 7.	Infermieri e tirocinanti mostrano un'ampia gamma di autoefficacia sulla propria capacità di sottoporre a screening le vittime di IPV. Migliori indici di autoefficacia sono stati ottenuti da coloro che erano meglio informati sui servizi offerti alle vittime e sugli ostacoli da loro incontrati nel percorso di uscita dalla violenza.	In mancanza di linee guida uniformi per lo screening, gli ospedali, gli operatori sanitari ed i professionisti coinvolti devono prestare attenzione nelle procedure di screening. Le reti anti violenza risultano essere delle preziose risorse per l'erogazione di formazione, che migliora la cura del paziente.	Journal of Injury & Violence (2011).

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
9. Gupta J et al. (2017). A Nurse-delivered, clinic-based intervention to address Intimate Partner Violence among low income women in Mexico City: findings from a cluster Randomized Controlled Trial.	Valutare se un'assistenza infermieristica potenziata è in grado di ridurre l'esposizione a IPV da parte delle donne e di migliorarne i comportamenti di messa in sicurezza, la qualità della salute mentale, l'uso delle risorse di rete.	42 cliniche pubbliche messicane: 21 nel braccio di intervento e 21 in quello di controllo. 950 donne: 470 nel braccio di trattamento; 480 in quelli di controllo.	Cluster RCT (studio randomizzato controllato) con assegnazione casuale delle cliniche ai due bracci di studio. Nel gruppo intervento gli infermieri effettuano sessioni di assistenza potenziata alle vittime (screening, valutazione dello stato di salute e del rischio di recidiva, informazioni di supporto sulla rete) ed ulteriore sessione di consulenza dopo 3 mesi. Nel braccio di controllo gli infermieri effettuano lo screening IPV e consegnano alle donne una carta per l'invio alla rete.	In entrambi i cluster è diminuita la violenza a cui sono esposte le donne coinvolte (misurata dopo 15 mesi dall'intervento iniziale). L'assistenza potenziata si è rilevata significativamente efficace nel determinare effetti a breve termine sul miglioramento della salute mentale e la sicurezza delle donne, mentre non è apparsa significativa nel determinare una maggior presa in carico.	L'intervento infermieristico potenziato può offrire miglioramenti a breve termine nella pianificazione della sicurezza e nella salute mentale delle vittime. Gli infermieri possono svolgere un ruolo di supporto nell'assistere le donne con esperienze di IPV.	Bio Med Central Medicine (2017).
10. De Cruz Leitão M.N. (2014). Women survivors of intimate partner violence: the difficult transition to independence.	Comprendere il percorso che la donna sopravvissuta a violenza domestica intraprende dopo la fine della relazione. Identificare la fasi del processo di uscita dalla violenza e del passaggio ad una vita indipendente.	28 donne sopravvissute a IPV, individuate secondo un modello di campionamento teorico che copre diversi fattori (ampia fascia di età, contesti sociali e di istruzione diversi, diversa durata di IVP, con o senza figli e diversi stati civili).	Interviste semi strutturate e approfondite.	I percorsi di uscita dalla violenza sono segnati da: tematiche di genere, speranza, sofferenza e <u>self silencing</u> , ma anche da autodeterminazione e dalla volontà di uscire dalla relazione violenta.	Il percorso sperimentato dalle donne oggetto di indagine rispetto alla relazione violenta consta di: 1. Entrata 2. Mantenimento 3. Decisione di uscita 4. Ri-bilanciamento	Revista de Escola de Enfermagem USP (2014).

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
11. O'Doherty L., et al. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare setting.	Valutare l'efficacia di sottoporre tutte le donne che si rivolgono al Sistema Sanitario a screening per l'individuazione di IPV per eventuale invio ai servizi; valutare se ciò comporta miglioramenti di salute nelle vittime; Valutare eventuali danni causati dallo screening.	14959 donne provenienti da diversi setting sanitari (PS, cliniche ginecologiche e assistenza di base, ecc). Aree prevalentemente ad alto reddito, urbane.	Revisione sistematica condotta su 10 database tra cui Central, Ovid Medline, Embase, Cinahal e letteratura grigia.	8 studi individuano un'aumentata identificazione delle vittime, anche se con moderata qualità dell'evidenza. Le donne in gravidanza dichiarano la violenza 4 volte di più se sottoposte a screening rispetto al gruppo di controllo. Non c'è prova di una maggior presa in carico da parte dei servizi de lle vittime sottoposte a screening; nessuno studio ha valutato l'efficacia dello screening rispetto ai costi, alle recidive o gli effetti di medio –lungo periodo sulla salute delle donne.	L'evidenza mostra che lo screening aumenta l'identificazione delle violenze in contesti sanitari; tuttavia non vi sono prove sufficienti per raccomandare di effettuare tale screening di routine a tutte le donne. Potrebbe essere più efficace formare gli operatori sanitari a domandare della violenza alle donne che mostrano segni di abuso, o a quelle più a rischio (es: donne in gravidanza) fornendo loro informazioni e risposte adeguate, nonché pianificando la loro messa in sicurezza.	Cochrane Database of Systematic Reviews (2015).
12. Cremonini V., et al. (2017). Domestic violence: what skills and knowledge a nurse of the Emergency Service should have?	Indagare la conoscenza tra il personale infermieristico sulle tematiche di genere e la competenza in merito alla gestione in urgenza della donna che ha subito violenza.	Infermieri del servizio di emergenza intra-ospedaliera (EDI) e extra-ospedaliera (EDE) in tre ambiti territoriali afferenti ad una azienda sanitaria del nord Italia.	Studio osservazionale trasversale.	Il grado di conoscenza sul tema della violenza di genere degli infermieri risulta buono, ma la formazione di base e la competenza sono ritenute insufficienti, soprattutto quando si vuole inviare la vittima ai consultori.	Particolarmente sentita è la necessità di aggiornamento professionale per aumentare le competenze degli infermieri, al fine di invitare la donna a riferire al personale sanitario quanto le è accaduto all'interno delle mura domestiche. Difficoltà di aiutare la donna a livello emotivo e mentale nei PS.	Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza (2017).

Autore, titolo, anno di pubblicazione	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni	Rivista
<p>13. Gregory A., et al. (2010). Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial.</p>	<p>Determinare l'efficacia di interventi erogati da operatori sanitari finalizzati a migliorare l'accertamento e la gestione della violenza domestica nell'assistenza di base, confrontata con la pratica consueta in termini di tasso di rinvio ad un centro antiviolenza; Stimare l'efficacia in termini di costi dell'intervento; Determinare se gli atteggiamenti e le conoscenze relative alla violenza domestica cambiano in relazione all'intervento.</p>	<p>Personale sanitario: 48 equipe di cui 24 nel braccio di intervento e 24 nel braccio di controllo.</p>	<p>Protocollo di studio IRIS: cluster RCT con assegnazione casuale di 48 squadre di medicina generale di due città inglesi nel gruppo di intervento e in quello di controllo. L'intervento consiste nella formazione finalizzata a superare le difficoltà nel domandare alle donne della violenza domestica e incoraggiando una corretta risposta e invio ai centri antiviolenza.</p>	<p>I risultati del protocollo di studio sono riproducibili a livello di formazione per gli operatori e fornitori di servizi, sanitari e di altra natura, alle vittime.</p>	<p>Si tratta del primo RCT a livello europeo di un intervento volto a migliorare la risposta del sistema sanitario alla violenza domestica.</p>	<p>Bio Med Central Public Health (2010).</p>

ACRONIMI

- C.A.V. Centro Anti Violenza
- E.V.A. Esame Violenze Agite
- F.A.D. Formazione a distanza
- FF.OO. Forze dell'ordine
- I.P.V. Intimate Partner Violence
- I.S.S. Istituto Superiore di Sanità
- ISTAT Istituto Nazionale di Statistica
- O.M.S. Organizzazione Mondiale della salute / W.H.O. World Health Organization
- PS Pronto Soccorso
- RE.LI.VE. Rete Relazioni libere dalle violenze
- S.S.N. Servizio Sanitario Nazionale
- S.V.S.E.D. Soccorso Violenza Sessuale e Domestica

BIBLIOGRAFIA

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

- assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *Int J Equity Health*. 2018 Sep 24;17(1):152.
- Hinkle, J.L.–Cheever, K.H. Brunner–Suddarth, *Infermieristica medico-chirurgica*, vol.2, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2017.
 - ISTAT, (2011). *Indagine Stereotipi, rinunce e discriminazioni di genere*.
 - Leitão M.N. (2014) Women survivors of intimate partner violence: the difficult transition to independence. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Aug;48 Spec No:7-15.
 - Lovi R., Hutchinson M., Hurley J.(2018) Inclusion of intimate partner violence-related content within undergraduate health care professional curriculum: mixed methods study of academics' attitudes and beliefs. *Contemp Nurse*. 2018 Dec;54(6):592-602.
 - Macdowall, W. et al. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013; 382: 1845-55.
 - Mikton, C. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev*. 2010; 16(5): 359-60.
 - Muluneh M.D., Stulz V., Francis L., Agho K. (2020) Gender Based Violence against Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 1;17(3).
 - O'Doherty L., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L.L., Feder G., Taft A. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015).
 - Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020.
 - Pichierri, A. (1999). *Organizzazione rete, reti di organizzazioni: dal caso anseatico alle organizzazioni contemporanee*. Studi Organizzativi, Frano Angeli ed, Roma.
 - Rhodes K.V., Frankel R.M., Levinthal N., Prenoveau E., Bailey J., Levinson W. (2008) You are not a victim of domestic violence,are you? Provider-Patient communication about domestic violence *PubMed Central* (2008).
 - Rubbi I., Mattarozzi K., Menghi D., Cremonini V. (2017) Domestic violence: what skills and knowledge a nurse of the Emergency Service should have? *Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza* (2017).

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

SITOGRAFIA

I siti sono stati consultati nel periodo 16 dicembre 2019 - 7 febbraio 2020.

- Fondazione dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico [IRCCS] Cà Granda-Ospedale Maggiore Policlinico (2018). Violenza sessuale e domestica. Disponibile in:
URL: <https://www.policlinico.mi.it/mangiagalli-center/salute-della-donna/violenza-sessuale-e-domestica> [19 dicembre 2019].
- ISTAT, (2014). Il numero delle vittime e le forme della violenza. Disponibile in:
URL: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza> [7 febbraio 2020].
- ISTAT, (2018). Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale sulla violenza sessuale. Indagine realizzata in collaborazione con Dipartimento Pari Opportunità, Regioni, Consiglio Nazionale delle Ricerche. Disponibile in:
URL: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne> [6 febbraio 2020].
- Istituto Superiore di Sanità [ISS] (2017). Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale. GUIDA PER OPERATORI DI PRONTO SOCCORSO. Disponibile in:
URL: http://www.sossanita.it/doc/2017_11_violenza-guida-report_progetto_revamp.pdf [16 dicembre 2019].
- Marrocco, A. (2019). La violenza sulle donne vista ai raggi X. Disponibile in:
URL: https://www.huffingtonpost.it/entry/la-violenza-sulle-donne-vista-a-raggi-x_it_5dd6f775e4b02648edb24b8e [29 dicembre 2019].
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2019). Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Disponibile in:
URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf [12 gennaio 2020].
- Tomasetta, L. (2020). Femminicidi, il capo della Polizia Gabrielli: "Le donne sono considerate delle proprietà". Disponibile in:
URL: <https://www.tpi.it/cronaca/femmicidi-gabrielli-donne-proprietà-20200203539508/> [4 febbraio 2020].

RINGRAZIAMENTI

Quando a dicembre 2019 ho presentato la domanda di laurea, niente lasciava presagire il drammatico cambio di scenario che, proprio nel settore sanitario, l'epidemia da COVID 19 avrebbe creato di lì a poco. Gli infermieri, compresa la relatrice, sono stati tutti chiamati in prima linea, a combattere una battaglia contro un nemico invisibile, ma altrettanto micidiale. In questo contesto, anche la mia tesi, nonostante l'argomento trattato, sembrava improvvisamente fuori luogo e di secondaria importanza, rispetto alla guerra che gli infermieri, i medici e gli operatori sanitari stavano e stanno tuttora combattendo.

Desidero ringraziare innanzitutto la relatrice Silvia Giacomelli, che con il suo operato, più che con lezioni accademiche, mi ha fatto comprendere la vera essenza della professione dell'infermiere, che è bellissima e gratificante, ma solo se è in grado di garantire la relazione di cura con il paziente. Vorrei ringraziarla perché, nonostante i turni di lavoro e la fatica, anche emotiva, di assistere pazienti che i bollettini ci facevano apparire come freddi numeri, è riuscita a sostenermi ed a farmi raggiungere il traguardo, suggerendo le correzioni nel percorso di ricerca, quando sarebbe stato più facile per tutti rimandare.

Vorrei ringraziare i miei genitori, mio fratello Matteo, che da tempo non vedo perché impegnato anche lui a combattere la guerra contro il Covid 19, seppure in altri ambiti. Ringrazio mia nonna e tutte le mie amiche, in particolare Sara e Camilla, che mi sono state vicine, incoraggiandomi.

Infine, vorrei dedicare questa tesi a tutte le donne che ogni giorno vivono in silenzio, nell'invisibilità della violenza, ma anche a quelle che ce l'hanno fatta e che, come Florence Nightingale, di cui ricorre quest'anno il bicentenario della nascita, e Silvia Giacomelli si sono occupate e si occupano degli altri, imprevedibilmente accomunate, a distanza di anni, da un destino di combattenti su fronti di guerre sempre più globali.