



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Codice rosa: la funzione del
nursing

Relatore: **Catia Fiorani**

Tesi di Laurea di:
Germana Santilli

A.A. 2018/2019

INDICE

Abstract

Capitolo 1

• INTRODUZIONE	1
1.1 Definizione di violenza.....	2
1.2 Tipologie di violenza.....	2
1.2.1 Violenza autoinflitta.....	2
1.2.2 Violenza interpersonale.....	2
1.2.3 Violenza collettiva.....	3
1.2.4 Violenza fisica.....	4
1.2.5 Violenza domestica.....	4
1.2.6 Violenza psicologica e verbale.....	4
1.2.7 Violenza assistita.....	4
1.2.8 Violenza sessuale.....	5
1.2.9 Violenza economica.....	5
1.2.10 Stalking.....	6
1.2.11 Mobbing.....	6
1.3 Manifestazione della violenza.....	7
1.4 Conseguenze della violenza.....	9
1.5 Definizione di Triage.....	10
1.6 Codici di priorità.....	12
1.7 Rivalutazione del codice di priorità.....	14
1.8 Codice rosa.....	15
1.9 Obiettivi del Codice rosa.....	16
1.10 Cenni storici del Codice rosa.....	17
1.11 Normativa vigente sul Codice rosa.....	18

Capitolo 2

• OBIETTIVO	19
--------------------------	-----------

Capitolo 3

• MATERIALI E METODI	20
-----------------------------------	-----------

3.1 Criteri di selezione.....	21
3.2 Fonte degli studi.....	21

Capitolo 4

• RISULTATI.....	22
4.1 Presentazione studi selezionati.....	22
4.2 Approccio comunicativo.....	23
4.3 L'accoglienza.....	25
4.4 L'ascolto attivo.....	27
4.5 Riconoscimento dei segni di violenza.....	29
4.6 Procedura del Codice rosa.....	31
4.6.1 Protocollo violenza sessuale.....	31
4.6.2 Protocollo violenza sessuale dichiarata.....	32
4.6.3 Protocollo violenza sessuale sospetta ma non dichiarata.....	40
4.6.4 Protocollo maltrattamento dichiarato, o sospettato ma non dichiarato.....	41

Capitolo 5

• CONCLUSIONI.....	46
5.1 Formazione infermiere di Triage.....	46
• BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	49
• RINGRAZIAMENTI.....	50

Abstract

Introduzione: l'infermiere che si trova a gestire Codici Rosa, in unità di emergenza come in Pronto Soccorso, deve assicurare un'assistenza con grande responsabilità e difficoltà professionale. Il riconoscimento e la gestione del caso richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale, che purtroppo, in alcune realtà lavorative necessita di ulteriore approfondimento.

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

Materiale e metodi: è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, interrogando le principali banche dati disponibili (PubMed/Medline, CINHAL, the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Library, Science) e all'indisponibilità di articoli in digitale si sono consultate le relative riviste cartacee disponibili nel sistema bibliotecario universitario.

Risultati: per gli operatori che lavorano con vittime di violenza è importante conoscere la complessa relazione che lega la donna e il partner. L'atteggiamento dell'infermiere che accoglie la vittima deve essere empatico; l'approccio del personale sanitario dev'essere quindi in grado di esprimere un atteggiamento di ascolto attivo e di sospensione da qualsiasi giudizio.

Conclusioni: la revisione ha dimostrato che nell'approccio alle vittime di violenza, i migliori esiti assistenziali vengono raggiunti dagli infermieri che hanno un elevato livello di formazione e aggiornamento e che utilizzano la relazione e l'ascolto attivo come strumento di cura.

Capitolo 1

INTRODUZIONE

L'infermiere che si trova a gestire Codici Rosa, in unità di emergenza come in Pronto Soccorso, deve assicurare un'assistenza con grande responsabilità e difficoltà professionale.

La violenza è un fenomeno oggi giorno di alta rilevanza, poco dichiarato e di difficile trattazione dato l'importante impatto emotivo che induce sia alla vittima che al personale sanitario.

Il riconoscimento e la gestione del caso richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale, che purtroppo, in alcune realtà lavorative necessita di ulteriore approfondimento. Inoltre, frequente, e non di aiuto per garantire una corretta assistenza, è la presenza di pregiudizi infondati verso la stessa, da parte degli operatori.

Tale mancanza di professionalità nel personale sanitario andrà a discapito del paziente, rischiando così di implementare ulteriormente la drammaticità del caso con una cattiva accoglienza.

Per questo motivo occorre dare linee guida e conoscenze agli infermieri, che permettono non sola alla gestione del primo contatto con la persona, dove la figura dell'infermiere è parte fondamentale, ma anche all'organizzazione dell'adeguato approccio verso chi ha subito violenza, all'ascolto empatico e al sostegno tramite la creazione di una relazione terapeutica.

S'intende, quindi, individuare l'efficacia di validi strumenti di screening o di protocolli per riconoscere da parte degli infermieri la presenza di una situazione di violenza, con il fine di poter iniziare una presa in carico precoce e mirata per avere un miglioramento dell'outcome.

Ciò permetterebbe di favorire una presa in carico della situazione che vive la persona, aiutandola a esplicitare il disagio profondo, con un inizio di percorso verso la condivisione con i professionisti della cura.

Tutto questo permette di creare un percorso dove la persona possa sentirsi protetta, nella quale si prevede la collaborazione di diverse figure professionali pertinenti anche all'esterno del reparto d'ospedale. (1)

1.1 Definizione di violenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza come: “l’uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un’altra persona che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo o privazioni”.

La violenza è un problema di salute che può essere visto in ogni ambito della vita e il cui significato è gradualmente aumentato in tutto il mondo.

Sulla base dei dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, la violenza è più comunemente vissuta nell'ambiente familiare e contro le donne. (2)

1.2 Tipologie di violenza

La violenza viene divisa in tre ampie categorie, in base alle caratteristiche di chi commette l’atto:

- violenza autoinflitta;
- violenza interpersonale;
- violenza collettiva.

Questa classificazione iniziale distingue tra la violenza che una persona infligge a se stessa, la violenza inflitta da un altro individuo o da un piccolo gruppo di individui e la violenza inflitta da gruppi più ampi quali stati, gruppi politici organizzati, milizie e organizzazioni terroristiche.

1.2.1 Violenza autoinflitta

La violenza autoinflitta si suddivide a sua volta in comportamento suicida e autoabuso. Il primo comprende pensieri suicidi, tentativi di suicidio, chiamati in alcuni paesi anche “parasuicidio” o “autolesione deliberata” e suicidi veri e propri. L’autoabuso, al contrario, comprende atti quali l’automutilazione.

1.2.2 Violenza interpersonale

La violenza interpersonale si divide in due sottocategorie:

- violenza familiare e del partner: ossia atti di violenza che si consumano in gran

parte tra membri della famiglia e tra partner, solitamente, anche se non esclusivamente, tra le mura domestiche;

- violenza nella comunità: atti di violenza tra individui non appartenenti alla stessa famiglia, che possono conoscersi o meno, che si verificano solitamente fuori casa.

Il primo gruppo comprende forme di violenza quali l'abuso sui bambini, la violenza da parte del partner e l'abuso sugli anziani. Il secondo gruppo comprende la violenza giovanile, atti casuali di violenza, stupro o atti di violenza sessuale da parte di sconosciuti, nonché la violenza in ambienti quali scuole, luoghi di lavoro, prigioni e case di assistenza.

1.2.3 Violenza collettiva

La violenza collettiva si suddivide in violenza sociale, politica ed economica. Diversamente dalle altre due ampie categorie, le sottocategorie della violenza collettiva suggeriscono possibili motivazioni per la violenza commessa da gruppi più ampi di individui o da interi stati.

La violenza collettiva perpetrata per portare avanti particolari istanze sociali include, ad esempio, crimini dettati dall'odio compiuti da gruppi organizzati, atti terroristici e mobbing.

La violenza politica comprende la guerra e i conflitti violenti a essa collegati, la violenza di Stato e atti simili commessi da gruppi più ampi.

La violenza economica riguarda gli attacchi da parte di ampi gruppi spinti dall'idea di un guadagno economico, come ad esempio gli attacchi effettuati con lo scopo di interrompere l'attività economica, impedire l'accesso ai servizi essenziali, o creare divisione e frammentazione economica. Gli atti commessi da ampi gruppi possono chiaramente avere molteplici motivazioni.(2)

Queste tre ampie categorie sono a loro volta ulteriormente suddivise per riflettere tipi di violenza più specifici, quali:

- violenza fisica;
- violenza domestica;

- violenza psicologica e verbale;
- violenza assistita;
- violenza sessuale;
- violenza economica;
- stalking;
- mobbing.

1.2.4 Violenza fisica

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

1.2.5 Violenza domestica

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

1.2.6 Violenza psicologica e verbale

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

1.2.7 Violenza assistita

Per violenza assistita in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del

minore di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. S'includono le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia, e gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici.

1.2.8 Violenza sessuale

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

1.2.9 Violenza economica

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

1.2.10 Stalking

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

1.2.11 Mobbing

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

(3)

1.3 Manifestazione della violenza

Vi sono varie teorie sul modo di manifestarsi della violenza. La psicologa americana Lenore Walker ha elaborato la “Teoria del ciclo della violenza”. La violenza maschile in una relazione di intimità si manifesta in modo estremamente variabile da caso a caso, molte donne maltrattate affermano di essersi ritrovate coinvolte senza accorgersene: la disparità di potere, difficilmente riconoscibile perché consueta e culturalmente accettata, può degenerare in una relazione segnata da violenza. La violenza maschile diventa particolarmente grave quando l’aggressore sente che sta perdendo il controllo sulla relazione e non riesce a tollerare che la vittima si liberi dal suo dominio, per esempio quando la donna decide di separarsi. Le aggressioni tendono a continuare anche dopo la separazione. Anche se meno frequenti per le minori opportunità concrete, sono di solito più gravi e pericolose sia sul piano fisico che su quello psicologico. Di fatto la maggior parte degli omicidi si produce in circostanze di separazione e di rottura. Anche se l’inizio della violenza è variabile, quello che appare più evidente è il carattere ciclico degli episodi violenti: una volta che è apparso un episodio di violenza, la cosa più probabile è che torni a ripetersi. La “Teoria del ciclo della violenza” individua tre fasi cicliche che descrivono il comportamento violento e di controllo del maltrattante:

- I fase: accumulo della tensione. In questa fase si verificano episodi di microconflittualità: aggressioni psicologiche, cambi repentini e impreveduti dello stato d’animo, incidenti “minori” di maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo sempre più stretti. La donna cerca di calmare il partner, controllarne la rabbia ed evitare un’escalation di violenze, tende quindi a non reagire. Il maltrattante, di fronte all’apparente accettazione passiva della donna, si convince che la violenza sia una forma efficace per ottenere ciò che lui vuole.
- II fase: esplosione. Quando la prima fase arriva al limite, di solito esplose il maltrattamento fisico, sessuale o psicologico grave. Questa fase si distingue dalla precedente per l’assenza di controllo negli atti da parte del maltrattante: si producono per la vittima i danni maggiori, che possono arrivare anche a causarne la morte. È a questo punto del ciclo che la donna può cercare delle strategie di difesa chiamando la polizia, andando all’ospedale o scappando. La durata di questa fase è solitamente breve, statisticamente da 2 a 24 ore.

- III fase: riconciliazione o luna di miele. In questa fase il maltrattante si pente e chiede perdono, promettendo che non accadrà mai più. Si comporta in modo affettuoso e romantico con la donna, arrivando a farle credere che sarà capace di controllarsi. A questa convinzione si affianca anche il pensiero che “lei abbia imparato la lezione”, per cui se lei non si comporterà più in “modo inadeguato” lui non si vedrà “obbligato a maltrattarla di nuovo”. L’aggressore di solito nega la propria responsabilità attribuendola a fattori esterni: i comportamenti provocatori della donna, lo stress, il lavoro, l’alcool o più raramente a difficoltà personali, rifiutando però qualsiasi possibilità di aiuto esterno. Questa fase causa difficoltà emotiva per la donna ad interrompere la relazione, è raro però che la calma duri molto. Passato lo spavento, dalla fase della luna di miele si torna rapidamente alla fase dell’accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo.

Gli episodi di violenza ad ogni ripetizione del ciclo sono più intensi e pericolosi. Mostrare comprensione o sottovalutazione nei confronti dei primi comportamenti violenti non ne diminuisce la frequenza, ma ne facilita l’incremento progressivo; è quindi importantissimo per gli operatori cercare di porre fine alla situazione di violenza immediatamente, perché con il passare del tempo aumenta il pericolo di morte per la vittima. (11)

1.4 Conseguenze della violenza

Il rapporto “Global and regionale estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence” pubblicato dall'OMS, è uno dei primi studi che esamina i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello mondiale, perpetrata sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti ed evidenzia il dovere di tutti di operare insieme per abolire ogni forma di tolleranza verso la violenza femminile e per favorire il sostegno offerto alle vittime di questa esperienza. Il rapporto descrive le conseguenze sulla salute fisica e mentale delle donne vittime di atti di violenza.

Le conseguenze possono variare da fratture a gravidanze indesiderate, dai disturbi mentali ai rapporti sociali danneggiati. Nello specifico vengono indicate:

- conseguenze fisiche: includono lesioni addominali toraciche e cerebrali, scottature, fratture, lacerazioni ed invalidità a volte permanenti;
- conseguenze psicologiche e comportamentali: possono includere l'abuso di sostanze quali alcol, droghe e fumo, insorgenza di depressione ed ansia, disturbo post traumatico da stress, disordini alimentari e del sonno, deficit dell'attenzione, iperattività, pensieri di autolesionismo fino al tentato suicidio;
- conseguenze sessuali: gravidanze indesiderate, complicanze in gravidanza, aborti, disturbi ginecologici, dolore pelvico cronico, HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili;
- conseguenze croniche: artrite ed asma, cancro, disturbi cardiovascolari, diabete, problemi renali ed epatici, infarto. (4)

1.5 Definizione di Triage

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi in emergenza e urgenza. Lo scopo del Triage è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico-assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti;
- garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata

sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in quattro fasi:

1. fase della valutazione immediata (si effettua alla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato;
2. fase della valutazione soggettiva e oggettiva: la valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata); la valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile;
3. fase della decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici;
4. fase della rivalutazione: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa. (5)

1.6 Codici di priorità

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse.

Nella decisione di Triage, oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage.

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere. Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito della rete dei servizi di cure primarie o in altri setting di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su cinque codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a cinque codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. Le Regioni possono associare al codice numerico anche il codice colore, secondo quanto riportato nella Tabella n.1: Nuova codifica di priorità e tempi di attesa.

La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. Per ognuno dei cinque codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella

tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

Tabella n. 1 – Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

1.7 Rivalutazione del codice di priorità

La rivalutazione rappresenta una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Nella tabella che segue sono riportati, per ognuno dei cinque codici numerici/colore e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze. Qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa. (5)

Tabella n. 2: Modalità e tempi di rivalutazione

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di Rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 IN	RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE - A RICHIESTA DEL PAZIENTE - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	

1.8 Codice rosa

Il “Codice rosa” è un percorso di cura e sostegno per le vittime di violenza e abusi, un codice che si “affianca” ai normali codici assegnati per gravità, e identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze, senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali. Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario e dalle forze dell'ordine. Parte da una stanza dedicata all'interno del pronto soccorso, la Stanza Rosa, che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, è una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche (saranno gli specialisti a raggiungere il/la paziente), alla quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine. Nella stanza vi sono kit già predisposti per esami biologici, repertamento fotografico, cartelle cliniche guidate, in grado di fornire dati utili anche per l’Autorità Giudiziaria, e supporti informatici accessibili alle Forze dell’Ordine e soprattutto il suo punto di forza è una task force interistituzionale. L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e del “silenzio” delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure. (6)

1.9 Obiettivi del Codice rosa

Il principale compito del gruppo operativo è l'assistenza sanitaria alle vittime, la completa refertazione degli elementi di prova e l'individuazione e l'emersione di tutti quegli episodi di violenza, spesso avvenuta all'interno delle mura domestiche, nelle quali le vittime faticosamente raccontano di esserne oggetto; un silenzio dovuto spesso dalla paura di ritorsioni ma anche per la mancanza di consapevolezza di essere vittime.

Altri obiettivi del codice rosa sono:

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

Ultimo obiettivo, è quello di prevenire e contrastare il fenomeno della violenza, rintracciando e attribuendo pene adeguate a coloro che effettuano tali violenze. (6)

1.10 Cenni storici del codice rosa

Nasce a Grosseto nel 2009 dalla collaborazione tra Asl 9 e Procura della Repubblica con formazione congiunta del personale sociosanitario e della Procura (magistrati del pool delle fasce deboli e polizia giudiziaria). Il progetto si identifica con il logo regionale Codice Rosa, rappresentato da due mezzelune simbolo di accoglienza e aiuto alle vittime di violenza, accompagnato da un logo locale, rappresentato da una rosa bianca accompagnata dallo slogan “contro la violenza scegli di vivere, scegli di parlare”. Diviene operativo il 1° gennaio 2010 e in breve si formalizza attraverso un Protocollo d’Intesa. Nel 2010 in Pronto Soccorso “si svelano” così oltre 300 casi in Codice Rosa (abusi sessuali e maltrattamenti). La maggior parte donne, di queste solo il 5% si era già rivolto ad un Centro antiviolenza o aveva chiesto in qualche modo aiuto. La percentuale di maschi tra i casi pediatrici e di ultra 65enni è invece più alta (quasi 40%). Dall’inizio della propria attività a Grosseto sono stati attivati oltre 1700 Codici rosa che a loro volta hanno messo in moto la Task Force, assicurando alle vittime, oltre all’assistenza protetta, alla garanzia della privacy, dell’incolumità fisica e psichica, anche la massima rapidità di intervento nei confronti degli autori del reato, con l’apertura di procedimenti giudiziari e l’attivazione di azioni di sostegno delle vittime. Nel 2011 con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale. Dal gennaio 2012 prende avvio la sperimentazione nelle Aziende sanitarie di Arezzo, Lucca, Prato, Viareggio. Dal gennaio 2013 il progetto si estende nelle Aziende sanitarie di Pisa, Livorno, Empoli e alle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer. Dal gennaio 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l'ingresso delle Aziende sanitarie di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e Aziende ospedaliere Pisana e Senese. Contemporaneamente anche molte altre realtà italiane hanno fatto proprio questo modello di intervento. Il codice rosa è approdato anche in Repubblica Dominicana/Haiti, con un progetto di cooperazione internazionale. (6)

1.11 Normativa vigente sul codice rosa

La prima significativa innovazione legislativa in materia di violenza sessuale, in Italia, si era avuta con l'approvazione della Legge 15 febbraio 1996, n. 66, che ha iniziato a considerare la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale, innovando la precedente normativa, che la collocava fra i delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume.

Con la Legge 4 Aprile 2001, n. 154 vengono introdotte nuove misure volte a contrastare i casi di violenza all'interno delle mura domestiche con l'allontanamento del familiare violento.

Nello stesso anno vengono approvate anche le Leggi n. 60 e la Legge 29 Marzo 2001, n. 134 sul patrocinio a spese dello Stato per le donne, senza mezzi economici, violentate e/o maltrattate, uno strumento fondamentale per difenderle e far valere i loro diritti, in collaborazione con i centri anti-violenza e i tribunali.

Con la Legge 23 Aprile 2009, n. 38 sono state inasprite le pene per la violenza sessuale e viene introdotto il reato di atti persecutori ovvero lo stalking. Il nostro Paese ha compiuto un passo storico nel contrasto della violenza di genere con la Legge 27 giugno 2013 n. 77, approvando la ratifica della Convenzione di Istanbul, redatta l'11 maggio 2011. Le linee guida tracciate dalla Convenzione costituiscono infatti il binario e il faro per approvare efficaci provvedimenti, a livello nazionale, e per prevenire e contrastare questo fenomeno.

Il 15 ottobre 2013 è stata approvata la Legge 119/2013 (in vigore dal 16 ottobre 2013) "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, che reca disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere". (7)

Capitolo 2

Obiettivo

L'obiettivo di questo elaborato, dunque, è la valutazione del ruolo dell'infermiere di area critica nella gestione del Codice Rosa, focalizzando l'attenzione sulla gestione dell'accoglienza del paziente e sull'approccio dell'ascolto attivo.

Capitolo 3

Materiali e metodi

Il quesito di ricerca è stato formulato seguendo la struttura P.I.C.O.

P: infermiere di area critica

I: gestione di un Codice rosa

C:

O: influenza positivamente gli esiti della vittima di violenza

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, interrogando le principali banche dati disponibili e all'indisponibilità di articoli in digitale si sono consultate le relative riviste cartacee disponibili nel sistema bibliotecario universitario.

Sono stati formulati dei quesiti per la ricerca:

1. Qual è il ruolo dell'infermiere nella procedura del Codice Rosa?
2. Qual è il corretto approccio ad un paziente vittima di violenza o abusi?
3. Quali sono le possibili complicanze che un paziente può avere e cosa può fare l'infermiere per prevenirle?

Sono state usate le seguenti parole chiave nelle ricerche avanzate nelle banche dati: evidence based nursing, violence against woman, domestic abuse, nursing care, sexual violence, nurse's role, empathy, nursing guidelines; nursing practice, violence, victims of abuse, active listening.

Tali parole sono state combinate tra loro in diversi modi attraverso gli operatori booleani. La scelta di tali parole è stata condotta in modo tale da reperire il materiale più completo e inerente possibile nella letteratura. Vi è stata poi una successiva analisi individuale dei titoli e degli abstract, che ha portato alla selezione degli articoli rilevanti in relazione ai quesiti di ricerca.

3.1 Criteri di selezione

Popolazione: pazienti vittime di violenza o abusi che si recano in Pronto Soccorso, senza distinzione di genere o età: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali

Tipologie di studio: meta-analysis; guideline; practice guideline; systematic review; review; clinical trial; full text.

Anno di pubblicazione: ultimi nove anni (2010-2019)

Lingua: inglese; italiano

3.2 Fonte degli studi

Sono state eseguite ricerche, oltre che su PubMed/Medline, anche nelle seguenti banche dati: CINHALL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Library, Science.

Sono state effettuate anche ricerche nei siti del Ministero della Salute.

Capitolo 4

RISULTATI

4.1 Presentazione studi selezionati



4.2 Approccio comunicativo

Per gli operatori che lavorano con vittime di violenza è importante conoscere la complessa relazione che lega la donna e il partner.

Secondo uno studio effettuato dall'OMS, e pubblicato nel manuale clinico “Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence”; l’atteggiamento dell’infermiere che accoglie la vittima deve essere empatico; l’approccio del personale sanitario dev’essere quindi in grado di esprimere un atteggiamento di ascolto attivo e di sospensione da qualsiasi giudizio, non sminuente, non accentuante, di apertura e di riguardo nei confronti della donna e delle sue scelte, in quanto, non è tra i compiti dei sanitari accertare o meno la veridicità e l’attendibilità di ciò che la donna racconta. Inoltre, assumere tale atteggiamento, aiuta la vittima a sentirsi a proprio agio, in modo tale da poter riporre fiducia nell’infermiere e aprirsi liberamente ad esso.

Per aiutare l'operatore ad assumere tale atteggiamento, e per gestire in modo appropriato la conversazione con la donna, vi sono alcune indicazioni descritte dall'OMS.

Tra i comportamenti da attuare, viene enfatizzato che l’infermiere dovrà assumere un atteggiamento paziente e calmo, sedendosi allo stesso livello della donna, vicino per trasmettere sicurezza ed attenzione ma non troppo da sembrare invadente.

Nella comunicazione è importante essere consapevoli dei sentimenti che si nascondono dietro al suo racconto ascoltando ciò che viene detto, ma anche, soprattutto in caso di sospetta violenza, ciò che non viene detto. Pertanto, è necessario dare la giusta importanza alla comunicazione non verbale, al linguaggio del corpo, alle espressioni facciali, al contatto oculare, ai gesti, alle pause nel racconto, ai silenzi.

Incoraggiarla altresì a riferire più dettagli chiedendole se vorrebbe raccontare qualcosa in più, sempre nel rispetto della sua volontà, in modo tale da avere un quadro della situazione più chiaro possibile.

È utile mostrare un ascolto attivo ed interessato, senza parlare velocemente e senza mostrare distrazione (ad esempio guardando l’orologio, il telefono, il computer), senza cercare di interrompere il suo racconto ed aspettando che finisca prima di porre qualsiasi domanda, ciò include anche il non terminare le sue frasi e non interpretare come possa sentirsi in quel momento.

Tra i comportamenti da evitare viene evidenziato che l'infermiere del pronto soccorso, malgrado sia stato opportunamente formato a ricavare a fini clinici più informazioni possibili riguardo l'accaduto, dovrà ricordare che in queste situazioni così delicate è inopportuno fare pressione alla donna.

È opportuno evitare espressioni di compatimento o compassione o paragonare la sua vicenda con altre simili, perché potrebbero limitare la donna nella sua esposizione; evitare inoltre parole che potrebbero aumentare l'ansia e l'angoscia della donna (come ad esempio “violenza”, “stupro”, “abuso”).

L'infermiere dovrà cercare di non pensare e di non agire come se dovesse risolvere i suoi problemi, dando per scontato di sapere ciò che è meglio per lei. Ricordarsi in tutti i momenti in cui si è con la donna di non giudicare ciò che è successo, come lei si sia comportata in questa situazione e soprattutto le emozioni che sta provando. (8)

4.3 L'accoglienza

Spesso il punto di arrivo per la donna vittima di violenza fisica e/o sessuale è il Pronto Soccorso, ed il primo contatto è quello con l'infermiere di triage.

Nei manuali per operatori sanitari sulla violenza, l'accoglienza viene definita come uno dei momenti più delicati della presa in carico della donna; risulta quindi opportuno che l'infermiere sia in grado di valutare, oltre all'aspetto sanitario, anche la particolarità della situazione: di fronte ad esempio ad un danno fisico apparentemente minimo, lo stato emotivo così come la delicatezza della situazione, potrebbe richiedere l'accompagnamento della donna in un ambulatorio dedicato, in modo da darle la possibilità di esprimersi nel modo più libero e sereno possibile, lasciarle lo spazio di cui necessita, dar tempo e modo agli sfoghi emotivi, senza l'imbarazzo di doverlo fare nella sala d'attesa del triage, davanti ad altre persone. L'accoglienza richiede un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione a tutto campo dei problemi, ma anche su una raccolta sistematica ed organizzata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è avvenuto. Per questo motivo l'accoglienza richiede un tempo lungo e un setting ben "costruito".

Secondo questi manuali, la donna deve percepire di aver trovato il luogo giusto dove raccontare la propria storia, dove è rassicurata sulla sua non responsabilità rispetto all'accaduto (è vittima) e che il suo racconto e la sua esperienza sono ritenuti credibili.

La situazione diviene complicata per l'infermiere del triage qualora dovesse presentarsi una donna che non dichiara la violenza subito. Ciò avviene soprattutto quando la vittima teme per la sua incolumità, prova vergogna e paura di essere giudicata per i maltrattamenti che subisce o non è informata degli aiuti che può ricevere dal personale del Pronto Soccorso. Esistono ad ogni modo alcuni indicatori che fungono da campanello d'allarme e che possono far accrescere il sospetto di una violenza non dichiarata, si tratta ad esempio di:

- ripetuti accessi per infortuni o infortuni senza razionale spiegazione;
- lesioni, fratture o altri danni alla quale la donna non dà spiegazioni coerenti al danno;
- sentimenti di ansia, depressione, stress o atteggiamenti estremi (pianto, agitazione) non "appropriati" alla situazione dichiarata,

- dolore cronico o inspiegabile (ad esempio dolore pelvico, problemi gastrointestinali, infezioni vescicali o renali, ...),
- ricorrenti infezioni trasmesse sessualmente, azioni di autolesionismo;
- gravidanze indesiderate, tentato suicidio.

In questi casi è bene ricordare di non sollevare l'argomento della violenza finché non ci si trova da soli con la donna, utilizzando le opportune domande; questo è importante per dare tempo alla donna, in modo che possa decidere quando parlare di ciò che le è successo.(9)

4.4 L'ascolto attivo

Nella fase dell'ascolto attivo, secondo uno studio effettuato dall'OMS e pubblicato nel manuale clinico "Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence", dopo aver accompagnato la donna in un luogo dedicato ed appartato all'interno dell'unità operativa è possibile iniziare a dialogare con la donna riguardo l'accaduto ricordando principalmente di:

- rassicurare la donna che ciò che sarà detto non sarà riferito a nessun altro, così come nessuno saprà del suo accesso in Pronto Soccorso per violenza. Questo atteggiamento dell'infermiere metterà a proprio agio la donna, così da raccontare l'accaduto nei migliori dettagli.

È utile poi riferire comunque che se disposto dalla legge, vi sarà l'obbligo di comunicazione alle forze dell'ordine della violenza subita previa informazione di ciò alla donna;

- incoraggiare la vittima a raccontare ciò che è accaduto, mostrando un atteggiamento non giudicante e dandole il tempo adeguato per esporre preoccupazioni e sentimenti; evitando di insistere e di obbligarla a esporre ciò che lei non vuole dire;
- consentire i silenzi ed il pianto dandole il tempo di riprendersi.

Durante il racconto dell'accaduto, la donna potrà esternare differenti atteggiamenti, emozioni o espressioni che dipendono da:

- fattori esterni: le circostanze nella quale è avvenuta la violenza, l'autore e la sua relazione con esso o la frequenza e le modalità dell'aggressione;
- fattori interni: dati dalle caratteristiche psicologiche della vittima.

Essa potrà presentare estrema debolezza e vulnerabilità, ansia e agitazione, senso d'impotenza e d'inferiorità per non essere stata in grado di reagire e difendersi dall'aggressione, sentirsi confusa e spaesata con episodi d'amnesia su alcuni aspetti dell'evento oppure ripetizione ossessiva di alcuni episodi dell'aggressione, potrebbe avere crisi di pianto o addirittura riso e autoironia oppure rimanere totalmente apatica riguardo l'accaduto, attuando meccanismi di difesa (quali la dissociazione, la

minimizzazione ecc.) che la portano ad assumere un portamento freddo, controllato e distaccato anche nella descrizione dell'evento. (8)

4.5 Riconoscimento dei segni di violenza

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo significativo nell'identificazione delle donne che rischiano di essere esposte alla violenza, nell'individuazione dei segni di violenza, nella protezione delle vittime e nel fornire loro sostegno.

Secondo degli studi effettuati da Pinar et al (2019) e di Aslı Sis Çelik & Ayşe Aydın (2018), le donne esposte alla violenza sono fisicamente ferite e possono riscontrare problemi fisici e psicologici come dolore cronico, malattie sessualmente trasmissibili, depressione, ansia, somatizzazione, disturbo post-traumatico da stress, ideazione suicidaria e problemi del sonno. La scarsa percezione della loro salute, come l'uso di droghe e sostanze, sono molto diffusi nelle donne esposte alla violenza e il loro benessere psicologico è influenzato negativamente.

Solitamente, queste donne non possono condividere i loro problemi per molte ragioni, come la vergogna di fronte al personale sanitario, la paura della persona che ha commesso la violenza e la colpa. Pertanto, è necessario che le ostetriche e gli infermieri, sappiano riconoscere i segni di violenza verbale e non verbale, e sappiano agire prontamente in modo responsabile.

A tal proposito, sono stati condotti degli studi, mirati a infermieri e ostetriche, per andare a valutare il loro grado di conoscenza riguardo la violenza sulle donne e il loro modo di affrontare queste situazioni.

Dagli studi si è enunciato che le capacità degli infermieri e delle ostetriche di riconoscere i segni della violenza sono insufficienti o incoerenti.

È stato scoperto poi che gli studenti di ostetricia e infermieristica hanno una conoscenza teorica delle cause e delle conseguenze della violenza, ma non hanno fiducia in se stessi nel riconoscere e nell'effettuare le domande necessarie per lo screening, e provano ansia nel doverlo fare, infatti, hanno dichiarato di non sentirsi abbastanza preparati per affrontare il problema della violenza. (16)

Per tale motivo, Pinar et al e di Aslı Sis Çelik & Ayşe Aydın, nei loro studi, enfatizzano l'importanza di formare già gli studenti infermieri e ostetriche a riconoscere segni di violenza anche quando questi non sono denunciati dalla vittima, proprio perché, le ostetriche e gli infermieri assumono un ruolo-chiave per identificare e affrontare la violenza contro le donne poiché stabiliscono stretti rapporti di lavoro con i loro pazienti.

Dagli studi si è enunciato anche che, oltre a non saper riconoscere i segni di violenza, la capacità degli operatori sanitari nel gestire questo tipo di situazione, è influenzata dalle loro conoscenze, attitudini e credenza.

Un altro fattore che influenza in modo determinante, è l'atteggiamento, infatti, gli atteggiamenti che gli infermieri e le ostetriche acquisiscono dalla famiglia e dalla società con cui crescono e vivono, possono influenzare la loro visione della violenza contro le donne.

A tal proposito, è stato condotto un altro studio sempre effettuato da Pinar et al e di Aslı Sis Çelik & Ayşe Aydın, il quale andava a valutare come la partecipazione, di infermieri e ostetriche, ad un corso formativo potesse cambiare in modo positivo il loro atteggiamento, conoscenze e credenze.

A studio completato, si è scoperto che gli infermieri e le ostetriche che hanno ricevuto la formazione sulla violenza contro le donne hanno cambiato il loro atteggiamento verso la violenza e il loro ruolo professionale nell'affrontare la violenza, mentre quelli che non hanno ricevuto una formazione non hanno dimostrato un cambiamento simile.

Inoltre, il personale sanitario che aveva ricevuto la formazione sulla violenza contro le donne o che aveva una conoscenza sufficiente della violenza era in grado di riconoscere meglio i segni della violenza rispetto agli operatori che non avevano partecipato al corso.

Alla base di questi risultati si è arrivata alla conclusione che le ostetriche e gli infermieri devono prima identificare le proprie convinzioni e pregiudizi su questo argomento in modo tale che possano essere poi efficaci nell'aiutare le donne esposte alla violenza.

Diventano quindi di fondamentale importanza i corsi sulla disuguaglianza sociale e di genere e sulla violenza, che dovrebbero far parte del curriculum educativo degli operatori sanitari e dovrebbero essere obbligatori per garantire che tutti gli studenti li seguano.

Questi apprendimenti dovrebbero poi essere supportati con corsi di formazione come riunioni congressuali o conferenze, in modo da mantenerne la continuità. (17)

4.6 Procedura del Codice rosa

Il seguente percorso è riferibile a tutte le vittime di violenza di genere in età adulta (per i minori esiste apposita procedura) che afferiscono al pronto soccorso con le seguenti modalità:

- accesso diretto e spontaneo della vittima;
- accesso attraverso intervento del 118;
- accesso della vittima accompagnata dalle Forze dell'ordine.

Sono stati assemblati kit specifici denominati rispettivamente:

- Kit codice rosa in caso di violenza sessuale PS
- Kit codice rosa senza violenza sessuale PS
- Kit pediatrico codice rosa (PS pediatrico)

I kit assemblati devono:

- essere sigillati,
- conservati nella stanza dedicata al codice rosa,
- controllati periodicamente dal personale infermieristico preposto

Il contenuto specifico delle diverse tipologie dei kit codice rosa è esplicitato nelle specifiche check list di controllo. Il kit non contiene il materiale necessario per eseguire gli accertamenti a finalità esclusivamente clinica (accertamenti ematochimici e diagnostici legati al codice colore di triage) che rimangono a discrezione del personale sanitario. (10)

4.6.1 Protocollo violenza sessuale

Il protocollo dell'Asur Marche area vasta n°3, intende pianificare gli interventi dei professionisti sanitari coinvolti nei casi di violenza sessuale e/o domestica subiti dalle donne. Gli obiettivi sono:

- facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, dando riservatezza e disponibilità all'ascolto;

- garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove ed alla catena di custodia, al fine di meglio documentare l'atto subito. (11)

4.6.2 Protocollo violenza sessuale dichiarata

Nel momento in cui la donna giunge in Pronto Soccorso, inizia la fase dell'accoglienza, in cui l'infermiere di Triage provvede alla:

- identificazione del bisogno;
- accettazione della donna e attribuzione del codice di priorità giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso), affiancato dall'identificativo Codice Rosa relativo alla violenza/maltrattamento;
- segnalazione al Medico del PS;
- attivazione immediata della procedura per la convocazione dell'Equipe CR1 (Codice Rosa).

L'Equipe CR1 è composta da: Medico di Pronto Soccorso, Medico Ginecologo, Medico Legale se presente e/o attivabile, Assistente Sociale se presente e/o attivabile, Psicologa se presente e/o attivabile.

Dopodiché la donna verrà accompagnata nella Stanza Rosa, all'interno della quale verrà visitata evitando in maniera categorica la presenza del compagno, marito o accompagnatore.

Il colloquio e gli accertamenti previsti nel Protocollo devono svolgersi con modalità che diano massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala.

Inoltre il medico e l'infermiere devono:

- garantire la presenza continua di un operatore sanitario (infermiere o medico o assistente sociale o operatore socio-sanitario o personale volontario specificatamente formato);
- qualora possibile attivare l'Infermiere di PS in pronta disponibilità, unitamente al Medico nelle ore notturne;

- fornire una continua e chiara informazione sulle procedure previste dal Protocollo, richiedendo alla paziente la firma per sua attivazione;
- offrire la possibilità di chiamare un familiare o altra persona gradita.

Dopo aver raccolto le informazioni su come sia avvenuta la violenza, si andrà ad effettuare l'esame fisico: il medico, coadiuvato dall'infermiere, procede ad effettuare il controllo sulla presenza di lesioni, il colore e la loro localizzazione, e si trattano le lesioni che richiedono un intervento immediato. (11)

Tali lesioni possono essere:

- escoriazioni: sono caratterizzate da perdita di sostanza che coinvolge la cute o le mucose. Le escoriazioni sono per lo più causate da sfregamento e strisciamento, alcune volte da compressione (in questo caso ripetono la forma dell'oggetto che le ha determinate). Le escoriazioni superficiali non sanguinano perché non vanno ad interessare le papille dermiche, al massimo si può avere fuoriuscita di linfa. Le escoriazioni profonde sono caratterizzate da fuoriuscita di sangue con formazione di escara. È necessario descrivere oltre alle caratteristiche prima ricordate (sede, dimensione, forma) anche la presenza o meno di lembetti epidermici utili per capire da quale parte è giunto il corpo contundente che ha determinato la lesione (direzione della violenza traumatica). Le escoriazioni in caso di maltrattamento e violenza sessuale sono da ricercare anche a livello del collo (strangolamento, strozzamento), orifici delle vie aeree (soffocamento), o a livello polsi e caviglie (segni da legatura).
- ecchimosi: lesioni determinate dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti con fuoriuscita di sangue che, se non può riversarsi all'esterno, infiltra i tessuti circostanti e si raccoglie in spazi preesistenti o in spazi che si creano per scollamento. Possono essere superficiali o profonde. Le prime si presentano sotto forma di macchie dapprima rosso-violacee, di diversa estensione, a margini sfumati, non rilevate sulla cute. Le ecchimosi superficiali in base alla forma e alle dimensioni si suddividono in ematomi (voluminosa raccolta di sangue che si può formare in cavità preesistenti o in cavità neoformate per scollamento di sistemi di fasce), petecchie (piccole raccolte di sangue, con contorni netti, per lo più tondeggianti), soffiusioni o suggellazioni

(per confluenza di tante piccole ecchimosi; le prime sono poco o nulla rilevate, con contorni irregolari, le seconde sono multiple e fitte ecchimosi puntiformi). Le ecchimosi profonde si formano a causa di grandi traumi che interessano i muscoli o i visceri. Le ecchimosi possono cambiare colore: questa caratteristica non può essere utilizzata per datare con precisione la lesione, ma può essere utile per valutare il ripetersi di azioni violente. Di solito la sede di comparsa delle ecchimosi corrisponde a quella dove è stata esercitata la violenza traumatica; talvolta, però, stravasi profondi si rendono superficiali solo qualche tempo dopo e lontano dalla sede in cui è stata applicata la forza. In alcuni casi l'ecchimosi può ripetere la forma dell'oggetto che l'ha determinata (es: morso, strozzamento, soffocamento).

- ferite lacero contuse: il termine si riferisce ad una lesione caratterizzata da lacerazione della cute, della mucosa o anche di strutture più profonde per compressione violenta. I margini delle lacerazioni sono irregolari, spesso contusi con infiltrazione emorragica, retratti. Possono essere presenti ponti fibrosi tra un margine e l'altro.
- eritema: è caratterizzato da arrossamento più o meno intenso della cute e delle mucose dovuto ad un'iperemia attiva dei vasi cutanei e che scompare alla digitopressione. Di scarso interesse medico-legale, l'edema è dovuto ad infiltrazione di liquido trasudato o essudato nei tessuti. Si determina se vi è un aumento del contenuto idrico dell'interstizio e a livello della cute si rivela con una tumefazione.

Se la vittima ha prestato specifico consenso, eseguire fotografie delle lesioni. Con l'esame fisico è possibile anche notare la presenza di eventuali morsi. I morsi possono essere trovati sulle vittime come conseguenza di una violenza sessuale od un altro crimine violento e non devono essere sottovalutati, in quanto sono prove importanti. L'impronta dei morsi può essere confrontata con i denti di un sospetto e può a volte diventare importante quanto le impronte digitali. Raccogliere campioni di saliva e scattare delle foto all'area interessata sono le procedure basilari. La saliva, come lo sperma, mostra antigeni del gruppo sanguigno del donatore. Quindi, la raccolta di saliva da un morso deve

essere fatta prima di pulire e medicare la ferita. Se la pelle è lacerata, bisogna evitare di strofinare il punto della lesione. Bisogna strofinare solo le aree che circondano direttamente il morso. È importante che le foto dei morsi vengano fatte correttamente e bisogna utilizzare un righello per misurare la lunghezza del morso sulla fotografia. (12)

Dopodiché si andranno ad effettuare i prelievi dei campioni biologici e la somministrazione della profilassi.

Prelievi dei campioni biologici:

1. tampone e striscio vaginale: i campioni vaginali/cervicali vengono raccolti su quattro tamponi di cotone strofinando la vagina e la cervice, e devono essere conservati in due modi: il primo campione è uno striscio su un vetrino che deve essere fatto asciugare all'aria, il secondo viene conservato sui tamponi in cotone. Prelevare separatamente i campioni su terreno di coltura per ricerca di:

- Gonococco (prelievo endocervicale con tampone piccolo e con asta di alluminio e terreno di coltura nero);
- Clamidia (prelievo endocervicale) e;
- Trichomonas (prelievo vaginale in provetta sterile con 0,5 ml di soluzione fisiologica)

L'esaminatore deve assicurarsi che il vetrino venga propriamente etichettato con la parola "vaginale", per indicare la fonte del campione. Il vetrino deve essere fatto asciugare prima di essere sigillato, e non devono essere, in alcun modo, alterati o sporcati.

Quando i campioni si sono asciugati, devono essere inseriti in una scatola di cartone, che deve essere sigillata con un nastro adesivo, ma bisogna fare attenzione a non coprire l'apertura per l'aria sulla scatola con il nastro. Se non è disponibile una scatola di cartone, può essere sostituita da una busta di carta liscia e incontaminata. Infine, la scatola va etichettata. A questo punto, si può proseguire con un esame fisico pelvico.

2. tampone e striscio ano-rettale: prelevare solo in caso di penetrazione rettale. È possibile eseguire il prelievo entro 5 giorni dalla violenza sessuale.

- tampone anale: strisciare due tamponi sulla cute perianale. Etichettare tampone anale sul contenitore.

- tampone rettale: tamponare il canale rettale con due tamponi, effettuare lo striscio su due vetrini. Etichettare tampone rettale sul contenitore.

Quando i tamponi si sono asciugati, devono essere riposti in una scatola di cartone.

A questo punto, si può proseguire con l'esame fisico dell'ano.

3. tampone e striscio orale: prelevare solo in caso di contatto oro-genitale. Lo striscio orale può essere importante tanto quanto quello vaginale o rettale. L'obiettivo di questo test è quello di rintracciare spermatozoi o liquido seminale. Questo test deve essere fatto per primo, in modo che il paziente possa sciacquarsi la bocca il prima possibile.

Lo striscio orale si prepara utilizzando quattro tamponi di cotone che verranno strofinati nella bocca. In alcune aree della bocca, come tra il labbro superiore e quello inferiore, o sulle gengive, il materiale seminale può restare per un lungo lasso di tempo, prestare, quindi, molta attenzione a queste aree. Il materiale sul tampone deve essere spalmato su un vetrino che è stato etichettato con la parola "orale", ad indicare la fonte del campione. I vetrini devono essere fatti asciugare prima di essere imballati e non devono essere, in alcun modo, alterati o sporcati. Quando i campioni orali si sono asciugati devono essere inseriti in una scatola di cartone.

Ora il paziente può sciacquarsi la bocca con dell'acqua pulita. Il paziente non deve mangiare, bere o fumare per 30 minuti. In quel momento verrà raccolto un campione di saliva per controllare la secrezione.

4. altri fluidi essiccati: le secrezioni più comuni che l'assalitore deposita sul paziente sono la saliva, il sangue e lo sperma. Queste secrezioni possono essere analizzate e servire per l'identificazione del colpevole. È importante che il team sanitario chieda al paziente dove possa essere stato depositato un qualsiasi fluido corporeo ed esamini il corpo del paziente per rintracciare ogni materiale estraneo. Bisogna utilizzare un campione per ogni secrezione raccolta da un'area corporea e indicare la zona di prelievo.

Se secrezioni, come la saliva, il sangue secco o il liquido seminale, vengono identificate sul corpo del paziente durante l'esame fisico, i materiali devono essere raccolti inumidendo un tampone con acqua sterile e strofinando delicatamente la zona.

Se è presente del materiale incrostato è meglio che questo venga raschiato, posto in una busta separata ed etichettato con l'indicazione della regione corporea di prelievo. Al termine della procedura, inserire i campioni in una scatola di cartone e sigillare.

5. prelievo di capelli o peli: dove si evidenzia la presenza di sperma o altro materiale intrappolato in capelli o peli pubici, è necessario allestirne la raccolta, tagliando i peli dell'area interessata e ponendo il campione in una busta di carta a parte ed etichettandola come "campione di capelli, o peli, incrostati". È importante ottenere il consenso del paziente prima di tagliare i suoi capelli. Se il campione non può essere tagliato, è necessario raccoglierlo utilizzando la stessa procedura descritta per tutti i fluidi.

I capelli del paziente devono essere pettinati sopra ad un foglio di carta per raccogliere possibili peli e fibre. Dopodiché, capelli e pettine, devono essere chiusi nella carta e posti in una busta siglata come "capelli", e la busta deve essere sigillata con un nastro adesivo. Bisogna poi usare un secondo pettine per raccogliere peli o fibre dalla regione pubica.

I pazienti possono volere pettinarsi da soli per ridurre l'imbarazzo e accrescere il loro senso di controllo.

6. raschiamento delle unghie: l'obiettivo di raschiare le unghie è quello di trovare prove utili sotto le unghie stesse. Durante l'aggressione, il paziente entra in contatto con l'ambiente e con l'assalitore. Materiali come frammenti di cute, sangue, peli, terra e fibre possono raccogliersi sotto le unghie del paziente.

Bisogna chiedere al paziente se ha graffiato la faccia, il corpo o i vestiti dell'assalitore. Se la risposta è positiva, o se si notano fibre o altri materiali sotto le unghie del paziente, bisognerà raschiarle, una mano per volta, usando uno stick, o un piccolo tampone di cotone leggermente inumidito con acqua sterile per pulire sotto le unghie. Questo tampone dovrà essere fatto asciugare prima di essere imballato. È una procedura che i pazienti potrebbero voler svolgere da soli e dovrebbero essere incoraggiati a farlo.

È importante che il materiale venga raccolto da ogni mano e si trovi su un foglio di carta separato. L'esaminatore completerà le informazioni sull'etichetta e scriverà se si tratta della mano sinistra o della destra.

7. campioni di sangue e urine:

- campioni di sangue per gruppo sanguigno e DNA
- campioni di sangue e urina per esami tossicologici
- campioni di sangue per TPHA-VDRL, epatite B e C, HIV
- campione di urina per test di gravidanza.

8. prove sul vestiario: frequentemente, il vestiario contiene le prove più importanti in caso di violenza sessuale, per le seguenti ragioni:

- il vestiario fornisce una superficie su cui possono essere trovate tracce di materiale estraneo, come lo sperma, la saliva, il sangue, i peli, le fibre dell'assalitore e anche detriti della scena del crimine. Mentre il materiale estraneo può essere lavato via dal corpo del paziente, le stesse sostanze possono essere ritrovate intatte sul vestiario per un lasso di tempo considerevole dopo l'aggressione;
- uno scolo di eiaculato proveniente dalla cavità anale o vaginale può raccogliersi sui pantaloni o sulla biancheria intima, specialmente nei bambini. Anche se l'azione batterica e la decomposizione hanno luogo anche in questo ambiente, avvengono in modo più lento rispetto alle cavità corporee. Dopo 3-6 ore è più probabile rintracciare sperma, se presente, sugli indumenti intimi della vittima piuttosto che nelle cavità anale o vaginale. Per un bambino gli indumenti intimi sono molto importanti e i genitori devono essere incoraggiati affinché lascino gli indumenti intimi come prova;
- vestiti danneggiati o strappati possono essere significativi. Possono essere prova di forzatura e possono essere utili per un confronto con le prove raccolte sulla scena del crimine. Ogni articolo di vestiario indossato al momento dell'aggressione o prima dell'esame fisico deve essere raccolto come prova e deve essere etichettato e riposto separatamente nell'apposita busta per evitare la contaminazione;
- prima dell'esame completo, è d'obbligo che il personale sanitario si informi se la vittima porta gli stessi vestiti che indossava durante la violenza. Se così è, gli abiti devono essere esaminati e con il consenso della vittima raccolti come

prove, altrimenti, il personale medico deve chiedere alla vittima dove si trovano i vestiti indossati durante la violenza. È importante ritrovare i vestiti prima che ogni prova venga cancellata. (13)

Profilassi:

- profilassi antibiotica: nei casi in cui ci sia un rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione, va prescritta una profilassi antibiotica che copra le diverse possibilità di trasmissione di MST (malattie sessualmente trasmissibili). Lo schema consigliato è: azitromicina 1gr. per os in unica dose o; tetraciclina 100mg. x 2 die x 7 giorni + ceftriazone 250 mg. i.m. in unica dose + metronidazolo 2 gr. per os in unica dose.

In presenza di ferite sporche di terra o altro, e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi antitetanica.

Può essere consigliata anche la vaccinazione anti-epatite B.

- profilassi HIV: il rischio di acquisire l'infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso ma non facilmente quantificabile. Nei casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza della patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli) o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali importanti e la necessità di controlli regolari durante la terapia. La terapia consigliata è: zidovudina + lamivudina + inibitore delle proteasi. Va iniziata il prima possibile, probabilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per quattro settimane. È consigliabile fare riferimento a un centro specializzato per le malattie infettive.

- intercezione postcoitale: se sono trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale con levonogestrel 750 mg. 2 cps in unica somministrazione. (14)

4.6.3 Protocollo violenza sessuale sospetta ma non dichiarata

La fase dell'accoglienza per una vittima di violenza sessuale ma non dichiarata è la medesima della violenza sessuale dichiarata, quindi avremo l'infermiere di Triage che provvederà a:

- identificare il bisogno ed assegnare il relativo codice di priorità;
- se in seguito la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata.

Dopodiché si andrà ad effettuare la visita del medico del Pronto Soccorso: il medico, qualora a seguito di visita effettuata alla donna, per motivi diversi, sospetti una violenza sessuale non dichiarata, dovrà prospettare alla paziente la possibilità di essere valutata dallo specialista Ginecologo e del successivo coinvolgimento di:

- Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile;
- Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile;
- Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza;
- Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna.

Se la paziente rifiuta la visita ginecologica e/o il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna. Se in seguito, invece, la donna dichiara la violenza sessuale, si procede come da violenza sessuale dichiarata. (11)

4.6.4 Protocollo maltrattamento dichiarato, o sospettato ma non dichiarato

Nel momento in cui la donna giunge in Pronto Soccorso, inizia la fase dell'accoglienza, in cui l'infermiere di Triage provvede alla:

- identificazione del bisogno
- accettazione della donna e attribuzione del codice di priorità giallo (fatte salve le situazioni cliniche che richiedono un codice rosso),
- segnalazione al Medico del PS
- collocazione della donna nel locale del Pronto Soccorso appositamente adibito o in sala, secondo condizioni cliniche della paziente
- verifica di eventuali precedenti accessi al PS per patologia traumatica.

La donna deve essere visitata evitando in maniera categorica la presenza del compagno (o marito o accompagnatore). La visita deve svolgersi con modalità che assicurino massima riservatezza, evitando interruzioni ed accessi inopportuni nella sala. Inoltre il medico e l'infermiere devono:

- garantire la presenza continua di un operatore sanitario (infermiere o medico o assistente sociale o operatore socio-sanitario o personale volontario specificamente formato);
- offrire la possibilità di chiamare, al termine della visita, un familiare o altra persona gradita.

Il medico del Pronto Soccorso:

- provvede ad accertare le condizioni cliniche della donna;
- richiede le consulenze specialistiche del caso
- consulta (se possibile) con il Medico Legale
- procede a segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
- informa la donna sulla possibilità di attivare Servizio Sociale Ospedaliero, se presente e attivabile; Servizio Sociale Territoriale, se presente e attivabile, Servizi Sociali/Consultoriali dei Comuni di Residenza o Centri Antiviolenza Provinciali e/o Sportello InformaDonna.

Se la donna rifiuta il colloquio con i Servizi Sociali bisogna rispettare la volontà della donna.

Quando, invece, la vittima è minorenni il Pronto Soccorso rappresenta il punto strategico di risposta sanitaria alla violenza e/o maltrattamento. (11)

Secondo uno studio condotto da Meredith C. Joppa (2020), non sono pochi i minori che subiscono violenze oggi. Come per gli adulti, è il genere femminile ad avere maggiori probabilità di subire violenze gravi e conseguenze sulla salute mentale e fisica, infatti, il 16,4% di ragazze di età compresa tra 14 e 17 anni hanno riferito di essere state vittime di un reato sessuale da parte di un adulto o un pari, incluso lo stupro tentato o completo. Il 4,4% delle ragazze hanno subito molestie sessuali, l'11,5% hanno subito rapporti sessuali indesiderati e l'8,5% hanno subito sollecitazioni online.

Infine, grazie a questo studio, si è enunciato che le ragazze ad essere più a rischio di violenza sono le ragazze lesbiche e bisessuali rispetto alle coetanee eterosessuali, e le adolescenti con disabilità rispetto alle coetanee senza alcun handicap. (18)

Per persone disabili si intendono tutte quelle persone con autismo, disturbi del comportamento, disturbi da deficit di attenzione, udito e menomazioni visive, ritardo della crescita, disabilità multiple, menomazioni ortopediche, trauma cranico e altri problemi di salute.

Da uno studio effettuato da Heilporn A, André JM; Didier J e Chamberlain MA, evince che tra i bambini con disabilità il maltrattamento si è verificato 1,7 volte più frequentemente rispetto ai bambini abili. Inoltre, nel 47% di questi casi, la disabilità ha portato o contribuito all'abuso e il 37% dei casi di maltrattamento ha causato l'invalidità. Gli studi indicano che la maggior parte degli atti di violenza contro le persone con disabilità si verificano all'interno della propria casa da parte della famiglia e che i parenti stretti sono spesso gli abusatori, indipendenti di status sociale e culturale. (21)

Il Maltrattamento sui minori, seguendo il protocollo, è suddiviso in:

- child abuse che comprende il maltrattamento fisico, psicologico e l'abuso sessuale;
- child neglect che comprende l'incuria, la discoria e l'ipercuria. (11)

Un'altra categoria a rischio maltrattamento, oltre a donne, minori e disabili, sono gli anziani. Malgrado ci siano poche informazioni sulla diffusione degli abusi nella

popolazione anziana, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, secondo le stime il 4-6% delle persone anziane dichiara di aver subito un maltrattamento grave nel corso della loro vita. Tuttavia, le persone anziane hanno spesso timore di denunciare i casi di abuso alla famiglia, agli amici o alle autorità.

I dati sulla diffusione del problema in istituzioni quali gli ospedali, le case di riposo e altre strutture di lungodegenza sono relativamente scarsi. Gli atti di abuso in ambito istituzionale includono la costrizione fisica dei pazienti, la negazione della dignità (ad esempio, lasciando l'anziano in abiti sporchi) e della libertà di scelta nelle questioni di vita quotidiana, l'incuria intenzionale (come ad esempio permettendo l'insorgenza di piaghe da decubito), la somministrazione eccessiva o insufficiente di farmaci o il rifiuto di somministrarne, la negligenza e l'abuso emotivo.

Un'indagine effettuata negli Stati Uniti, sul personale delle case di riposo, suggerisce tuttavia che le cifre siano elevate, ovvero, il 36% ha assistito ad almeno un episodio di maltrattamento fisico ai danni di un paziente anziano, il 10% ha commesso almeno un atto di abuso fisico ai danni di un paziente anziano, il 40% ha ammesso di abusare psicologicamente dei pazienti.

I maltrattamenti agli anziani possono portare a danni fisici, che vanno da escoriazioni e contusioni di lieve entità a fratture ossee e lesioni craniche che conducono a disabilità permanenti, e gravi conseguenze psicologiche, spesso a lungo termine, tra cui depressione e ansia. Per le persone anziane, le conseguenze dei maltrattamenti possono essere particolarmente gravi, rispetto ad una persona adulta, perché le loro ossa sono più fragili e la convalescenza dura più a lungo. Anche lesioni relativamente minori possono causare danni gravi e permanenti, o persino il decesso.

I fattori di rischio che possono aumentare le probabilità di maltrattamenti nei confronti di una persona anziana sono riscontrabili a livello individuale, relazionale, di comunità e socio-culturale.

Tra i rischi a livello individuale vi sono la demenza della vittima e i disturbi mentali o l'abuso di sostanze o di alcol da parte dell'aggressore. Altri fattori a livello individuale che possono aumentare il rischio di abuso includono il sesso della vittima e la coabitazione. Anche se gli uomini anziani corrono lo stesso rischio di abuso rispetto alle donne, in alcune culture in cui le donne hanno una posizione sociale inferiore, le donne

anziane sono a più alto rischio di incuria dovuta ad abbandono, quando rimangono vedove e si vedono sottrarre le loro proprietà. Le donne possono anche presentare un più alto rischio di subire forme di maltrattamento e lesioni più gravi e persistenti.

A livello relazionale, la coabitazione è un fattore di rischio per i maltrattamenti agli anziani. Non è chiaro se siano i figli adulti delle persone anziane o i loro coniugi ad avere una maggiore probabilità di commettere abusi. Anche la dipendenza (spesso economica) di chi commette gli abusi dalla persona anziana aumenta il rischio di maltrattamenti. In alcuni casi, una lunga storia di relazioni familiari difficili può peggiorare in conseguenza dello stress e della frustrazione creati dalla sempre più dipendenza della persona anziana. Infine, poiché un numero più alto di donne entra nel mondo del lavoro e ha meno tempo libero, prendersi cura delle persone anziane diventa un peso maggiore, che aumenta il rischio di abusi.

A livello di comunità, l'isolamento sociale dei caregivers e delle persone anziane, con la mancanza di sostegno sociale che ne consegue, è un importante fattore di rischio per i maltrattamenti agli anziani, infatti numerose persone anziane sono isolate a causa di infermità fisiche o mentali, o per la perdita di amici e familiari.

Infine i fattori socioculturali che possono influire sul rischio di maltrattamenti agli anziani includono:

- descrizione delle persone anziane come fragili, deboli e dipendenti;
- erosione dei legami tra le generazioni di una famiglia;
- sistemi di eredità e diritti fondiari che influiscono sulla distribuzione del potere e dei beni materiali all'interno delle famiglie;
- migrazione delle coppie giovani, che lasciano i genitori anziani da soli, in società in cui le persone anziane erano tradizionalmente accudite dai discendenti;
- mancanza di risorse per pagare le cure. Nell'ambito delle strutture di assistenza, i maltrattamenti hanno maggiori probabilità di verificarsi laddove:
 - il personale ha scarsa formazione, redditi bassi e un carico di lavoro eccessivo.

A tal proposito sono state attuate numerose strategie per prevenire i maltrattamenti agli anziani e per intervenire contro di essi e ridurre le conseguenze. Gli interventi attuati principalmente nei paesi ad alto reddito per la prevenzione degli abusi comprendono:

- campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e dei professionisti della salute;
- screening (di potenziali vittime e aggressori);
- interventi a sostegno dei caregivers (ad esempio gestione dello stress, ricoveri di sollievo)
- formazione dei caregivers sulla demenza.

Attualmente le evidenze a sostegno dell'efficacia della maggior parte di questi interventi sono limitate. Diversi settori possono contribuire alla riduzione dei maltrattamenti degli anziani, in particolar modo, il settore del welfare attraverso un sostegno legale, finanziario e abitativo; il settore dell'istruzione, attraverso l'istruzione pubblica e campagne di sensibilizzazione; il settore sanitario attraverso l'individuazione e la cura delle vittime da parte del personale dell'assistenza sanitaria primaria. In alcuni paesi, il settore sanitario ha assunto un ruolo di leadership nell'accrescere la consapevolezza dell'opinione pubblica in materia di maltrattamenti agli anziani, mentre in altri è stato il settore del welfare ad assumere tale leadership. Nell'insieme, si sa troppo poco sui maltrattamenti agli anziani e sulla maniera di prevenirli, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Le dimensioni e la natura del problema stanno appena iniziando a essere delineati, molti fattori di rischio sono ancora contestati e le evidenze su ciò che funziona per la prevenzione dei maltrattamenti agli anziani sono limitate. (19)

L'OMS collabora con una serie di partner per la prevenzione dei maltrattamenti agli anziani attraverso iniziative che aiutano a individuare e quantificare il problema e a darvi risposta. Tali iniziative comprendono: raccogliere informazioni sulla diffusione e i tipi di maltrattamenti agli anziani in diversi contesti per comprendere le dimensioni e la natura del problema a livello globale; elaborare indicazioni per gli Stati Membri e tutti i settori coinvolti per la prevenzione dei maltrattamenti agli anziani e il potenziamento della capacità di risposta; diffondere informazioni ai paesi e sostenere gli sforzi attuati a livello nazionale per la prevenzione degli abusi sugli anziani e collaborare con le agenzie e organizzazioni internazionali per sconfiggere il problema a livello mondiale. (20)

Capitolo 5

CONCLUSIONI

5.1 Formazione infermiere di Triage

La revisione ha dimostrato che nell'approccio alle vittime di violenza, i migliori esiti assistenziali vengono raggiunti dagli infermieri che hanno un elevato livello di formazione e aggiornamento e che utilizzano la relazione e l'ascolto attivo come strumento di cura.

A tal proposito, il riconoscimento e la gestione di un Codice Rosa richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale. Per tale motivo, le linee guida propongono, una formazione che insegni ai sanitari a riconoscere i segni/sintomi correlati alla violenza sessuale e a saper porre le giuste domande per cercare di prestarle aiuto, nonostante la negazione della sua condizione di vittima.

Nasce così, nel 2018, il primo Master in Codice Rosa. Attraverso questo percorso di studi si è voluto dare una risposta alle richieste che giungono pressanti dalla società, in un momento e in un contesto nel quale l'acuirsi dei fenomeni di violenza non può lasciare indifferenti gli studiosi. Questo Master rappresenta una nuova proposta che incontra le esigenze forti di aggiornamento e approfondimento dei professionisti, andrà ad approfondire sia le tematiche relative alle violenze e ai maltrattamenti contro donne e alle vittime di violenza sottoposte a discriminazione, sia le strategie di intervento del percorso socio-assistenziale con un approccio gender sensitive che deriva dal modello Codice Rosa. Destinatari del master sono medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali, sociologi, giuristi, avvocati, psicologi, farmacisti, laureati in scienze politiche.

I docenti sono professori universitari, magistrati, medici specialisti, psicologi, giuristi, criminologi, sociologi, operatori socio-sanitari e il corso durerà per un tempo di 12 mesi.

Tale formazione deve quindi mirare, non solo, all'ampliamento delle competenze tecniche-relazionali del professionista ma soprattutto a fornire le giuste conoscenze riguardo questioni etiche e morali che si nascondono dietro ad un caso di violenza. In tal

modo si potrebbe contrastare e ridurre pregiudizi e le false credenze sul tema spesso imposte dalla società. Solo eliminando queste ultime si potrà costruire e praticare una giusta assistenza e un'accoglienza professionale della vittima nell'unità di emergenza.

(15)

Bibliografia e sitografia

1. Sharon A. Bryant, Gale A. Spencer, “Violence against women: what do nurse practitioners think?”, 2012
2. Violenza e salute nel mondo: rapporto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, 2017
3. D'Oro S, Rivitti G., Riflessioni sul tema dello Stalking e della Violenza sulle Donne, 2014
4. WHO, Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013
5. Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage, 2012
6. Task force codice rosa asl 9 - Grosseto
7. Ministero della Salute, Violenza sulle donne, 2019
8. WHO, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. 2014
9. Manuale per operatori sanitari su violenza di genere, “Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta”, 2013
10. Manuale operativo codice rosa: percorso assistenziale per le vittime di violenza/maltrattamento, 2016
11. Protocollo codice rosa – pronto soccorso, OBI, medicina d'urgenza - asur marche area vasta n°3

12. Ministero della Salute, “Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale, donne e minori in particolare: manuale per operatori di pronto soccorso”, 2017
13. AILF, Violenza sessuale, protocollo per gli adulti
14. OMS, Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta
15. FNOPI - federazione nazionale ordini professione infermieristiche
<https://www.fnopi.it/>
16. Aslı Sis Çelik & Ayşe Aydın, “The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence”, 2018
17. Pinar, “Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women”, 2019
18. Meredith C. Joppa, “Dating violence in adolescence: implications for girls' sexual health”, 202
19. Xin Qui Dong, “Elder abuse: systematic review and implications for practice”, 2015
20. Ministero della Salute, “Informativa OMS: maltrattamento agli anziani”, 2014
21. Heilporn A; André JM; Didier J; Chamberlain MA, “Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review.”, 2016

Ringraziamenti

A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare tutte le persone, senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.

Ringrazio in primis la mia famiglia, per aver sempre creduto in me e nelle mie potenzialità. Ringrazio soprattutto i miei genitori, che mi hanno dato la possibilità di intraprendere questi studi.

Ringrazio le mie amiche, quelle di una vita, che considero ormai come delle vere e proprie sorelle. Grazie per essere state sempre al mio fianco durante tutto questo percorso, gioendo con me per ogni esame passato e spronandomi ad andare sempre avanti soprattutto nei miei momenti di sconforto.

Ringrazio gli amici dell'università, quelli meno datati, ma non per questo meno importanti, che sono diventati per me come una seconda famiglia e grazie a loro ho sentito meno la lontananza dei miei cari. Siete entrati nella mia vita così facilmente, e ne rimarrete lì per sempre. Non starò qui a fare l'elenco dei vostri nomi, ma so che capirete. Ringrazio "Casa Santrocchini" per le serate passate in casa a vedere un film, a giocare a taboo o semplicemente a parlare, per le serate universitarie o più semplicemente per aver condiviso con me gioie e dolori non solo in ambito universitario.

Ringrazio "le Super Chicche" per avermi rallegrato ogni singolo giorno a lezione in questi tre anni, anche se puntualmente ritardatarie. Grazie per le notti insonni passate a studiare, per esserci sempre state sia nello studio che al di fuori... siete state il mio primo punto di riferimento nella mia vita universitaria.

E infine, ringrazio i due uomini del gruppo, che con la loro pazienza sono riusciti a sopportarci e supportarci in questi anni.

Ringrazio la mia relatrice che ha saputo guidarmi, con suggerimenti pratici, nelle ricerche e nella stesura di questo elaborato.

Ringrazio tutti gli infermieri che ho conosciuto durante questo percorso, perché ciò che sono diventata in ambito professionale, in parte è grazie a loro.

E infine, voglio ringraziare me stessa, per aver scelto un percorso difficile, ma che allo stesso tempo sarebbe stato l'unico percorso che avrei mai voluto affrontare e per essere stata determinata a raggiungere i miei obiettivi.