

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA



Tesi di Laurea

**VIOLENZA DI GENERE: PROPOSTA DI UNA PROCEDURA PER
L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO LE UNITÀ
OPERATIVE DI PRONTO SOCCORSO
DI CASTELFRANCO VENETO E MONTEBELLUNA**

Relatore: Prof. CARTA ANTONELLO

Correlatore: CREMASCO ANDREA

Laureanda: CAON SABRINE

ANNO ACCADEMICO 2014/015

SOMMARIO

RIASSUNTO

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
SCOPO	2
CAPITOLO PRIMO	5
1.1 LA VIOLENZA DI GENERE	5
1.2 DEFINIZIONE DI VIOLENZA	7
1.3 CONSEGUENZA DELLA VIOLENZA SECONDO L'OMS	8
1.4 DATI SULLA VIOLENZA	10
1.4.1 La gravità delle violenze subite dalle donne nel corso della vita	10
1.4.2 I dati nelle Unità Operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna.....	11
CAPITOLO SECONDO	13
2.1 IL CODICE ROSA	13
2.1.1 Cos'è il codice rosa	13
2.1.2 Gli obiettivi del Codice Rosa	14
2.2 COSTI DELLA VIOLENZA	15
2.2.1 Piano Nazionale	15
CAPITOLO TERZO	17
3.1 INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI RIGUARDO LA VIOLENZA DI GENERE.....	17
3.2 PROCEDURA PER INFERMIERI	19
3.2.1 ACCOGLIENZA	19
3.2.2 L'ASCOLTO.....	20
Come porsi con la donna vittima di violenza	20
Gestione della conversazione	21
Ascolto attivo: cosa fare e cosa non fare.....	21

3.2.3 ESAME FISICO.....	22
Raccolta delle informazioni	22
L'esame fisico in caso di violenza	23
Esecuzione dell'esame testa-piedi.....	24
Dettagli legali	25
3.2.4 SICUREZZA E AIUTI EXTRAOSPEDALIERI.....	26
Supporto alla donna e valutazione della sicurezza.....	26
Come fornire le informazioni necessarie alla donna.....	27
CONCLUSIONI.....	29

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

RIASSUNTO

Il principale obiettivo della stesura di questo lavoro è stato quello di creare una procedura infermieristica per le Unità Operative di Pronto Soccorso di Castelfranco Veneto e Montebelluna, volta alla gestione e all'assistenza di una donna che ha subito violenza, così come la realizzazione di un percorso interno multi professionale che possa accompagnare la donna dal suo ingresso in unità fino alla sua dimissione.

La ricerca è stata effettuata attraverso una revisione della letteratura sull'impatto che la violenza di genere può comportare a livello fisico e psichico delle donne e i dati relativi a tali episodi in Italia e nelle due unità operative; così come quale sia il miglior approccio ed assistenza infermieristica ad una donna vittima di violenza all'interno dell'Unità di Pronto Soccorso.

E' stato inoltre creato e consegnato agli infermieri del Pronto Soccorso un questionario autoredatto non validato da completare in forma anonima, per valutare la percezione che essi hanno riguardo all'argomento in questione.

I risultati principali mostrano la volontà da parte degli infermieri di approfondire tale tema così come quella di aver una procedura dedicata che li possa guidare nell'assistenza alla donna vittima di violenza.

Come dimostrano i dati le donne maltrattate ricorrono spesso ai servizi sanitari a causa degli esiti della violenza. Risulta pertanto importante incrementare le risposte e le conoscenze degli infermieri proprio perché essi hanno difatti l'opportunità di provvedere non solo ad un'assistenza clinica e diagnostica, ma anche agevolare ed accompagnare la donna nella presa di consapevolezza della situazione di violenza attraverso la realizzazione di una relazione d'aiuto e di ascolto con la donna.

ABSTRACT

The main focus of this work was to create a procedure for the nurses of Emergency Department of Castelfranco Veneto and Montebelluna, for the management and care of a woman who has suffered physical abuse, as well as create a multi professional pathway that can support the woman from arrival in the unit until her discharge.

The research was carried out through a thorough review of the literature, including several articles about the impact of gender-based violence that may relate to the physical and mental state of women, data relevant to these episodes in Italian and in the two operational units; as well as what is the best approach and nursing care to a woman victim of violence within the Emergency Unit. An anonymous questionnaire was also created and handed to nurses to complete, to assess the perceptions they have about the subject in question.

The main results show that nurses are willing to investigate this matter, in order to develop a procedure to guide them in assisting female victims of violence.

As shown by the data, abused women often use health care services as a result of injuries inflicted due to violence. It is therefore important to increase the knowledge of nurses because they have the opportunity to provide, not only care and clinical diagnosis, but also support to women in the grip of violence and help them to recognize they are a victim of abuse.

INTRODUZIONE

“La violenza contro le donne è forse la violazione dei diritti umani più vergognosa.

Essa non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza.
Fin tanto continuerà, non potremo prendere di aver compiuto
dei reali progressi verso l’uguaglianza, lo sviluppo e la pace.”

(Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite)

La stesura di questa tesi e la decisione di creare una guida per gli infermieri del Pronto Soccorso in caso di violenza sulle donne, nasce da un’analisi personale riguardo l’argomento della violenza di genere, principalmente alla luce di tutti quegli episodi di maltrattamenti che frequentemente si verificano nella nostra società odierna.

La violenza di genere “è una gravissima forma di discriminazione legata ad una cultura sessista che svilisce la donna, ne oggettivizza il corpo e ne limita l’individualità, la visibilità e l’autorevolezza. E’ un problema culturale e in quanto tale appartiene a tutti, non solo alla donna, è un problema capace di infiltrarsi subdolamente in tutte le sfaccettature della vita familiare, affettiva, economica, sociale, politica ma è soprattutto una gravissima violazione dei diritti fondamentali: quali il diritto alla vita, alla libertà, alla sicurezza, alla dignità, all’integrità fisica e mentale, all’uguaglianza tra i sessi”⁽¹⁾.

Dal 1995-1996 l’OMS ha iniziato a valutare la violenza come fattore eziologico e di rischio per una serie di patologie di rilievo per la popolazione femminile, sono stati difatti condotti numerosi studi non solo sulle disfunzioni ginecologiche, ma anche sui disturbi mentali, sulla depressione, sui disturbi alimentari e sui disturbi d’ansia.

Sussiste quindi una chiara indicazione a valutare la violenza di genere anche come un problema di sanità pubblica, che deve interessare tutti gli operatori sanitari nella salvaguardia dell’evento e nel trattamento degli esiti in termini di danni alla salute fisica e psichica⁽²⁾.

Secondo il “Comitato Economico Europeo” (febbraio 2006) “la mancanza di conoscenze da parte dei servizi pertinenti sui sintomi, le forme di manifestazioni, i cicli e l’escalation della violenza fa sì che la violenza sia messa a tacere, i processi non vengano riconosciuti e vengano adottate misure inadeguate e tutto ciò può condurre a conseguenze fatali”.⁽²⁾

In questo lavoro verrà evidenziato cosa sia la violenza di genere, quali siano le conseguenze dell’aggressività secondo le varie istituzioni (come ad esempio l’OMS) e quali siano i dati statistici inerenti ad episodi di violenza dichiarata in Italia, nel Veneto e nelle due unità operative prese in considerazione (Castelfranco Veneto e Montebelluna); verranno descritti inoltre i più comuni aspetti psicologici che la donna può manifestare in caso di violenza e come l’infermiere, che si trova di fronte a tali situazioni, potrà muoversi per garantire una più completa assistenza alla donna.

A sostegno di ciò è stata infine realizzata una guida basata sulla letteratura e sulla ricerca di linee guida riguardanti l’argomento, che potrà essere di supporto agli infermieri delle unità operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna per affrontare questo delicato tema purtroppo sempre più diffuso.

SCOPO

L’assistenza infermieristica in Pronto Soccorso ideata mediante la realizzazione di una procedura, è rivolta, non solo alla gestione del primo contatto con la donna, dove la figura dell’infermiere ricopre un ruolo fondamentale, ma anche alla coordinazione del corretto approccio verso chi ha subito violenza (dichiarata o meno), all’ascolto empatico, al riconoscimento della violenza, al sostegno, alla creazione di una relazione terapeutica e alla realizzazione di un percorso che possa permettere alla donna una dimissione protetta che prevede l’eventuale allontanamento dal proprio domicilio ed il contatto con figure professionali pertinenti esterne all’unità operativa.

Tutto questo acquisisce una certa importanza perché talvolta al Pronto Soccorso giungono donne incapaci di descrivere ciò che è accaduto, omettendo i fatti, raccontando storie di improbabili cadute accidentali, incidenti domestici o altre situazioni ugualmente inverosimili; donne che non sono in grado di pronunciare la parola violenza per esprimere i rapporti o le percosse sopportate da parte del partner o di altri conoscenti. Donne che

necessitano di aiuto che spesso non sono in grado di chiederlo autonomamente ⁽²⁾. L'obiettivo di questo elaborato è stato quello di ricercare in letteratura quale potrebbe essere la pratica più corretta per infermiere, all'interno di un'équipe multidisciplinare, in caso di violenza contro le donne; per l'accoglienza e la gestione a breve o lungo termine della donna, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista psicologico.

Ciò che è stato ideato ha lo scopo di poter assicurare pertanto una guida alla quale gli infermieri delle due unità operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna possano appoggiarsi, affinché riescano a gestire al meglio situazioni che richiedono non solo un approccio clinico e di cura, ma che implicino anche l'ascolto, il riconoscimento e la realizzazione di un piano di sicurezza per la donna. Tale progetto è stato realizzato altresì con il fine di poter creare un ambiente sicuro nel quale le donne che hanno subito violenza possano appoggiarsi, sentirsi sicure ed ascoltate senza pregiudizi; un luogo nel quale possano essere sostenute ed indirizzate, uno spazio dove possano far valere i propri diritti di uguaglianza, libertà e dignità.

CAPITOLO PRIMO

1.1 LA VIOLENZA DI GENERE

La violenza contro le donne diviene un argomento d'interesse sociale nel momento in cui si manifesta attraverso episodi eclatanti, come ad esempio una violenza sessuale di gruppo, oppure una violenza domestica quando esita nella morte della donna. Si assiste ad un periodico interessamento da parte dei media sull'accaduto, che crea nella società un clima di "inammissibilità" riguardo l'evento; dopo di che si osserva invece un graduale affievolimento dell'interesse su ciò che è accaduto; la violenza, che tutti condannano come un crimine ripugnante, torna quindi tendenzialmente impercettibile, soprattutto quella quotidiana che avviene nell'ambito della sfera privata, all'interno delle mura domestiche ⁽²⁾.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel I Rapporto Mondiale su Violenza e Salute del 2002 descrive la violenza di genere come un problema di salute pubblica mondiale. Il maltrattamento, la violenza domestica, la violenza sessuale e l'abuso causano infatti per le vittime numerosi danni sia in termini di integrità psico-fisica che in termini di riduzione del benessere ⁽³⁾, senza contare che questo tipo di violenza rappresenta "una violazione dei diritti e delle libertà fondamentali delle donne e danneggia ed annulla il godimento da parte loro di quei diritti e della libertà." ⁽⁴⁾

Dal punto di vista sanitario la risposta a tale problema impone quindi un incremento delle conoscenze tradizionali, che si estendano al di là del solo approccio clinico, e un accrescimento della valutazione della salute/malattia, affinché i servizi sanitari migliorino globalmente le capacità di ascolto dei bisogni di salute delle donne, la competenza diagnostica e quella legale dell'affermazione dei diritti negati e lesi ⁽³⁾.

Tutto ciò è avvalorato dagli articoli 4 e 5 della "Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne" i quali affermano che gli Stati dovrebbero perseguire con tutti i mezzi appropriati e senz'indugio una politica di eliminazione della violenza contro le donne e, a questo fine, dovrebbero: [...] Esercitare la dovuta attenzione per prevenire, indagare e, conformemente alla legislazione nazionale, punire gli atti di violenza contro le donne, sia che tali atti siano perpetrati dallo stato che da persone private; [...] Considerare la possibilità di sviluppare piani nazionali per promuovere la protezione delle donne contro

ogni forma di violenza, o di includere disposizioni rivolte a questo scopo nei piani già esistenti [...]; lavorare per assicurare, nel massimo grado possibile alla luce delle risorse disponibili e, dove necessario, che le donne sottoposte a violenza abbiano una assistenza specializzata, come la riabilitazione, l'assistenza nella cura e nel mantenimento dei bambini, i trattamenti sanitari, la consulenza, i servizi sanitari e sociali, le agevolazioni e i programmi, così come le strutture di sostegno, e prendere ogni altra misura appropriata per promuovere la loro sicurezza e riabilitazione psicologica; [...] promuovere la ricerca, raccogliere dati e compilare statistiche, concernenti in particolar modo la violenza domestica, riguardanti l'incidenza delle diverse forme di violenza contro le donne e incoraggiare la ricerca sulle cause, la natura, la gravità e le conseguenze della violenza contro le donne e sull'efficacia delle misure adottate per prevenire e riparare alla violenza contro le donne; [...] incoraggiare lo sviluppo di adeguate linee guida per assistere nell'applicazione dei principi enunciati nella presente Dichiarazione;⁽⁴⁾. **(Allegato 1)**

Le nuove Linee guida proposte dall'OMS hanno come obiettivo principale quello di sostenere i diversi Paesi a ottimizzare l'approccio impiegato dal proprio sistema sanitario nell'affrontare casi di abusi⁽⁵⁾. La direttrice generale dell'OMS, M. Chan, afferma infatti che: “I dati mostrano che la violenza femminile è divenuto un problema di salute di enormi proporzioni. Abbiamo notato che i Servizi Sanitari Nazionali di diversi Paesi possono e devono fare di più per dare conforto a donne che subiscono atti di violenza fisica e abusi sessuali”.

E' importante pertanto che ogni unità operativa di Pronto Soccorso sia preparata ad affrontare questo crescente problema qualora si presentasse, per garantire così la miglior assistenza alla donna e prevenire eventuali altri episodi di violenza così come le conseguenze legate a questa.

1.2 DEFINIZIONE DI VIOLENZA

Mentre la dichiarazione dei diritti all'eguaglianza e il divieto di discriminazione sono parte essenziale del sistema dei diritti umani sin dal 1948, il tema della violenza contro le donne entra nel dibattito internazionale su questi temi solo in altri tempi e ancora oggi incontra resistenze e ostilità ⁽⁶⁾.

Uno dei documenti più importanti inerenti l'argomento è la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (adottata senza voto da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite con la risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993 Istanbul), culminata nella Conferenza di Vienna sui diritti umani. La Dichiarazione fornisce per la prima volta una definizione ampia della violenza contro le donne, così definita ⁽⁶⁾:

- Articolo I: l'espressione "violenza contro le donne" significa ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata.
- Articolo II: La violenza delle donne dovrà comprendere, ma non limitarsi, a quanto segue:
 - a) La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse percosse, l'abuso sessuale nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legata allo sfruttamento;

L'OMS, definisce la violenza come: "The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation." ovvero "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, privazioni" ⁽⁷⁾, distinguendo tra:

- Violenza sessuale: si riferisce alla costrizione al rapporto sessuale tramite minacce, sopraffazione o uso della forza fisica, rapporti sessuali subiti contro la volontà oltre alla costrizione ad avere rapporti sessuali con altri⁽⁸⁾.
- Violenza fisica: s'intendendo aggressioni che implicano l'uso della forza fisica. Questo tipo di violenza può include una vasta gamma di maltrattamenti che possono andare da un semplice spintone all'omicidio e che possono causare lesioni o gravi danni fisici⁽⁹⁾. Sono quindi inclusi: schiaffi, percosse, spintoni, calci, torsione di braccia, morsi, accoltellamento, strangolamento, soffocamento, bruciature e minacce con un oggetto o un arma⁽²⁾.
- Violenza psicologica: può includere vari tipi di condotte quali minacce di abbandono o di maltrattamenti, isolamento in casa, intimidazione di allontanamento dei figli, separazione dalla precedente rete familiare e/o amicale, offese ed insulti anche in pubblico, aggressione verbale e continue offese, privazioni anche economiche, sorveglianza ossessiva sui luoghi o sulle persone frequentate dalla donna⁽¹⁰⁾.

1.3 CONSEQUENZA DELLA VIOLENZA SECONDO L'OMS

Secondo 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, London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, la violenza fisica e sessuale è un problema sanitario che colpisce un terzo delle donne nel mondo. Questo rapporto, dal titolo “Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti”, 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.⁽¹¹⁾

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. ⁽¹¹⁾

1.4 DATI SULLA VIOLENZA

Lo studio sulla Sicurezza delle donne, condotta dall'Istat tra maggio e dicembre 2014 e finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità, ha permesso di aggiornare i dati concernenti il fenomeno della violenza contro le donne tenendo conto della componente celata non rilevabile attraverso le denunce o altre fonti di dati sulla violenza. ⁽¹²⁾

Il fenomeno della violenza sulle donne continua ad essere grave e diffuso, il rapporto mostra che il 31,5% delle 16-70enni (6 milioni 788 mila) ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale: il 20,2% (4 milioni 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% (1 milione 157 mila) le forme più gravi della violenza sessuale come lo stupro (652 mila) e il tentato stupro (746 mila). Le donne subiscono anche molte minacce (12,3%). Spesso sono spintonate o strattionate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%). Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%).

Sono meno frequenti invece le forme più gravi come il tentato strangolamento, l'ustione, il soffocamento e la minaccia o l'uso di armi. Tra le donne che hanno subito violenze sessuali, le più diffuse sono quelle fisiche (15,6%), i rapporti indesiderati vissuti come violenze (4,7%), gli stupri (3%) e i tentati stupri (3,5%).

Inoltre il rapporto indica che ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner il 13,6% delle donne (2 milioni 800 mila), in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner. Gli sconosciuti sono autori soprattutto di molestie sessuali (76,8% fra tutte le violenze commesse da sconosciuti). ⁽¹²⁾

1.4.1 La gravità delle violenze subite dalle donne nel corso della vita

Le violenze subite dalle donne sono spesso gravi o molto gravi, e infatti nel 37,8% dei casi la donna ha subito lesioni, mentre la violenza ha avuto un esito molto grave nel 44,7% dei casi, percentuale che raggiunge il 59,4% se si è subito uno stupro o un tentato stupro.

A seguito delle ripetute violenze dai partner (attuali o precedenti), più della metà delle vittime soffre di perdita di fiducia ed autostima (52,75%). Tra le conseguenze sono molto frequenti anche ansia, fobia ed attacchi di panico (46,8%), disperazione e sensazione di

impotenza (46,4%), disturbi del sonno e dell'alimentazione (46,3%), depressione (40,3%), nonché difficoltà a concentrarsi e perdita della memoria (24,9%), dolori ricorrenti nel corpo (21,8%), difficoltà nel gestire i figli (14,8%) e infine autolesionismo o idee di suicidio (12,1%).

Nonostante la gravità, risulta che il 23,5% delle donne non parla con alcuno della violenza subita dai partner precedenti, quota che aumenta al 39,9% nelle violenze da partner attuale. Se la donna decide di parlare della violenza subita lo fa prevalentemente con amici (35%), familiari (33,7%) o altri parenti (11,2%), ma anche con agenti delle forze dell'ordine, avvocati o magistrati (6,7%), colleghi o superiori (1,5%), medici o infermieri (1,4%), operatori del pronto soccorso (1,2%), assistenti sociali (1,1%). Oltre ciò il 3,7% si è rivolta a un centro antiviolenza o a un servizio per il supporto delle donne e il 12,3% ha denunciato la violenza alle forze dell'ordine. Tra le donne che hanno subito violenza, tuttavia, il 12,8% non sapeva dell'esistenza dei centri antiviolenza o dei servizi o sportelli di supporto per le vittime.

Nello specifico i dati ISTAT inerenti alla regione Veneto mostrano che nell'anno 2014, su una base di 100 donne con le stesse caratteristiche dai 16 ai 70 anni vittime di violenza negli ultimi 5 anni, in confronto alle altre regioni: hanno subito violenza fisica dal partner attuale il 2,7%, da un ex partner il 2,2% e da un non partner il 2,4%. Parlando di violenza sessuale i casi riscontrati, sono realizzati dal partner attuale nel 1,3% dei casi, da un ex partner nei 1,1% dei casi mentre da non partner nel 4,8% dei casi.

1.4.2 I dati nelle Unità Operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna

Per quanto riguarda invece le due unità operative prese in considerazione (Castelfranco Veneto e Montebelluna), si è ricavato che nell'anno 2014 nell'Unità Operativa di Castelfranco Veneto i casi di violenza dichiarata siano stati 52 (una media di 4,33 donne al mese) mentre in quella di Montebelluna i casi siano stati 58 (una media di 4,83 donne al mese). Nel primo semestre 2015 invece i casi registrati nell'unità di pronto soccorso di Castelfranco Veneto sono stati 26 (circa 4,66 casi al mese); nello stesso periodo a Montebelluna i casi sono stati 19 (circa 3,17 casi al mese).

CAPITOLO SECONDO

2.1 IL CODICE ROSA

2.1.1 Cos'è il codice rosa

Al fine di assicurare una completa assistenza alle vittime di violenza, nasce nel 2010 a Grosseto, attraverso un Protocollo d'intesa tra l'Azienda Usl 9 di Grosseto e la Procura della Repubblica di Grosseto: il Codice Rosa. Si tratta di un percorso di accoglienza dedicato a chi subisce violenza che inizia da un ambiente dedicato all'interno del pronto soccorso nel quale possono accedere tutti gli specialisti che dovranno assistere e visitare la paziente. Esso si basa sul lavoro di un'équipe inter-istituzionale formata da infermieri, ostetriche, medici, assistenti sociali e psicologi, magistrati ed agenti di polizia che collaborano al fine di tutelare le fasce deboli della popolazione più esposte ad eventi di abusi, tra i quali le donne. ⁽¹³⁾ Il Codice Rosa non subentra a quello di gravità, ma viene invece assegnato assieme a questo da personale addestrato a riconoscere anche quei segnali non sempre evidenti di una violenza subita e non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva di conseguenza un gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e dalle forze dell'ordine. Questo "team" ha il compito di fornire cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure d'indagine per identificare l'autore della violenza e se necessario attiva i servizi adibiti presenti sul territorio. Come già detto alla donna è inoltre dedicata la Stanza Rosa, un ambiente all'interno del Pronto Soccorso, dove vengono create le migliori condizioni per la sua accoglienza. (14). La Stanza Rosa, che non dovrebbe essere identificata come tale per motivi di discrezione, è un ambulatorio che permette una visita riservata per i controlli e le consulenze mediche nel quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della donna stessa, anche il personale di polizia giudiziaria incaricato alle attività di indagine. Nella Stanza sono presenti kit già predisposti per esami biologici, reperti fotografici, cartelle cliniche guidate e supporti informatici accessibili alle Forze dell'Ordine. Questo gruppo che prende parte del Percorso Rosa è in grado pertanto, attraverso procedure condivise (Asl, Forze dell'Ordine, Centri Antiviolenza), di fornire sostegno e cura, nel rispetto della vittima e con massima tutela della sua privacy. (1)

2.1.2 Gli 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;⁽¹⁵⁾ un silenzio dovuto spesso dalla paura di ritorsioni ma anche per la mancanza di consapevolezza di essere vittime.

Tra gli obiettivi del tale progetto vi è quello di connettere e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per poter fornire così una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso. I gruppi operativi interforze (Azienda USL, Procura della Repubblica, Forze dell'ordine) hanno il compito di contribuire al riconoscimento dei casi di lesioni scaturiti da maltrattamenti o da violenze commesse da terzi.⁽¹⁶⁾

L'obiettivo ultimo è quello di prevenire e contrastare il fenomeno della violenza, rintracciando e attribuendo pene adeguate a coloro che effettuano tali violenze.⁽¹⁷⁾

La formazione in questi casi risulta essenziale all'interno del gruppo operativo, in quanto permette di incrementare le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione.⁽¹⁴⁾

Il "Percorso Rosa" è quindi un protocollo d'intervento che mira ad assicurare la massima tutela dei soggetti vittime di violenza attraverso percorsi assistenziali protetti che ne garantiscano la privacy e l'incolumità fisica e psichica e a garantire la massima celerità di intervento nei confronti degli autori del reato. Il percorso rosa consiste in una serie d'interventi e azioni che si attivano al momento della segnalazione (codice rosa) di un caso con caratteristiche compatibili di violenza sessuale o domestica. L'intervento è condotto da personale specializzato in luoghi idonei, permettendo inoltre il tempestivo allertamento della rete di assistenza e sostegno necessario per la vittima.⁽⁷⁾

2.2 COSTI DELLA VIOLENZA

Si possono distinguere, come conseguenza della violenza, dei costi diretti e indiretti che gravano in modo decisivo sulla spesa pubblica, tenendo conto in ogni caso della difficoltà della loro quantificazione. Tra i costi diretti fanno parte le spese per l'assistenza medica e psicologica (pronto soccorso, ospedalizzazione, cure ambulatoriali e specialistiche, trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili), il costo dei servizi di polizia, il costo dell'accoglienza delle donne nei centri adibiti e la spesa per i servizi sociali (programmi di prevenzione, formazione del personale). Sono definiti costi indiretti della violenza quelli che hanno una conseguenza indiretta sul sistema socio-sanitario causata dall'incremento degli stati patologici, delle dipendenze, della mortalità.⁽¹⁸⁾

2.2.1 Piano Nazionale

Come descritto nel "*Piano Nazionale contro la Violenza di Genere e lo Stalking*" volto a sviluppare una strategia nazionale di prevenzione e contrasto alla violenza, protezione tutela, inserimento e reinserimento delle vittime) tra soggetti che ricoprono un ruolo fondamentale in caso di violenza emergono anche le strutture ospedaliere e l'unità di Pronto Soccorso, luoghi entro i quali le vittime della violenza accedono spesso per richiedere aiuto. Il Piano Nazionale descrive nel suo testo le azioni che le Regioni e le Autonomie Locali dovrebbero attuare:

- La programmazione di interventi a livello locale,
- La stretta collaborazione/integrazione tra Comuni, Ambiti territoriali e Distretti con i Centri Antiviolenza
- La promozione ed il sostegno della formazione degli operatori che sono impegnati nell'assistenza, nella cura, nella protezione e nel reinserimento delle vittime di violenza, tra i quali gli operatori del Pronto Soccorso.⁽¹⁹⁾

Tra gli obiettivi di tale piano nazionale è inoltre inclusa anche la formazione degli operatori che svolgono attività di prima accoglienza alle vittime, compresi quelli dei dipartimenti di emergenza e accettazione, infermieri, medici ed operatori del 118. La formazione dovrebbe assicurare un incremento della dimensione assistenziale, finalizzata a garantire a tutte le vittime un'assistenza immediata e trasversale che comprenda appropriate

cure mediche e psicologiche così come percorsi di sostegno calibrati sulle esigenze della persona.⁽¹⁹⁾

CAPITOLO TERZO

3.1 INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI RIGUARDO LA VIOLENZA DI GENERE

MATERIALI E METODI

Per valutare meglio la percezione degli infermieri è stata condotta un'indagine esplorativa sul tema della violenza di genere. È stato pertanto creato un questionario di 10 domande a risposta multipla, autocompilato e non validato, consegnato a tutti gli infermieri delle due unità operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna, nel mese di settembre, previa autorizzazione della Direzione Medica Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Urgenza ed Emergenza.

Sono stati ritirati 19 questionari a Castelfranco Veneto (su un totale di 31 infermieri) e 25 a Montebelluna (32 infermieri), per un totale di 44 successivamente analizzati.

RISULTATI

È stato rilevato che il 43% (a Castelfranco Veneto) e il 44% (a Montebelluna) ha assistito a più di 10 episodi di violenza contro le donne da quanto lavora nell'unità, inoltre il 100% degli infermieri di Castelfranco che hanno risposto al questionario e l'88% di Montebelluna, ha dichiarato di aver assistito almeno una volta una donna con il sospetto che essa avesse subito un qualsiasi tipo di violenza non dichiarata. Nonostante queste elevate percentuali il 43% e il 45% degli infermieri è riuscito a farsi raccontare ciò che era successo contro il 28,6% ed il 40,9% degli infermieri che ha tentato, ma senza risultati. Nell'assistenza alla donna è stato di conseguenza rilevato che, in totale, il 36% degli infermieri ha trovato difficoltà nel dare un qualsiasi supporto alla donna, il 28,2% ha trovato complicato parlare dell'accaduto e il 30,8% ha invece trovato difficile non giudicare la donna per le sue scelte (esempio lasciare il partner violento).

Queste difficoltà potrebbero risiedere nella mancanza di una procedura che possa garantire un certo supporto agli infermieri qualora avvengano queste situazioni, infatti, il 43% a Castelfranco e il 56% a Montebelluna ritiene necessaria la presenza di un supporto che possa essere d'aiuto in caso di violenza dichiarata o meno. Tutti gli infermieri ritengono il proprio ruolo in queste situazioni sia molto importante (61,5%), o abbastanza importante

(38,5%). Inoltre il 48,7% degli infermieri (64,3% a Castelfranco e 40% a Montebelluna) in vista della dimissione della donna, non è a conoscenza di eventuali strutture e/o figure che potrebbero aiutare la donna.

Spicca inoltre un forte interesse dei professionisti ad approfondire come siano trattate queste situazioni in altre unità operative con il 64,3% a Castelfranco V.to ed il 64% a Montebelluna, così come la totalità degli infermieri ha esternato la necessità di seguire incontri inerenti all'argomento e all'assistenza infermieristica in caso di violenza sulle donne.

DISCUSSIONE

Benché la somministrazione del questionario abbia mostrato limiti quali il numero esiguo di partecipanti e la mancanza di un confronto con altre realtà presenti nel territorio, l'indagine esplorativa effettuata dimostra come vi sia la necessità da parte degli infermieri di fruire di una procedura interna utile per guidare gli stessi nell'assistenza di una donna vittima di violenza in un contesto multiprofessionale. Nel momento in cui ci si trova di fronte ad una situazione di violenza, la maggior parte delle volte non è sufficiente fornire un'assistenza esclusivamente clinica, ma risulta essenziale garantire quel supporto emotivo e psicologico necessario a determinare una relazione di fiducia e di ascolto, indispensabile anche per sostenere la donna verso l'ammissione e lo sviluppo della propria situazione di vittima di abuso.⁽²⁰⁾

CONCLUSIONI

Il pronto soccorso è un luogo nel quale sembra difficile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere l'ambiente familiare delle persone che vi fanno accesso⁽²⁾ ed è proprio per questo motivo che risulta necessario disporre di un percorso definitivo che possa aiutare il personale sanitario a far fronte a tali situazioni per poter offrire un'assistenza adeguata alle vittime di violenza. **(Allegati 2 e 4)**

Inoltre risulta importante potenziare la capacità di risposta degli infermieri che possono essere considerati in una posizione privilegiata, dal momento che hanno l'opportunità di cogliere i bisogni psicologici e fisici delle donne che hanno subito violenza agevolando anche la presa di coscienza della situazione di maltrattamento; offrendo sostegno e informandole sulle possibilità presenti sul territorio.⁽²⁰⁾

3.2 PROCEDURA PER INFERMIERI

Nella maggior parte dei casi gli infermieri del Pronto Soccorso (così come altre figure professionali) quando hanno incontrato persone nella loro professione che hanno subito maltrattamenti fisici o psicologici, non sono stati in grado di riconoscerle.

Questo non per un disinteresse da parte loro, ma per la particolare complessità di identificare ciò che le stesse persone hanno deciso di celare, mascherando la violenza del partner dietro una più rassicurante dichiarazione di lesione accidentale. Come professionisti della salute pertanto non si assolve l'impegno di cura se ci si limita a curare le ferite attuali, senza prestare attenzione ad alcuni dettagli fisici o comportamentali. Se si desidera provare a capire ciò che si nasconde dietro ad alcuni atteggiamenti e/o ferite, è necessario quindi imparare ad ascoltare in modo diverso, prestare pertanto attenzione ad altro, soprattutto alle parole non dette, perché forse troppo pesanti da pronunciare. ⁽²⁾ Tutto questo dovrebbe avvenire in un ambiente sanitario che agevoli l'ascolto, mentre le Unità Operative di Pronto Soccorso sono caratterizzate da un ambiente caotico dove gli operatori sono formati per agire prontamente al fine di operare in situazioni di emergenza e di urgenza.

3.2.1 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.

Le problematiche dichiarate dalla paziente possono non essere di facile inquadramento, infatti, così come esistono vittime in grado di dichiarare la violenza subita (sia essa fisica che sessuale) potrebbero presentarsi donne che forniscono una storia non chiara circa i modi e i tempi dell'evento o ancora potrebbe non raccontare la corretta versione dell'accaduto, giustificando eventuali lesioni associandole a differenti cause. ⁽²¹⁾

L'accoglienza costituisce pertanto 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. (22)

La situazione diviene complicata per l'infermiere del triage qualora dovesse presentarsi una donna che non dichiara la violenza subita. 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 trova da soli con la donna, utilizzando le opportune domande; è importante dare tempo alla donna in modo che possa decidere quando parlare di ciò che le è successo.

L'accoglienza richiede quindi un approccio centrato sull'ascolto, sull'attenzione meticolosa dei problemi, ma anche su una raccolta organizzata ed ordinata dei dati quantificabili che riguardano l'evento ed il contesto in cui è succeduto per avere un quadro ben chiaro di ciò che è accaduto.⁽²²⁾

3.2.2 L'ASCOLTO

Come porsi con la donna vittima di violenza

Una volta sola, 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; e 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, ⁽²⁾ 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. ⁽²¹⁾

È necessario ricordare che 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. Nel processo di ascolto va sempre ricordato che non è tra i compiti dei sanitari accertare o meno la veridicità e l'attendibilità di ciò che la donna racconta. ⁽²¹⁾

Gestione della conversazione

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:

- a) 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. È utile 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;
- b) 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;
- d) Consentire i silenzi ed il pianto dandole il tempo di riprendersi.

Ascolto attivo: cosa fare e cosa non fare

Vi sono alcune indicazioni che possono aiutare l'operatore a gestire in modo appropriato la conversazione con la donna:

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; è necessario dare la giusta importanza alla comunicazione non verbale, pertanto 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.

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 è inopportuno fare pressione alla donna. 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. 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. ⁽²³⁾

3.2.3 ESAME FISICO

Raccolta delle informazioni

Documentare l'accaduto è importante perché può fornire un'assistenza integrata anche con altre figure professionali, oltre al fatto che potrebbe essere utilizzata dalla donna in caso decidesse di esporre l'evento alle Forze dell'Ordine.

Nella raccolta dei dati è necessario raccogliere le informazioni di carattere clinico (compito da eseguire in collaborazione con il medico); la necessità in tal caso di parlare della violenza con la donna è utile sia per guidare gli esami in modo tale che tutti gli infortuni e le lesioni possano essere trovati e trattati, ma anche per valutare il rischio di gravidanza o l'esposizione di malattie sessualmente trasmissibili in caso di violenza sessuale. Spiegare quindi alla donna che raccontare ciò che è accaduto potrà essere d'aiuto per garantirle le cure migliori, assicurandola che quello che dirà sarà confidenziale.

Può risultare utile incoraggiarla a rispondere ma senza essere eccessivamente insistenti, quindi: esporre le domande una alla volta, parlare in maniera semplice e chiara, evitando di riproporre domande già fatte, ma chiedere chiarimenti o dettagli se necessari a fini medici/clinici.

Nel caso vi sia sospetta violenza e la donna non è disposta a raccontare l'accaduto, è possibile inizialmente registrare segni e sintomi come si farebbe con qualunque altro paziente inclusa la descrizione delle ferite. Ciò potrebbe servire per annotare cause sospette delle ferite o altre condizioni utili in futuro nel caso in cui la donna dovrebbe ripresentarsi in unità operativa.

Infine nella compilazione della documentazione, per tutelare la privacy della donna, è importante stare attenti a ciò che si scrive e dove viene lasciato il documento per evitare che questo venga letto da altre persone, anche dalle stesse che potrebbero aver accompagnato la donna. Per una maggiore riservatezza sarebbe opportuno utilizzare un codice o un particolare simbolo per indicare un caso di abuso o sospetto abuso.⁽²³⁾

L'esame fisico in caso di violenza

Se la violenza fisica ha implicato una situazione di emergenza/urgenza, la donna andrà trattata come da protocollo per le lesioni subite, eseguendo una valutazione dell'ABCD e definendo a cosa la paziente possa essere stata esposta, al fine di stabilizzarla ed intraprendere il percorso clinico più idoneo.

In tutte le altre situazioni causate dalla violenza fisica è doveroso spiegare alla donna le fasi e le finalità degli accertamenti e come verrà svolto l'esame fisico, chiedendole il permesso per ogni singolo intervento, per poter ottenere così il consenso informato all'esame fisico. Il consenso in questi casi è richiesto per l'esecuzione di esami e trattamenti e, se necessario, per il rilascio d'informazioni a terzi come ad esempio alle Forze dell'Ordine.

Inoltre:

- Chiedere alla donna se gradisce la presenza di qualcuno di sua conoscenza durante l'esame;
- Se chi esegue l'esame fisico, è una persona di sesso maschile, chiedere alla donna se è d'accordo che sia lui ed effettuare l'esame, in caso contrario è opportuno che sia eseguito da una donna;
- Se la vittima accetta che la visita sia eseguita da un medico di sesso maschile, garantire comunque la presenza all'interno della stanza di una donna, spiegando che la presenza di un'altra persona nella stanza è utile per fornirle sostegno ed aiuto. È comunque opportuno mantenere al minimo il numero di persone all'interno del luogo.
- Chiarire che sarà esaminata e trattata solamente se lei lo desidera, spiegando anche che può rifiutare parte di alcuni esami e trattamenti o tutti. ⁽²³⁾

È comunque un evento sporadico che le pazienti rifiutino alcuni o tutti gli interventi proposti, ma l'occasione per le pazienti di negare il consenso ad alcune procedure mediche permette di ricomporre quei limiti e confini che la violenza ha annullato. ⁽²⁾

- Per ogni aspetto dell'esame, spiegare cosa sarà fatto, rispondere alle eventuali domande in modo semplice, chiaro e completo assicurandosi della completa comprensione.
- Una volta che vi è la certezza che lei abbia capito, si può procedere con l'esame ed il trattamento, in caso sia richiesto un consenso firmato, questo andrà fatto firmare alla donna.
- Se sussiste una situazione ove per legge vi è l'obbligo di contattare le autorità, parlare con la donna della segnalazione che verrà fatta e quali prove siano necessarie da raccogliere. ⁽²³⁾

Esecuzione dell'esame testa-piedi

Per quanto riguarda il percorso clinico-assistenziale della vittima di violenza, fatta eccezione per quei casi in cui le lesioni traumatiche fisiche sono tali da rappresentare un potenziale pericolo per la vita della paziente oppure hanno comunque una priorità di trattamento specialistico chirurgico e/o ortopedico (come ad esempio vaste ferite/emorragie, fratture esposte, vaste lesioni del volto, ecc.), ⁽²¹⁾ il compito dell'infermiere sarà quello di assistere ed aiutare il medico all'interno dell'ambulatorio adibito, per effettuare un più accurato esame fisico e ricercare varie lesioni, in modo da determinare quali cure mediche siano necessarie oltre che, nei casi stabiliti, compilare

l'eventuale documentazione legale. ⁽²³⁾

Ovviamente si auspica che la donna non venga trasferita presso altri reparti ospedalieri per consulenze specialistiche onde evitare ulteriori movimenti e traumi psicologici, vista la fragilità emotiva della donna, è bene che essa rimanga all'interno dell'ambulatorio predisposto. ⁽²¹⁾

Prima di iniziare con l'esame fisico osservare la donna ed il suo stato d'animo, rassicurarla e ricordarle che può fermare l'esame in ogni momento o rifiutare parte dell'esame.

Esempio di check-list dell'esame fisico:

Misurare: frequenza cardiaca, pressione, frequenza respiratoria e temperatura.

Esaminare: l'aspetto generale; mani, polsi, avambracci, ascelle, superficie interna delle braccia; viso e cavo orale; orecchie esterne ed interne; testa; collo; petto e seni; addome; glutei, cosce, interno cosce; gambe e piedi.

Osservare e registrare: sanguinamenti attivi, lividi, rossori/gonfiori tagli o abrasioni, capelli strappati o denti mancanti, morsi, ferite inferte con un'arma, evidenti lesioni intraddominali, fratture, ... ⁽²³⁾

Dettagli legali

Nonostante possano esserci casi in cui la donna manifesta il volere di non denunciare l'accaduto alle autorità, risulta necessario chiarire gli obblighi che hanno gli operatori della salute di fronte alcune gravi situazioni, chiarendo che il tutto è fondamentale per la sua tutela e salvaguardia.

La procedibilità del reato secondo la legge italiana si divide in: reati procedibili a querela di parte (reati, in genere lievi, che una volta commessi portano all'attivazione di un procedimento penale esclusivamente se la parte offesa fa querela) e reati procedibili d'ufficio (reati più gravi per i quali l'avvio del procedimento penale è automatico e non necessità pertanto la querela della parte offesa).

Quindi se a fine dell'esame fisico la donna presenta lesioni classificate come:

- Lesioni dolose lievissime (prognosi da 0 a 20 giorni) vi è procedibilità a querela di parte,
- Lesioni dolose lievi (21-40 giorni di prognosi), gravi (superiore a 40 giorni di prognosi) e gravissime (che comportano quindi lesioni permanenti come ad esempio la perdita di un arto o di un senso) vi è invece procedibilità d'ufficio,

- Lesioni personali colpose sono procedibili per querela di parte se classificate come semplici (fino ai 40 giorni di prognosi), se invece classificate come aggravate (gravi e gravissime) e quindi superano i 40 giorni di prognosi e se sussiste una certa gravità delle lesioni, sono procedibili d'ufficio.

Esistono tuttavia alcuni casi che possono modificare la procedibilità per lesioni personali da perseguibili a querela di parte a perseguibili d'ufficio. (**Allegato 3**)

Se la donna in questione non dovesse decidere di sporgere denuncia contro il suo aggressore (ad esempio per paura o vergogna), sarebbe opportuno cercare di capire il perché di tale decisione anche con l'aiuto di altre figure professionali (ad esempio psicologi) ed informarla che, se anche al momento non decidesse di intraprendere questa strada, secondo la legge italiana avrà comunque 6 mesi di tempo per avviare una querela. Tempo nella quale, anche con il supporto di servizi extra ospedalieri, potrà decidere quale sia la cosa giusta da fare.

3.2.4 SICUREZZA E PERCORSI EXTRAOSPEDALIERI

Supporto alla donna e valutazione della sicurezza

La valutazione e la pianificazione di un piano di sicurezza è uno dei processi che rientra anche tra i compiti assistenziali dell'infermiere del pronto soccorso che ha in carico la donna vittima di violenza. Infatti, come citato in alcuni articoli del "codice deontologico" dell'infermiere, esso ha il compito di ascoltare, informare, coinvolgere l'assistito e valutare "con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo quindi nell'esprimere le proprie scelte" (art. 20); inoltre si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai propri bisogni di vita riconoscendo il valore dell'informazione e della collaborazione integrata con altri professionisti (art. 23). L'infermiere oltre a ciò "aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici".(art. 24) L'infermiere infine "garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi". (art. 27). (24)Per questi motivi, nel momento in cui ci adopera per la dimissione della donna è necessario creare con lei un "piano di sicurezza" al fine di informarla delle possibilità che esistono al di fuori del pronto soccorso che possono esserle d'aiuto e prevenire ulteriori episodi di violenza.

Come valutare il grado di rischio per la donna di ritornare a casa:

Esistono alcune domande che l'infermiere può porre alla donna, per valutare quanto sia sicuro il ritorno a casa, ad esempio:

- Negli ultimi 6 mesi, si sono verificati altri episodi di violenza?
- Il tuo partner è violento e costantemente geloso nei tuoi confronti?
- Ha mai usato un'arma contro te o minacciata con un arma?
- Ti ha mai minacciata di morte?
- Ti ha mai picchiato quand'eri incinta?
- Credi che potrebbe ucciderti?

Se la donna dovesse rispondere positivamente a più domande è necessario valutare quanto sia sicuro il suo ritorno a casa, potendo contare su percorsi dedicati dal ricovero a sistemazioni abitative emergenziali, piuttosto che persone di fiducia. La maggior parte delle donne sono consapevoli della gravità della situazione che stanno vivendo e questo può creare in loro sentimenti di paura e angoscia nel momento in cui dovrebbe ritornare a casa, così come preoccupazione per la loro salute e la loro sopravvivenza; altre donne necessitano invece di comprendere appieno la loro situazione e realizzare che stanno vivendo in un'ambiente che potrebbero metterle in grave pericolo. In questi casi è importante spiegare alla donna che spesso la violenza non si ferma da sola, tende invece a recidivare ed essere sempre più presente col trascorrere del tempo. ⁽²³⁾

Come fornire le informazioni necessarie alla donna

L'infermiere del PS deve conoscere quali siano i servizi presenti nel territorio che possano garantire alla donna una continuità assistenziale ed un supporto dopo la dimissione. Sebbene sia difficile stabilire un modello unico di intervento per tutte le donne che si presentano in pronto soccorso, in quanto ogni caso e ogni situazione ha necessità e un'evoluzione non prevedibile anticipatamente ⁽¹¹⁾, risulta indispensabile discutere con la donna circa i suoi bisogni cercando quali supporti o risorse siano presenti nella comunità e di quali lei possa aver occorrenza. Questi possono essere: centri antiviolenza, consultori, gruppi di supporto, supporto psicologico, supporto legale, Forze dell'Ordine, assistenza sociale, ecc.

I bisogni di una donna che ha subito violenza nella maggior parte dei casi vanno ben oltre

alla semplice clinica e/o cure mediche perciò è importante informare la donna dell'esistenza delle varie risorse/servizi per la salute, la sicurezza ed il supporto sociale e legale presenti nel territorio. In primo luogo è importante comprendere se ci siano difficoltà di fondo che possano impedire l'aggancio con la rete territoriale, quali un partner oppressivo e la mancanza di una rete di supporto intrafamiliare. Se per qualche ragione la donna dovesse esprimere problematiche a seguire le informazioni suggerite sarebbe dunque opportuno cercare delle soluzioni alternative.⁽²³⁾

Per rendere più agevole l'accesso ai servizi è opportuno predisporre un modello prestampato che contenga tutti i numeri e gli indirizzi utili.

E' giusto ricordare che spesso, in base alla situazione e alla volontà della donna, non è possibile far fronte nell'immediato a tutte le preoccupazioni e le necessità della donna, ma è importante farle sapere le strutture dedicate sono a disposizione anche in momenti ed orari diversi. Non ci si può aspettare che la donna possa prendere decisioni immediatamente dopo l'accaduto, a causa della ridotta capacità decisionale dato dallo stato emozionale e psicologico.⁽²³⁾ E' opportuno mantenere un approccio non giudicante nei confronti dell'assistito.

CONCLUSIONI

La consapevolezza della gravità della violenza di genere fu messa in evidenza in maggior misura nel 1993 grazie alla “*Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*”, redatta dalle Nazioni Unite, e nel 1996 quando L’OMS dichiarò che la violenza in generale, ma in particolare quella commessa contro le donne, è un problema di salute in quanto comporta gravi conseguenze fisiche e psicologiche e vi è quindi una responsabilità delle istituzioni a prevenire, provvedere ed eliminare questo genere di violenza. La violenza di genere è dunque un problema di interesse globale ed in quanto tale vi sono molteplici indicazioni dedicate alla ricerca di soluzioni, sia sul piano politico ed istituzionale, sia sul piano dell’informazione e della prevenzione così come sul piano sanitario, sociale e dell’assistenza.

Come dimostrano i dati le donne ricorrono spesso ai servizi sanitari a causa degli esiti delle lesioni, nonostante gran parte della violenza rimanga spesso non dichiarata. Da ciò può conseguire una difficoltà per gli operatori sanitari nel riconoscere l’episodio d’abuso nascosto dietro le lesioni sintomatiche da trattare.

All’interno di un team multi-professionale appare dunque importante il ruolo dell’infermiere, incrementandone le conoscenze al fine di erogare non solo un’assistenza clinica e diagnostica, ma anche agevolando ed accompagnando la donna nella presa di consapevolezza della situazione di violenza.

Per questo motivo è nata l’idea di realizzare una procedura per le unità di Pronto Soccorso di Castelfranco Veneto e Montebelluna al fine di garantire alle utenti vittime di violenza un percorso intraospedaliero dedicato, nonché la possibilità di un contatto diretto con i servizi territoriali.

BIBLIOGRAFIA

1. D'Oro S, Rivitti G. Riflessioni sul tema dello Stalking e della Violenza sulle Donne. 2014 Dicembre 1.
http://www.mise.gov.it/images/stories/documenti/relazione_seminario_1_dicembre.pdf.
2. SVS. Linee Guida; assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. 2006 Novembre 16..
3. P.A.R.E.S.. Linee Guida per l'accoglienza e l'assistenza alle vittime di maltrattamenti, violenza domestica, violenza sessuale, stalking e abuso. 2013 Novembre. Protezione Antiviolenza e Rilevazione in Emergenza Sanitaria.
4. Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne. 1993 Dicembre 20..
5. World Health Organization. Global status report on violence prevention. Geneva; 2014.
6. AIDOS. Violenza contro le donne. [Online]. [cited 2015 Luglio. Available from:
http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/violenza_contro_le_donne/home_violenza.html.
7. WHO. Global Consultation on Violence and Health. 1996..
8. Dimensione Salute Studio Afis. Assistenza sanitaria, psico-sociale nelle situazioni di violenza sulle donne. [Online].; 2013 [cited 2015 Luglio. Available from:
<http://www.studioafis.it/assistenza-sanitaria-psico-sociale-nelle-situazioni-di-violenza-sulle-donne/>.
9. Bianchi M. La Violenza fisica sulla donna. [Online]. [cited 2015 Agosto. Available from:
<http://www.psicologiadonna.altervista.org/violenzafisica.html>.
- 10 United Nations Children's Fund. La violenza domestica contro le donne e le bambine. [Online].; .
Giugno 2000 [cited 2015 Settembre. Available from: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6i.pdf>.
- 11 WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women, Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO; 2013.
- 12 ISTAT e Dipartimento per le Pari Opportunità. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. ISTAT; 2014.
- 13 IPASVI. In Toscana un "codice rosa" riservato alle vittime di abusi. [Online].; 2012 [cited 2015 Luglio. Available from: www.ipasvi.it/attualita/in-toscana-un-codice-rosa-riservato-alle-

vittime-di-abusi-id508.htm.

- 14 Regione Toscana. Codice Rosa, Un percorso speciale per chi subisce violenza. [Online].; 2015
. [cited 2015 luglio. Available from: <http://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>.
- 15 Doretti V, Zuccherelli D. La nascita del Codice Rosa. [Online]. [cited 2015 Giugno. Available
. from: http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/199_200/09-doretti.pdf.
- 16 Azienda USL 3 pistoia. Gli obiettivi del Codice Rosa. [Online].; 2014 [cited 2015 Luglio.
. Available from: <http://www.usl3.toscana.it/Sezione.jsp?idSezione=5032>.
- 17 Dente P. Triage: Codice Rosa, una Task Force per le vittime di violenze. [Online].; 2013 [cited
. 2015 Giugno. Available from: <http://www.nurse24.it/il-codice-rosa/>.
- 18 Giunta della Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne
. vittime di violenza di genere. [Online].; Novembre 2013 [cited 2015 Settembre. Available from:
http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr_1677_2013_bambini.pdf.
- 19 Presidenza del Consiglio dei Ministri; Ministro delle Pari Opportunità. Piano Nazionale Contro
. la Violenza di Genere e Lo Stalking. 2010 Novembre 11..
- 20 M. Greco M. Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza,
. educazione, organizzazione, ricerca. [Online].; 2013 [cited 2015. Available from:
<http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17-articolo-209.htm>.
- 21 Regione Lazio. Raccomandazioni, Percorso clinico-assistenziale in emergenza della vittima di
. violenza. [Online]. [cited 2015 Luglio. Available from:
http://www.asplazio.it/asp_online/progetti/vittime_violenza/file/raccomandazioni.pdf.
- 22 Procedura unica inter-aziendale Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta.
[Online].; Dicembre 2013 [cited 2015 Agosto. Available from:
<http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/violenzadigenere/Manualeoperatorisanitariviolenzagenere.pdf>.
- 23 WHO UWU. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence.
. 2014..
- 24 Il Codice deontologico dell'Infermiere. 2009. Articoli 20;23;24;27.
.

ALLEGATI

ALLEGATO 1. “Dichiarazione sull’eliminazione della violenza contro le donne”

**UNITED
NATIONS**

A



General Assembly

Disty.
GENERAL
A/RES/48/104
23 February 1994

Forty-eighth session Agenda item 111

RESOLUTION ADOPTED BY THE GENERAL ASSEMBLY
[on the report of the Third Committee (A/48/629)]
48/104.

**DECLARATION ON THE ELIMINATION
OF VIOLENCE AGAINST WOMEN**

The General Assembly,

Recognizing the urgent need for the universal application to women of the rights and principles with regard to equality, security, liberty, integrity and dignity of all human beings,

Noting that those rights and principles are enshrined in international instruments, including the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women and the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment,

Recognizing that effective implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women would contribute to the elimination of violence against women and that the Declaration on the Elimination of Violence against Women, set forth in the present resolution, will strengthen and complement that process,

Concerned that violence against women is an obstacle to the achievement of equality, development and peace, as recognized in the Nairobi Forward-looking Strategies for the Advancement of Women, in which a set of measures to combat violence against women was recommended, and to the full implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women,

Affirming that violence against women constitutes a violation of the rights and fundamental freedoms of women and impairs or nullifies their enjoyment of those rights and freedoms, and concerned about the long-standing failure to protect and promote those rights and freedoms in the case of violence against women,

Recognizing that violence against women is a manifestation of historically unequal power relations between men and women, which have led to domination over and discrimination against women by men and to the prevention of the full advancement of women, and that violence against women is one of the crucial social mechanisms by which women are forced into a subordinate position compared with men,

Concerned that some groups of women, such as women belonging to minority groups, indigenous women, refugee women, migrant women, women living in rural or remote communities, destitute women, women in institutions or in detention, female children, women with disabilities, elderly women and women in situations of armed conflict, are especially vulnerable to violence,

Recalling the conclusion in paragraph 23 of the annex to Economic and Social Council resolution 1990/15 of 24 May 1990 that the recognition that violence against women in the family and society was pervasive and cut across lines of income, class and culture had to be matched by urgent and effective steps to eliminate its incidence,

Recalling also Economic and Social Council resolution 1991/18 of 30 May 1991, in which the Council recommended the development of a framework for an international instrument that would address explicitly the issue of violence against women,

Welcoming the role that women's movements are playing in drawing increasing attention to the nature, severity and magnitude of the problem of violence against women,

Alarmed that opportunities for women to achieve legal, social, political and economic equality in society are limited, inter alia, by continuing and endemic violence,

Convinced that in the light of the above there is a need for a clear and comprehensive definition of violence against women, a clear statement of the rights to be applied to ensure the elimination of violence against women in all its forms, a commitment by States in respect of their responsibilities,

and a commitment by the international community at large to the elimination of violence against women,

Solemnly proclaims the following Declaration on the Elimination of Violence against Women and urges that every effort be made so that it becomes generally known and respected:

Article 1

For the purposes of this Declaration, the term "violence against women" means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.

Article 2

Violence against women shall be understood to encompass, but not be limited to, the following:

(a) Physical, sexual and psychological violence occurring in the family, including battering, sexual abuse of female children in the household, dowry-related violence, marital rape, female genital mutilation and other traditional practices harmful to women, non-spousal violence and violence related to exploitation;

(b) Physical, sexual and psychological violence occurring within the general community, including rape, sexual abuse, sexual harassment and intimidation at work, in educational institutions and elsewhere, trafficking in women and forced prostitution;

(c) Physical, sexual and psychological violence perpetrated or condoned by the State, wherever it occurs.

Article 3

Women are entitled to the equal enjoyment and protection of all human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field. These rights include, inter alia:

(a) The right to life;

(b) The right to equality

(c) The right to liberty and security of person

(d) The right to equal protection under the law;

(e) The right to be free from all forms of discrimination;

(f) The right to the highest standard attainable of physical and mental health

- (g) The right to just and favourable conditions of work;
- (h) The right not to be subjected to torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Article 4

States should condemn violence against women and should not invoke any custom, tradition or religious consideration to avoid their obligations with respect to its elimination. States should pursue by all appropriate means and without delay a policy of eliminating violence against women and, to this end, should:

(a) Consider, where they have not yet done so, ratifying or acceding to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women or withdrawing reservations to that Convention;

(b) Refrain from engaging in violence against women;

(c) Exercise due diligence to prevent, investigate and, in accordance with national legislation, punish acts of violence against women, whether those acts are perpetrated by the State or by private persons;

(d) Develop penal, civil, labour and administrative sanctions in domestic legislation to punish and redress the wrongs caused to women who are subjected to violence; women who are subjected to violence should be provided with access to the mechanisms of justice and, as provided for by national legislation, to just and effective remedies for the harm that they have suffered; States should also inform women of their rights in seeking redress through such mechanisms;

(e) Consider the possibility of developing national plans of action to promote the protection of women against any form of violence, or to include provisions for that purpose in plans already existing, taking into account, as appropriate, such cooperation as can be provided by non-governmental organizations, particularly those concerned with the issue of violence against women;

(f) Develop, in a comprehensive way, preventive approaches and all those measures of a legal, political, administrative and cultural nature that promote the protection of women against any form of violence, and ensure that the revictimization of women does not occur because of laws insensitive to gender considerations, enforcement practices or other interventions;

(g) Work to ensure, to the maximum extent feasible in the light of their available resources and, where needed, within the framework of international cooperation, that women subjected to violence and, where appropriate, their children have specialized assistance, such as rehabilitation, assistance in child care and maintenance, treatment, counselling, and health and social services, facilities and programmes, as well as support structures, and should take all other appropriate measures to promote their safety and physical and psychological rehabilitation;

(h) Include in government budgets adequate resources for their activities related to the elimination of violence against women;

(i) Take measures to ensure that law enforcement officers and public officials responsible for implementing policies to prevent, investigate and punish violence against women receive training to sensitize them to the needs of women;

(j) Adopt all appropriate measures, especially in the field of education, to modify the social and cultural patterns of conduct of men and women and to eliminate prejudices, customary practices and all other practices based on the idea of the inferiority or superiority of either of the sexes and on stereotyped roles for men and women;

(k) Promote research, collect data and compile statistics, especially concerning domestic violence, relating to the prevalence of different forms of violence against women and encourage research on the causes, nature, seriousness and consequences of violence against women and on the effectiveness of measures implemented to prevent and redress violence against women; those statistics and findings of the research will be made public;

(l) Adopt measures directed towards the elimination of violence against women who are especially vulnerable to violence;

(m) Include, in submitting reports as required under relevant human rights instruments of the United Nations, information pertaining to violence against women and measures taken to implement the present Declaration;

(n) Encourage the development of appropriate guidelines to assist in the implementation of the principles set forth in the present Declaration;

(o) Recognize the important role of the women's movement and nongovernmental organizations world wide in raising awareness and alleviating the problem of violence against women;

(p) Facilitate and enhance the work of the women's movement and non governmental organizations and cooperate with them at local, national and regional levels;

(q) Encourage intergovernmental regional organizations of which they are members to include the elimination of violence against women in their programmes, as appropriate.

Article 5

The organs and specialized agencies of the United Nations system should, within their respective fields of competence, contribute to the recognition and realization of the rights and the principles set forth in the present Declaration and, to this end, should, inter alia:

(a) Foster international and regional cooperation with a view to defining regional strategies for combating violence, exchanging experiences and financing programmes relating to the elimination of violence against women;

(b) Promote meetings and seminars with the aim of creating and raising awareness among all persons of the issue of the elimination of violence against women;

(c) Foster coordination and exchange within the United Nations system between human rights treaty bodies to address the issue of violence against women effectively;

(d) Include in analyses prepared by organizations and bodies of the United Nations system of social trends and problems, such as the periodic reports on the world social situation, examination of trends in violence against women;

(e) Encourage coordination between organizations and bodies of the United Nations system to incorporate the issue of violence against women into ongoing programmes, especially with reference to groups of women particularly vulnerable to violence;

(f) Promote the formulation of guidelines or manuals relating to violence against women, taking into account the measures referred to in the present Declaration;

(g) Consider the issue of the elimination of violence against women, as appropriate, in fulfilling their mandates with respect to the implementation of human rights instruments;

(h) Cooperate with non-governmental organizations in addressing the issue of violence against women

Article 6

Nothing in the present Declaration shall affect any provision that is more conducive to the elimination of violence against women that may be contained in the legislation of a State or in any international convention, treaty or other instrument in force in a State.

ALLEGATO 2. “Questionario sulla percezione della violenza di genere e risultati”

Percezione sul tema della “Violenza di Genere” degli Infermieri del PS dell’ULSS 8 (Castelfranco V.to e Montebelluna)

Sono SabrineCaon, una studentessa del 3° anno del corso di laurea in infermieristica. Vi chiedo cortesemente di compilare il questionario sottostante per partecipare alla raccolta dati per la mia tesi di laurea, al fine di poter esplorare la percezione dell’Infermiere sul tema specifico della “Violenza di genere”.Vi ringrazio anticipatamente per la vostra partecipazione.

1. Quante volte, da quando lavora in PS, le è capitato di assistere una donna che abbia subito violenza? (fisica, sessuale,...)

- Nessuna
- 1-5 volte
- 5-10 volte
- Più di 10

2. Le è mai capitato di assistere una donna ed avere il sospetto che questa avesse subito violenza?

- Sì No

3. Se sì, ha cercato di farsi raccontare l’accaduto dalla donna?

- Sì, ma senza risultati
- No, non sapevo come chiederglielo
- No, non era nel mio interesse parlare di una cosa di cui lei non voleva
- Sì, sono riuscito a farmi raccontare cos’era accaduto realmente

4. Pensa sia importante il ruolo dell’infermiere nell’assistere una donna che abbia subito solo violenza psicologica?

- Sì
- Sì, anche se non so come dovrei comportarmi
- No, per quanto non dovrebbe essere sminuita, può portare via molto tempo
- No, non rientra nei mie compiti

5. Quanto ritiene importante il suo contributo in queste situazioni:

- Molto importante
- Abbastanza importante
- Poco importante
- Per nulla importante (specificare il perché)

6. Cosa ha trovato più difficile nell'assistere una donna che ha subito violenza?

- Parlare dell'accaduto
- Darle un qualsiasi tipo di conforto
- Non giudicarla per le sue scelte (es. non lasciare il partner violento)
- Altro _____

7. Crede che sarebbe necessario avere una procedura che possa esserle d'aiuto nel caso di violenza dichiarata o meno?

- Sì, penso sia necessario
- Sì, anche se dipende dalla situazione (stato psicologico della donna, tipologia di violenza, tempistiche,...)
- No, credo che sia una cosa soggettiva il come rapportarsi/assistere una donna
- No, non è di mio interesse
- No, dovrebbero essere altre figure/istituzioni ad occuparsi di questi avvenimenti

8. Se dovesse assistere una donna che ha subito violenza, all'atto della dimissione saprebbe cosa consigliarle?

- No, non sono a conoscenza di strutture/figure professionali che potrebbero aiutarla
- No, mi sentirei a disagio affrontare questi discorsi con lei
- No, una volta svolto il mio lavoro in UO, penso che la donna sia libera di fare le sue scelte
- Sì, conosco luoghi e persone che potrebbero aiutarla
- Sì, ma solo se la violenza che ha subito è stata dichiarata

9. Quanto pensa sia importante seguire degli incontri inerenti all'argomento e all'assistenza infermieristica in caso di violenza? (corsi di formazione, debriefing, formazione sul campo,...)

- Molto importante
- Poco importante
- Non è necessario perché dipende dalla situazione
- Non è necessario perché so già cosa fare in quelle situazioni

10. Conosce o si è informato sull'operato di altre Unità Operative o di altri ospedali in caso di violenza di genere?

- No, non è di mio interesse
- Sì, e mi piacerebbe che anche nella nostra Unità si operasse in quel modo
- Sì, ma credo che il lavoro svolto nella nostra Unità sia sufficiente
- No, non ne ho mai sentito parlare ma mi piacerebbe approfondire l'argomento

ETÀ: 25-30 31-40 41-50 >50

SESSO: Maschio Femmina

Anni di lavoro nell'UO di Pronto Soccorso: 1-5 5-10 >10

Quante volte, da quando lavora in PS, le è capitato di assistere una donna che abbia subito violenza? (fisica, sessuale,...)		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Nessuna	0%	8%
1-5 volte	28.6%	28%
5-10 volte	28.6%	20%
Più di 10	42.9%	44%

Le è mai capitato di assistere una donna ed avere il sospetto che questa avesse subito violenza?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Si	100%	88%
No	0%	12%

Se sì, ha cercato di farsi raccontare l'accaduto dalla donna?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Sì, ma senza risultati	28.6%	40.9%
No, non sapevo come chiederglielo	7.15%	9.1%
No, non era nel mio interesse parlare di una cosa di cui lei non voleva	7.15%	4.5%
Sì, sono riuscito a farmi raccontare cos'era accaduto realmente	42.9%	45.4%

Pensa sia importante il ruolo dell'infermiere nell'assistere una donna che abbia subito solo violenza psicologica?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Sì	64.3%	68%
Sì, anche se non so come dovrei comportarmi	35.7%	28%
No, per quanto non dovrebbe essere sminuita, può portare via molto tempo	0%	4%
No, non rientra nei mie compiti	0%	0%

Quanto ritiene importante il suo contributo in queste situazioni?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Molto importante	64.3%	60%
Abbastanza importante	35.7%	40%
Poco importante	0%	0%
Per nulla importante	0%	0%

Cosa ha trovato più difficile nell'assistere una donna che ha subito violenza?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Parlare dell'accaduto	14.3%	36%
Darle un qualsiasi tipo di conforto	42.9%	32%
Non giudicarla per le sue scelte	28.6%	32%
Altro	7.15%	4%

Crede che sarebbe necessario avere una procedura che possa esserle d'aiuto nel caso di violenza dichiarata o meno?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Sì, penso sia necessario	42.9%	56%
Sì, anche se dipende dalla situazione (stato psicologico della donna, tipologia di violenza, tempistiche,...)	42.9%	44%
No, credo che sia una cosa soggettiva il come rapportarsi/assistere una donna	7.15%	0%
No, non è di mio interesse	0%	0%

Se dovesse assistere una donna che ha subito violenza, all'atto della dimissione saprebbe cosa consigliarle?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
No, non sono a conoscenza di strutture/figure professionali che potrebbero aiutarla	64.3%	40%
No, mi sentirei a disagio affrontare questi discorsi con lei	0%	4%
No, una volta svolto il mio lavoro in UO, penso che la donna sia libera di fare le sue scelte	0%	4%
Sì, conosco luoghi e persone che potrebbero aiutarla	0%	44%
Sì, ma solo se la violenza che ha subito è stata dichiarata	28.6%	2%

Quanto pensa sia importante seguire degli incontri inerenti all'argomento e all'assistenza infermieristica in caso di violenza? (corsi di formazione, debriefing, formazione sul campo,...)		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
Molto importante	100%	100%
Poco importante	0%	0%
Non è necessario perché dipende dalla situazione	0%	0%
Non è necessario perché so già cosa fare in quelle situazioni	0%	0%

Conosce o si è informato sull'operato di altre Unità Operative o di altri ospedali in caso di violenza di genere?		
Risposte	Castelfranco V.to	Montebelluna
No, non è di mio interesse	7.15%	4%
Sì, e mi piacerebbe che anche nella nostra Unità si operasse in quel modo	21.4%	28%
Sì, ma credo che il lavoro svolto nella nostra Unità sia sufficiente	0%	4%
No, non ne ho mai sentito parlare ma mi piacerebbe approfondire l'argomento	64.3%	64%

ULTERIORI DATI								
ETA'	Castel.	Mont.	SESSO	Castel.	Mont.	ANNI DI LAVORO	Castel.	Mont.
25-30	7.15%	8%	MASCHIO	35.7%	32%	1-5	14.3%	20%
31-40	14.3%	24%	FEMMINA	50%	64%	5-10	14.3%	16%
41-50	64.3%	52%				>10	57.2%	64%
>50	0%	16%						

ALLEGATO 3. “Procedibilità Reati”

DEFINIZIONI:

Violenza privata: “Chiunque, con violenza o minaccia, costringe a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni ” (art. 610)

Percosse: “Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della persona offesa [...]” (art 581)

Lesione personale: “Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 583 e 585, il delitto è punibile a querela della persona offesa.” (art. 582)

Art. 583

La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.
- 3) se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto.

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

- 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- 2) la perdita di un senso;
- 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso
- 5) l'aborto della persona offesa.

Sono sempre perseguibili d'ufficio se:

- lesione personale lieve: se la malattia dura da 21 a 40 giorni
- lesione personale grave: se dal fatto deriva una malattia o una incapacità per un tempo superiore ai 40 giorni oppure vi è stato pericolo di vita per la persona offesa oppure si è prodotto un indebolimento permanente di un senso o di un organo,
- lesione personale gravissima: se dal fatto deriva: 1. una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2. La perdita di un senso; 3. La perdita dell'uso di un organo o la perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto irreversibile oppure la perdita della capacità di procreare oppure

una permanente grave difficoltà della favella oppure la deformazione o lo sfregio permanente del viso.

Nello specifico:

Sono perseguibili a querela: le lesioni personali lievissime (malattia con prognosi non superiore ai 20 giorni); diventano perseguibili d'ufficio se sono commesse con armi o con sostanze corrosive da persona travisata o da più persone (art. 585); se il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente, avendo agito per motivi abietti o futili o avendo adoperato sevizie o agito con crudeltà verso le persone o quando è adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso ovvero quando vi è premeditazione (art. 585, 576, 61 n. 1 e 4 cp); se il fatto è commesso contro un ufficiale o agente di polizia giudiziaria, ovvero un ufficiale o agente di pubblica sicurezza, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio (art. 585, 576 cp).

Inoltre sono sempre perseguibili d'ufficio:

- maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 cp)
- abbandono di persona minore o incapace (art. 591 cp)
- omissione di soccorso (art. 593 cp)
- sequestro di persona (art. 605 cp)
- violenza privata (art. 610 cp)
- stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 cp)
- estorsione (art. 629 cp)

ALLEGATO 4. “Procedura Infermieristica”

**Proposta di Procedura Infermieristica nell’Unità Operativa di Pronto Soccorso per l’assistenza alle vittime di
Violenza di Genere**

INDICE

DEFINIZIONE DI VIOLENZA	1
TIPOLOGIE DI VIOLENZA	1
OBIETTIVI DELLA PROCEDURA:	1
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI:	1
FLOW CHART.....	2
1. ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE in TRIAGE	3
2. ASCOLTO E RACCOLTA DATI.....	4
3. CONSENSO INFORMATO	5
4. ESAME FISICO.....	5
5. DETTAGLI LEGALI: Segnalazione all’autorità giudiziaria.....	6
6. VALUTAZIONE DELLA SICUREZZA e DIMISSIONE.....	6
6.1 Supporto.....	6

DEFINIZIONE DI VIOLENZA

La violenza è definita come *“L’utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un’altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione.”* (OMS 2002)

Per violenza di genere s’intende: *“Ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, includendo la minaccia di questi atti, coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata”* (ONU 1993)

TIPOLOGIE DI VIOLENZA

- 1. Violenza domestica**
- 2. Violenza sessuale:**
- 3. Violenza fisica:**
- 4. Violenza psicologica e verbale:**

OBIETTIVI DELLA PROCEDURA:

- a) Assicurare assistenza infermieristica alla donna che ha subito violenza, dal primo contatto sino alla sua dimissione;
- b) Gestire adeguatamente l’ascolto, la comunicazione e la creazione di una relazione terapeutica di fiducia con la donna;
- c) Riconoscere eventuali segni che possano far intendere una violenza non dichiarata, al fine di poter proporre un piano di aiuto completo;
- d) Definire un percorso e fornire tutte le informazioni necessarie che possano garantire una continuità assistenziale attraverso la presa in carico della rete territoriale;
- e) Collaborare con altre figure professionali per fornire alla donna il supporto necessario.

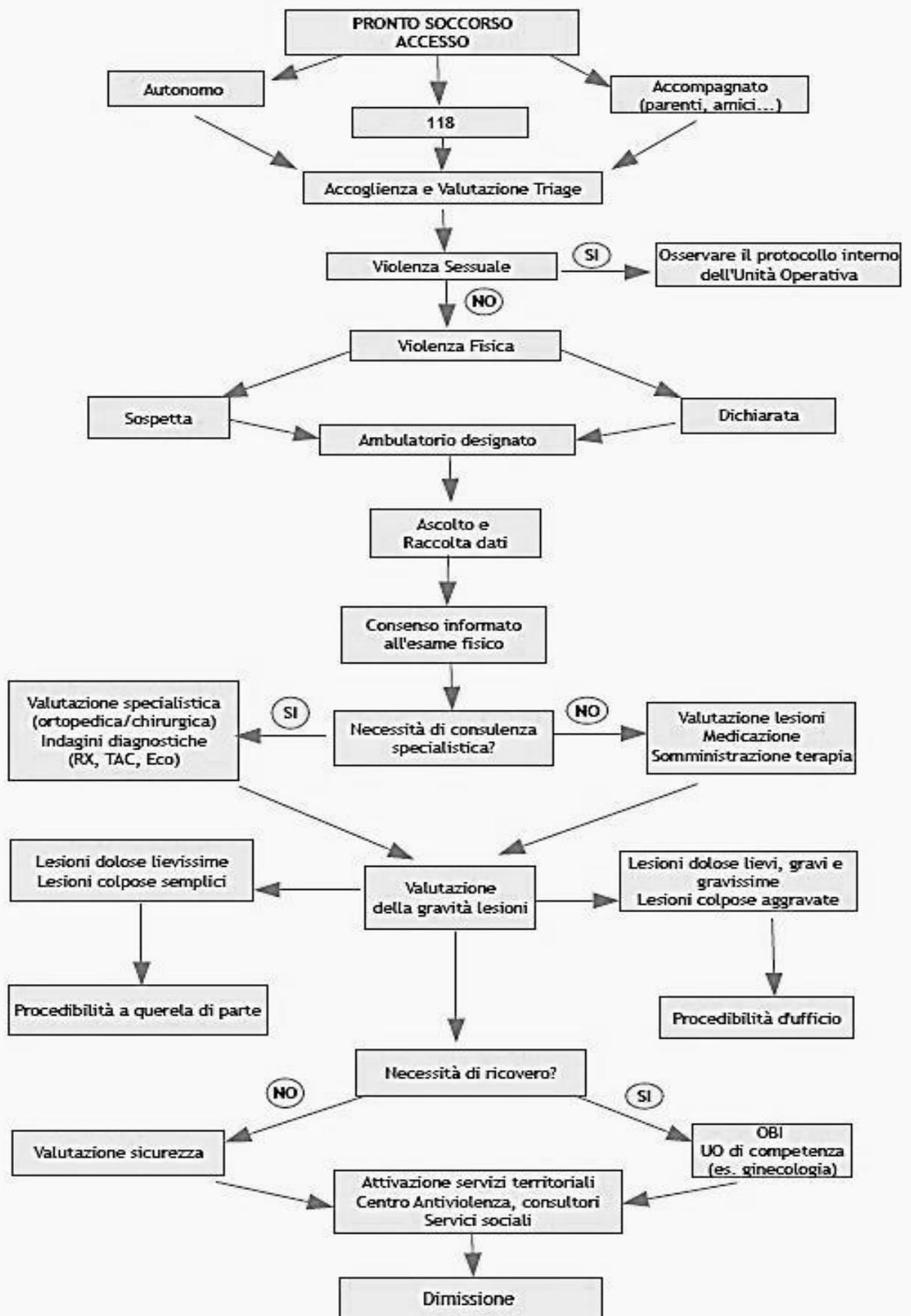
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI:

La procedura è rivolta a tutti gli infermieri del Pronto Soccorso dell’ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna, in collaborazione con tutte le altre figure professionali.

I destinatari sono le vittime di violenza di genere in età adulta che possono accedere all’unità operativa di Pronto Soccorso attraverso queste modalità:

1. Accesso diretto spontaneo e/o accompagnato
2. Accesso attraverso l’intervento del 118
3. Accesso accompagnato dalle Forze dell’Ordine

Per i pazienti con compromissione in atto di una o più funzioni vitali (codice di accesso: rosso) o compromissione potenziale (codice di accesso: giallo) dovrà essere previsto l’invio all’area di trattamento adeguata e dopo la stabilizzazione ed il trattamento medico adeguato sarà possibile avviare il protocollo sulla violenza.



1. ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE in TRIAGE

L'infermiere di triage ricopre un ruolo fondamentale nell'accoglienza e nella valutazione della donna perché stabilisce il primo momento di relazione con la vittima di violenza.

Ogni vittima può manifestare differenti tipi di emozioni e comportamenti quali:

- Sentimenti di colpa e vergogna
- Ansia, depressione e angoscia
- Senso di impotenza e inferiorità per non essere stata in grado di reagire all'aggressore
- Pianti non consolabile
- Confusione o disorientamento
- Distacco ed apatia
- Estrema fragilità e vulnerabilità
- Amnesia retrograda, globale o parziale
- Ripetere in modo ossessivo alcuni particolari dell'evento traumatico o dei momenti precedenti all'aggressione
- Mettere in atto atteggiamenti difensivi non congrui con il racconto, compreso il riso o l'autoironia, la minimizzazione di quanto occorso o un'attribuzione di corresponsabilità dell'accaduto

È possibile che si presentino anche donne che non dichiarino la violenza subita. Vi sono tuttavia alcuni indicatori che debbono essere tenuti in considerazione, quali:

- 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 correlabili 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.

Se si dovessero presentare queste situazioni non sollevare l'argomento della violenza finché non ci trova da soli con la donna, utilizzando le opportune domande.

Dopo una valutazione iniziale, accogliere ed accompagnare il prima possibile in un luogo riservato, confortevole e lontano da possibili intrusioni; un luogo entro la quale la donna sarà visitata ed ascoltata. L'infermiere dovrà chiarire in modo chiaro il proprio ruolo, limitarsi a raccogliere le informazioni necessarie alla registrazione dei dati (se la paziente vuole fornirli) ed avvertire immediatamente il medico del PS o i professionisti designati.

2. ASCOLTO E RACCOLTA DATI

Per una migliore gestione della conversazione è possibile:

- Svolgere il colloquio in uno spazio dedicato, senza interferenze né interruzioni,
- Rassicurare la donna che ciò che verrà raccontato, se lei lo desidera, non sarà riferito a nessun altro così come nessuno verrà a conoscenza del suo accesso in PS. Risulta importante comunicare alla donna che, se disposto dalla legge, il personale sanitario avrà l'obbligo di interpellare le Forze dell'Ordine,
- Incoraggiare la donna a parlare evitando di obbligarla a raccontare ciò che è accaduto,
- Consentire il silenzio e gli sfoghi emotivi della donna
- Ascoltare ciò che viene detto ma soprattutto, se si sospetta una violenza non dichiarata, ciò che non viene detto. Prestare attenzione quindi anche alla comunicazione non verbale: al linguaggio del corpo, alle espressioni facciali, ai gesti, al contatto oculare, alle pause e ai silenzi durante il racconto.

COSA FARE:

- Assumere un atteggiamento paziente e calmo
- Sedersi allo stesso livello della donna
- Dare alla donna il tempo necessario per raccontare l'accaduto
- Essere consapevoli dei sentimenti che si nascondono dietro al suo racconto, ascoltando ciò che viene detto, ma anche ciò che non viene detto
- Incoraggiarla a riferire più dettagli chiedendole se vorrebbe raccontare qualcosa in più, sempre nel rispetto della sua volontà
- Chiederle come vorrebbe che fosse aiutata ed in caso se desidera la presenza di qualcun altro (parenti, amici,...)
- Porre domande aperte che la incoraggino a raccontare invece che domande che possano prevedere risposte come sì o no
- Ripetere ciò che la donna ha riferito per assicurarsi di aver compreso
- Se necessario, con la dovuta cautela, indagare ulteriormente sull'accaduto e chiedere chiarimenti se si pensa di non aver compreso
- Riassumere ciò che ha raccontato evitando domande che potrebbero sembrare accusatorie (ad esempio "Perché ha fatto questo...?" "Perché non ti sei comportata in modo diverso..?")

COSA EVITARE:

- Non fare pressione alla donna,
- Non parlare velocemente non mostrare segni di distrazione (ad esempio guardando l'orologio, il telefono, il computer)
- Evitare d'interrompere il suo racconto ed aspettare 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.
- Evitare espressioni di compatimento o compassione o paragonare la sua vicenda con altre simili, ciò potrebbero limitare la donna nella sua esposizione
- Evitare parole che potrebbe aumentare l'ansia e l'angoscia della donna (come ad esempio "violenza", "stupro", "abuso")
- Non pensare e non agire come se dovesse risolvere i problemi della donna, dando per scontato di sapere ciò che è meglio per lei.
- Ricordare di non giudicare ciò che è successo, come lei si sia comportata in questa situazione e soprattutto le emozioni che sta provando.

3. CONSENSO INFORMATO

Prima di iniziare la raccolta anamnestica e il successivo esame obiettivo è fondamentale l'acquisizione del consenso informato.

Con la collaborazione del medico si dovranno:

- Illustrare con cura alla donna ogni fase degli esami che dovrà sostenere,
- Mettere al corrente sull'importanza medico-legale di alcune procedure proposte,
- Rassicurare la donna sia sulla riservatezza degli esami da eseguire sia sulla libera possibilità di scelta,
- Sottoporre a continua verifica l'effettiva comprensione da parte della paziente,
- Permettere la formulazione di domande da parte della donna

Inoltre è possibile:

- Chiedere alla donna se gradisce la presenza di qualcuno di sua conoscenza durante l'esame
- Se chi esegue l'esame fisico, è una persona di sesso maschile, chiedere alla donna se è d'accordo che sia lui ed effettuare l'esame, in caso contrario è opportuno che sia eseguito da una donna
- Se invece la vittima accetta che la visita sia eseguita da un medico di sesso maschile, è opportuno garantire comunque la presenza all'interno della stanza di una donna, spiegando che la presenza di un'altra persona nella stanza è utile per fornirle sostegno ed aiuto
- Chiarire che sarà esaminata e trattata solamente se lei lo desidera, spiegando anche che può rifiutare parte di alcuni esami e trattamenti o tutti
- Ricordare di mantenere al minimo il numero di persone all'interno del luogo.
- Per ogni aspetto dell'esame, spiegare cosa sarà fatto, rispondere alle eventuali domande in modo semplice, chiaro e completo assicurandosi della completa comprensione
- Una volta che vi è la certezza che lei abbia capito si può procedere con l'esame ed il trattamento, in caso sia richiesto un consenso firmato, questo andrà fatto firmare alla donna
- Se sussiste una situazione ove per legge vi è l'obbligo di contattare le autorità, parlare con la donna della segnalazione che verrà fatta e quali prove siano necessarie da raccogliere.

4. ESAME FISICO

Il compito dell'infermiere in questo processo verterà nell'assistere ed aiutare il medico a per effettuare un più accurato esame fisico e ricercare la presenza di varie lesioni, in modo da determinare quali cure mediche siano necessarie oltre che, nei casi stabiliti, compilare l'eventuale documentazione legale.

Check-list per l'esame fisico:

Misurare: frequenza cardiaca, pressione, frequenza respiratoria e temperatura.

Esaminare: l'aspetto generale; mani, polsi, avambracci, ascelle, superficie interna delle braccia; viso e cavo orale; orecchie esterne ed interne; testa; collo; petto e seni; addome; glutei, cosce, interno cosce; gambe e piedi.

Osservare e registrare: sanguinamenti attivi, lividi, rossori/gonfiore tagli o abrasioni, capelli strappati o denti mancanti, morsi, ferite inferte con un'arma, evidenti lesioni intraddominali, fratture.

5. DETTAGLI LEGALI: Segnalazione all'autorità giudiziaria

Se alla fine dell'esame fisico la donna presenta lesioni classificate come:

- Lesioni dolose lievissime (prognosi da 0 a 20 giorni) vi è procedibilità a querela di parte,
- Lesioni dolose lievi (21-40 giorni di prognosi), gravi (superiore a 40 giorni di prognosi) e gravissime (che comportano quindi lesioni permanenti) vi è invece procedibilità d'ufficio,
- Lesioni personali colpose sono procedibili per querela di parte se classificate come semplici (fino ai 40 giorni di prognosi), se invece classificate come aggravate (gravi e gravissime) e quindi superano i 40 giorni di prognosi e se sussiste una certa gravità delle lesioni, sono procedibili d'ufficio.

Se la donna non dovesse decidere di sporgere denuncia contro il suo aggressore, informarla che, secondo la legge italiana, avrà comunque 6 mesi di tempo per avviare una querela.

6. VALUTAZIONE DELLA SICUREZZA e DIMISSIONE

Esistono alcune domande che l'infermiere (ed altri professionisti) possono porre alla donna, per valutare quanto sia sicuro il suo ritorno a casa, ad esempio:

- Negli ultimi 6 mesi, si sono verificati altri episodi di violenza?
- Il tuo partner è violento e costantemente geloso nei tuoi confronti?
- Ha mai usato un'arma contro te o minacciata con un arma?
- Ti ha mai minacciata di morte?
- Ti ha mai picchiato quand'eri incinta?
- Credi che potrebbe ucciderti?

Se la donna dovesse rispondere positivamente a più domande è necessario valutare quanto sia sicuro il suo ritorno a casa, cercando quindi di creare alcuni "riferimenti" per un ricovero o un alloggio sicuro (ad esempio in OBI o in reparto di ginecologia, Centri Antiviolenza), in alternativa si potrebbe discutere con la donna sull'eventualità di cercare un posto protetto dove potrebbe andare, ad esempio da persone di fiducia.

6.1 Supporto

In vista di una dimissione avvalersi dei servizi territoriali che permettano la donna di trovare aiuto in altri servizi presenti nel territorio; per la salute, la sicurezza ed il supporto sociale. Questi possono essere: consultori, gruppi di supporto, centri antiviolenza, supporto psicologico, supporto legale, assistenza sociale, ecc.

6.2 Fornire le informazioni necessarie:

- Se per qualche ragione dovesse esprimere dei problemi a seguire le informazioni suggerite, trovare delle soluzioni alternative
- Capire se ci sono dei problemi di fondo come ad esempio: nessuno a cui lasciare i bambini, il partner che potrebbe impedire di contattare i riferimenti, mancanza dei mezzi per raggiungere i posti, ...
- Se la donna accetta di affidarsi alle indicazioni consigliate è possibile rendere le cose più semplici ad esempio telefonando per fissare un appuntamento ad un servizio al suo posto o scrivendo tutte le informazioni necessari in un biglietto (indirizzo, numero di telefono, nome dei referenti,..)
- Assicurarsi sempre che la donna abbia recepito al meglio le informazioni riferite

