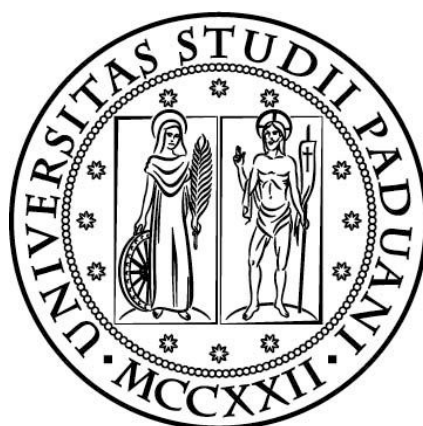


Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica



Tesi di Laurea

**GESTIONE INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO
DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA SESSUALE
INDAGINE CONDOTTA A MESTRE E PADOVA**

Relatore: Dott. Vincenti Ezio

Laureanda: Pugliese Elena

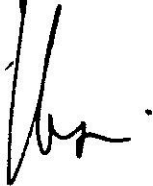
Anno Accademico 2014-2015

Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**GESTIONE INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO
DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA SESSUALE
INDAGINE CONDOTTA A MESTRE E PADOVA**

Relatore: Dott. Vincenti Ezio



Laureanda: Pugliese Elena

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

Sintesi della proposta progettuale

Introduzione

1. SCOPO DELLO STUDIO

1.1 Descrizione del problema e del contesto.....	1
1.2 Definizione di violenza e aspetti legali nazionali.....	3
1.3 Tipi di violenze.....	5
1.4 Percezione comune della violenza sessuale.....	6
1.5 Conseguenze della violenza sessuale sulla salute.....	6
1.6 Linee guida dell'OMS sulla violenza contro le donne.....	8
1.7 Statistiche nazionali.....	9
1.8 Responsabilità degli operatori sanitari:obbligo di denuncia e di referto.....	11
1.9a Importanza della formazione dell'infermiere.....	12
1.9b Percorso clinico assistenziale.....	13

2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo della tesi.....	21
2.2 Traguardi da raggiungere.....	21
2.3 Analisi dei dati.....	23

3. RISULTATI DEI DATI.....27

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Considerazione sui dati.....	29
4.2 Limiti dello studio.....	30
4.3 Implicazioni per la pratica.....	31

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

SINTESI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Problema: Gestione infermieristica inadeguata nei reparti di pronto soccorso italiani di casi di violenza sessuale su donne. Tale supposta mancanza di professionalità del personale infermieristico può essere conseguenza di una lacunosa conoscenza di tale fenomeno, della presenza di pregiudizi, della sua alta rilevanza nascosta nella nostra società e della sua complessità sia tecnico-lavorativa che emotiva, per il personale e per la vittima stessa.

Il trattamento ottimale comporta una specifica presa in carico dell'assistita da parte di più professionisti, sanitari e non, inducendoli ad uno scambio continuo di informazioni e prestazioni. L'eventuale mancanza di conoscenze da parte del personale sanitario può portare ad una scorretta assistenza e spesso, di conseguenza, ad un peggioramento della drammatica esperienza vissuta dalla vittima, alla quale è ulteriormente negato il suo valore di persona. Di qui, l'aggravamento della componente psicologica fino alla compromissione della possibilità di superare il trauma, che in tal modo, rischia fortemente di segnare a vita il suo equilibrio psicofisico.

Obiettivi: L'elaborato di tesi ha la finalità di rilevare la modalità di presa in carico infermieristica della vittima di violenza sessuale nei pronto soccorso di Padova e Mestre, con lo scopo di capire se l'assistenza praticata sia sostenuta da un'adeguata professionalità e se sia necessaria una maggiore formazione del personale infermieristico.

Strategie e interventi: L'indagine è stata effettuata mediante intervista verbale ai coordinatori infermieristici delle unità assistenziali prescelte.

Dai dati emersi si rileva, in entrambe le realtà, un'adeguata professionalità tecnico-lavorativa del personale nella gestione del percorso assistenziale, ma delle carenze nella relazione con la vittima e nel rilevare l'abuso se non dichiarato dalla stessa.

Tale difficoltà nel rapportarsi con la paziente può essere causa della possibile presenza di pregiudizi e della mancanza di conoscenze etiche/morali sul fenomeno.

Come strategia a tale problema si consiglia una formazione aggiuntiva e continua che formi il personale a praticare un'adeguata assistenza relazionale ed emotiva, al fine di ridurre il disagio provato dalla paziente in questo momento assai drammatico, e a fornire le conoscenze sui segni/sintomi correlati al reato.

INTRODUZIONE

L'infermiere che si trova a gestire casi di violenza sessuale su donne, in unità di emergenza come in pronto soccorso, deve compiere una mansione lavorativa di grande responsabilità e difficoltà professionale.

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

Il riconoscimento e la gestione del caso richiede un'adeguata formazione e preparazione professionale, purtroppo ancora scadente in alcune nostre realtà lavorative.

Tale mancanza di professionalità nel personale sanitario andrà a discapito della paziente, rischiando così di implementare ulteriormente la drammaticità del caso con una cattiva accoglienza e, ancor peggio, andando erroneamente a manomettere le prove di reato e la loro successiva raccolta. Tutto ciò richiede un trattamento non solo infermieristico, ma multidisciplinare, quindi complesso, che necessita la cooperazione di più figure sanitarie e non, come per esempio: medici, infermieri, ostetriche, psicologi, forze dell'ordine, assistenti sociali.

Frequente, e non di aiuto per garantire una corretta assistenza, è la presenza di pregiudizi infondati verso la stessa da parte degli operatori.

Spesso nelle unità operative manca il necessario per la raccolta delle prove del reato (chiamati "kit stupro") portando così i professionisti ad improvvisare con del materiale al momento disponibile e poco idoneo per una corretta raccolta dei campioni ed indumenti. In Italia mancano dei protocolli nazionali che permettano una gestione e documentazione standardizzata e uniforme dell'iter terapeutico, rendendo ancor più difficoltosa la comunicazione con altre sedi ospedaliere ed extra ospedaliere (come ad esempio le istituzioni legali).

Lo scopo della tesi è andare a indagare come viene gestita nei pronto soccorso di Mestre (Ospedale all'Angelo) e Padova (Ospedale S. Antonio) casi di violenza sessuale su donne di età superiore ai 18 anni. Le questioni a cui si vuole dare risposta sono le seguenti: quale codice colore viene attribuito in triage, quale materiale viene usato per la raccolta dati, l'eventuale presenza di protocolli appositi per la gestione multidisciplinare del caso, ma

soprattutto se sono stati effettuati, e se vi è necessità, di corsi di aggiornamento/formazione inerenti al tema per il personale infermieristico.

L'indagine è stata effettuata mediante intervista composta da nove domande, redatta e sottoposta personalmente dall'esaminatrice ai coordinatori infermieristici delle rispettive unità operative.

1. SCOPO DELLO STUDIO

1.1 Descrizione del problema e del contesto

La violenza contro le donne viene definita dall’OMS¹ (Organizzazione mondiale della sanità) come una delle maggiori cause di morte a livello mondiale per le persone di età compresa tra i 15 e 44 anni, un fenomeno di proporzione epidemiche, invisibile e scarsamente segnalato, specie se avvenuto all’interno delle mura domestiche.

Secondo il rapporto EU.R.E.S. (Ricerche Economiche e Sociali) sul femminicidio² identifica il 2013 italiano come “l’anno nero”, poichè si è registrata la più elevata percentuale di donne tra le vittime di omicidio mai registrata nel nostro paese, in pratica una ogni due giorni. Rispetto al 2012, le donne ammazzate sono aumentate del 14%.

EU.R.E.S. sottolinea anche l'inefficacia e inadeguatezza della risposta istituzionale alla richiesta d'aiuto delle donne vittime di violenza, dato che nel 2013 ben il 51,9% delle future vittime di omicidio aveva segnalato/denunciato alle Istituzioni le violenze subite.

Tali dati confermano la gravità e l’ampia diffusione del fenomeno, non solo all’estero ma anche nella nostra nazione, tanto da poterlo considerare come un problema riguardante la società nel suo insieme, a cui dovrà impegnarsi ad affrontarlo con impegno e costanza.

Le donne abusate sessualmente hanno un alta probabilità di sviluppare, nel corso della propria vita, esiti di salute acuti e cronici come conseguenze del reato³.

¹ García-Moreno, Claudia, et al. "The health-systems response to violence against women." *The Lancet* 385.9977 (2015): 1567-1579.

² EU.R.E.S. “Omicidio volontario in Italia, Rapporto Eures 2013.” (2013)
Disponibile sul sito west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013
Consultato nel luglio 2015

³ Kiss L, Schraiber LB, Hossain M, Watts C, Zimmerman C. The Link Between Community-Based Violence and Intimate Partner Violence: the Effect of Crime and Male Aggression on Intimate Partner Violence Against Women. *Prevention Science*. 2015;16(6): 881-889. doi:10.1007/s11121-015-0567-6.

Uno studio condotto dall'OMS⁴ ha messo in rilievo alcuni disturbi associati a violenza sessuale, tra cui:

- Disturbi gastrointestinali
- Sindrome da dolore cronico
- Disturbi del comportamento alimentare
- Uso di tabacco, droghe
- Malattie croniche (cardiovascolari, neoplasie, diabete)

Purtroppo i sistemi sanitari italiani hanno finora risposto lentamente a tale disagio.

Di grande importanza è quindi il ruolo del personale sanitario durante l'incontro con la vittima di abuso, essendo molto probabilmente uno dei primi contatti che la donna ha con le realtà istituzionali.

Una relazione di aiuto e di supporto efficace con l'operatore della salute può fare la differenza nel promuovere il percorso di uscita dalla situazione traumatica.

Sarà quindi necessario, oltre a garantire un'assistenza clinica corretta, offrire un valido supporto emotivo e psicologico necessario a costruire una relazione di ascolto e fiducia, un passo importante per arrivare all'ammissione della propria situazione di vittima di abuso.

Purtroppo tra gli operatori socio-sanitari è ancora diffusa l'idea stereotipa di violenza, viene spesso considerata come un grave reato, ma relativamente poco frequente; anche per questo motivo si tende a non riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie troppo rare.

Come citato da M.K. Savojni (vicepresidente dell'associazione AILF: Associazione infermieri legali e forensi): *“il personale infermieristico è generalmente il più adatto a rispondere a questo tipo di esigenza per gestire un momento drammatico, quale l'esame fisico dopo una violenza, per le maggiori capacità empatiche rispetto ai medici. Un personale infermieristico adeguatamente preparato dovrebbe essere presente in ogni pronto soccorso per garantire alle vittime di violenza sessuale, che già stanno vivendo un momento altamente drammatico, la corretta ed adeguata assistenza [...] Non è infatti*

⁴ World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Global and regional estimates of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013: 102.

necessario che sia un medico a raccogliere le prove o ad eseguire un esame fisico alla vittima, in quanto non è richiesta diagnosi nè prescrizione medica di farmaci”⁵.

Nella nostra nazione il personale sanitario risulta spesso poco formato e addestrato nello svolgere tale compito.

Non esiste un unico protocollo riconosciuto e standardizzato tale da rendere omogenea l’assistenza nei diversi centri sanitari. La persona viene frequentemente visitata da più persone e in ambienti poco adatti, rendendo la situazione ancor più drammatica e imbarazzante per la stessa e, nella maggior parte dei casi, non sono presenti dei kit stupro appositi per un adeguata raccolta dei campioni di materiale biologico e forense necessario alle istituzioni legali per cagionare l’assalitore.

1.2 Definizione di violenza e aspetti legali nazionali

Nel 1993 la dichiarazione ONU sull’eliminazione della violenza contro le donne definisce tale problema come: *“Tutti gli atti di violenza fondati sull’appartenenza al sesso femminile, che causano o sono suscettibili di causare alle donne danno o delle sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche e che comprendono la minaccia di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica sia nella vita privata”* (art. 1)⁶ (Allegato 2).

Definisce, inoltre, la violenza sessuale: *“Qualsiasi atto sessuale, tentativo di ottenere un atto sessuale, o altro atto diretto contro la sessualità di una persona che utilizza la*

⁵ Savojni M.K. Vicepresidente AILF. Violenza sessuale: protocollo per gli adulti. Disponibile al sito http://www.aifl.eu/files/works/violenza_sessuale_protocollo.pdf Consultato nel luglio 2015

⁶ Dichiarazioni delle Nazioni Unite sull’eliminazione della violenza contro le donne, Risoluzioni dell’Assemblea Generale, 20 dicembre 1993. Disponibile al sito http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27 Consultato nel agosto 2015

coercizione, da qualsiasi persona, indipendentemente dalla loro relazione con la vittima, in qualsiasi ambiente, inclusi ma non limitati a casa e lavoro”⁷.

Il Codice Penale italiano tratta di violenza sessuale nell’art. 609 bis:

“Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluna a compiere e a subire atti sessuali è punito con la reclusione da 5 a 10 anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

- *Abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;*
- *Traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.*

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente ai due terzi”⁸.

L’articolo intende con “atti sessuali” quegli atti che siano idonei a compromettere, offendere e violare la libera autodeterminazione della sessualità del soggetto e a entrare nella sua sfera sessuale con manifesta illiceità. Da questo articolo viene considerato presupposto necessario di tale delitto che l’atto sessuale sia associato al costringimento della persona tramite violenza fisica, minaccia (violenza morale), abuso di autorità.

All’interno del Codice Penale non è però presente una vera norma specifica di contrasto dei vari tipi di violenza domestica.

Si ricorre così ai reati di percosse (art 581 c.p.), lesione personale (art 582 c.p.), violenza privata (art 610 c.p.), maltrattamenti (art 572 c.p.) (Allegato 3).

⁷ Organizzazione mondiale della Sanità. “Violenza sessuale, rapporto mondiale sulla violenza e la salute.” (2002).

Disponibile al sito: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
Consultato nel luglio 2015

⁸ Legge 15 febbraio 1996 n. 66 “Norme contro la violenza sessuale”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1996 n. 42.

Disponibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1557_allegato.pdf
Consultato nel agosto 2015

1.3 Tipi di violenze

Parlare di violenza significa prendere in considerazione una serie di forme di abuso⁹.

Tali forme sono:

- *Violenza fisica*: qualsiasi atto che possa danneggiare o intimorire, e quindi non solo percosse che provocano lividi, rotture o ferite ma anche gesti minacciosi e intimidazioni che tendono a terrificare la donna tenendola sotto controllo e che non generano esiti visibili.
- *Violenza psicologica*: umiliazioni, controllo della vita giornaliera, chiusura comunicativa, sottrazione di documenti; tutte violenze che spesso anticipano quella fisica o sessuale. Rappresenta una tecnica di potere e controllo sulla vittima.
- *Violenza sessuale*: secondo la definizione del codice penale italiano, la costrizione mediante violenza o minaccia a compiere o subire atti sessuali, cioè: qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica.
- *Violenza economica*: comportamenti tesi ad ostacolare la ricerca dell'indipendenza economica della vittima per poterla controllare implicitamente. Esempio: impedire la ricerca di un lavoro, controllo/privazione dello stipendio, mancato adempimento degli impegni economici accettati con il matrimonio.
- *Violenza spirituale*: distruzione dei valori e della fede religiosa, mancanza di rispetto verso di essi, costrizione a condotte che vanno contro alla sue credenze.
- *Stalking*: atti persecutori per affliggere la vittima attraverso la persecuzione, provocandole uno stato d'ansia e paura che va a compromettere il normale svolgimento della vita quotidiana della persona.

⁹ Del Giudice, G., G. Barbara, and C. Adami. "I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto." (2001): 185-203.

1.4 Percezione comune della violenza sessuale

La realtà della violenza sessuale viene solitamente percepita in maniera distorta dalla comunità: la società è influenzata da miti del fenomeno che tendono a incolpare la vittima di abuso, specialmente se essa conosce il suo violentatore.

Tali miti possono così portare alla non credibilità della vittima ma all'accusa di essere complice della situazione¹⁰ (Tabella I).

Tabella I. Mito e realtà sulla violenza sessuale a confronto

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

1.5 Conseguenze della violenza sessuale sulla salute

L'OMS ha messo in evidenza la pericolosità di una serie di malattie rilevanti per la popolazione femminile vittima di abuso. Diversi studi hanno rilevato delle disfunzioni non solo ginecologiche ma anche mentali e gastrointestinali. E' stato inoltre messo in evidenza la rilevanza dell'aumento di rischio per esiti di salute cronici oltre a quelli acuti, tali da

¹⁰ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 10-2.

creare un peggioramento della qualità di vita in generale e creando così una percezione negativa del proprio stato di salute¹¹ (Tabella II).

Tabella II. Conseguenze della violenza sulla salute della donna.

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

Casi di violenza sessuale potrebbero nascondersi dietro alle condizioni cliniche sopra citate. Sarà quindi necessario per gli operatori sanitari, grazie ad una formazione adeguata, saper riconoscere che dietro a tali disturbi potrebbe presentarsi un caso di violenza non dichiarata.

L'attenzione per riconoscere una presunta violenza va posta particolarmente in situazioni in cui:

- non è il primo ricorso ai servizi sanitari della persona per ferite o traumi
- c'è verbalizzazione di dolore pelvico cronico, frequenti infezioni genito-urinarie, patologie gastro-intestinali croniche
- storia pregressa di depressione, uso di sostanze come droghe, alcol o farmaci, tentati suicidi

¹¹ World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization (2013); 365-9.

1.6 Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla violenza contro le donne

Le nuove direttive pubblicate dall'OMS hanno, tra i molti obiettivi, quello di far fronte all'inesperienza dei clinici nell'assistenza di vittime di abusi sessuali. Queste infatti, mettono in rilievo l'importanza della posizione del personale sanitario nell'intercettare e rispondere alla domanda di salute psicosociale della vittima di violenza¹².

Le raccomandazioni delle linee guida trattano i seguenti argomenti:

- 1) *Modalità di accoglienza delle donne vittime di violenza*: garantire confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, fornire informazioni e supporto sociale. Lo staff clinico deve essere preparato a porre domande sull'abuso.
- 2) *L'identificazione e l'assistenza per le donne sopravvissute alla violenza*: viene sconsigliato rivolgere delle domande focalizzate sulla violenza in tutte le occasioni d'incontro della donna con i servizi per qualsiasi necessità. Sarà invece necessario indagare con discrezione quando la donna chiede assistenza per una condizione determinata dall'abuso, che mostri segni e sintomi che possano essere messi in relazione con una violenza, oppure in condizioni di particolare vulnerabilità come: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, malattie infettive, gravidanza.
- 3) *L'assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale*: assistenza immediata, contraccezione di emergenza entro 5 giorni dall'evento o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, attuazione della profilassi dell'infezione da HIV entro 72 ore dall'evento e per altri infezioni a trasmissione sessuale, interventi psicologici se necessario prolungati nel tempo. Sarà importante utilizzare procedure/protocolli standard, attivare percorsi e risorse specifiche e un sistema di servizi a cui la donna può far riferimento in caso di necessità. Mantenere la riservatezza.
- 4) *Formazione degli operatori sanitari sulla violenza domestica e sessuale*: è fortemente raccomandato che questa avvenga sia in fase pre- e post-qualificazione del personale

¹² Massimo M.G. IPASVI: Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. Rivista l'Infermiere N°5-2013. Disponibile al sito <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17-articolo-209.htm>

Consultato nel luglio 2015

medico, infermieristico e ostetrico. La formazione deve essere multidisciplinare e deve trattare: l'identificazione della violenza, procedure di primo intervento, la valutazione della sicurezza della vittima, la pianificazione della protezione di essa, comunicazione con la vittima e competenze: clinico-assistenziali, psicologico-relazionali, legali e forensi, documentazione dei fatti e offerta di percorsi assistenziali in strutture esterne a quelle sanitarie.

- 5) *L'organizzazione dei servizi di supporto alle vittime di violenza*: è raccomandata integrazione del tema nei servizi già esistenti puntando ad una differenziazione dei livelli di assistenza e supporto a seconda del bisogno, dando priorità alle cure primarie.
- 6) *Informazione all'Autorità giudiziaria*: viene sconsigliata la denuncia alle autorità contro il volere della donna anche se sarà necessario tentare di convincerla a fare questo passo. Sarà invece obbligatorio rivolgersi alle autorità se la violenza riguarda minori e se ci siano condizioni che possano mettere in pericolo la vita della donna.

1.7 Statistiche nazionali

L'indagine sulla sicurezza delle donne, condotta dall'Istat tra maggio e dicembre 2014, fornisce dati relativi al fenomeno della violenza contro le donne¹³.

La violenza contro le donne è fenomeno ampio e diffuso: 6 milioni 788 mila donne hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni (il 20,2% ha subito violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri).

Il 62,7% degli stupri è stato commesso dal partner attuale o precedente (*Tabella III*).

Nella maggior parte dei casi gli autori di molestie sessuali sono sconosciuti alla vittima (76,8%).

Emergono alcuni segnali di miglioramento rispetto alle precedenti indagini: negli ultimi 5 anni le violenze fisiche o sessuali sono passate dal 13,3% all'11,3%, rispetto ai 5 anni precedenti il 2006 (*Tabella IV*).

¹³ ISTAT, La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia (2014).

Disponibile sul sito <http://www.istat.it/it/archivio/161716>.

Consultato nel luglio 2015

Ciò può essere frutto di una maggiore informazione, del lavoro sul campo ma soprattutto di un' aumentata capacità delle donne di prevenire e di combattere il fenomeno, e di un clima sociale di maggiore condanna della violenza.

Viene rilevata una diminuzione sia per la violenza fisica che sessuale, dai partner e ex partner (dal 5,1% al 4% la fisica, dal 2,8% al 2% la sessuale) come dai non partner (dal 9% al 7,7%).

Una maggiore consapevolezza delle donne fa sì che ci sia un' aumentata capacità nell'uscire da relazioni violente o di prevenirle e, considerando la violenza subita un reato, viene di conseguenza denunciata maggiormente alle forze dell'ordine (dal 6,7% all'11,8%).

Più spesso si confidano con qualcuno (dal 67,8% al 75,9%) e cercano aiuto presso i servizi specializzati, centri antiviolenza, sportelli (dal 2,4% al 4,9%).

Si segnalano però anche elementi negativi.

Non ci sono miglioramenti per quanto riguarda i casi di stupri e i tentati stupri (1,2% sia per il 2006 sia per il 2014).

Le violenze sono più gravi: aumentano quelle che hanno causato ferite (dal 26,3% al 40,2% da partner) e il numero di donne che hanno temuto per la propria vita (dal 18,8% del 2006 al 34,5% del 2014).

Tabella III. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita da un uomo per tipo di autore e tipo di violenza subita.

Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche).

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

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

Tabella IV. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un uomo per tipo di autore, periodo in cui si è verificato l'episodio e tipo di violenza subita. Anno 2006 e 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche).

TIPO DI VIOLENZA	Partner attuale (a)		Ex Partner(b)		Partner o ex partner (c)		Amici, colleghi, parenti, altri conoscenti (d)		Sconosciuto (d)		Non partner (d)		Totale (d)	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014
NEGLI ULTIMI 5 ANNI														
Violenza fisica o sessuale	4,4	3,0	6,0	5,0	6,6	4,9	4,2	4,0	5,2	4,0	9,0	7,7	13,3	11,3
Violenza fisica	3,3	2,3	4,6	4,1	5,1	4,0	2,3	2,5	1,2	1,0	3,5	3,8	7,7	7,0
Violenza sessuale	1,6	1,1	2,9	2,1	2,8	2,0	2,5	1,8	4,6	3,1	6,8	4,8	8,9	6,4
Stupro o tentato stupro	0,2	0,2	1,0	0,8	0,7	0,6	0,4	0,5	0,2	0,1	0,6	0,6	1,2	1,2
NEGLI ULTIMI 12 MESI														
Violenza fisica o sessuale	2,2	1,6	1,1	1,3	2,4	2,0	1,57	1,2	2,04	1,6	3,5	2,8	5,6	4,5
Violenza fisica	1,5	1,2	0,9	1,2	1,7	1,6	0,72	0,8	0,34	0,4	1,1	1,3	2,7	2,7
Violenza sessuale	1	0,7	0,4	0,2	1	0,7	0,98	0,5	1,77	1,2	2,7	1,6	3,6	2,2

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

1.8 Responsabilità degli operatori sanitari: obbligo di denuncia e di referto

Chiunque, mentre sta esercitando una professione sanitaria, viene a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio, è obbligato a farne segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

1.8.1 Denuncia

I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio della professione, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. La denuncia deve essere presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria (art. 331-2, c.p.p.).

Ciò significa che nei casi di reati procedibili d'ufficio il reato dovrà essere denunciato, indipendentemente dalla volontà e dalla richiesta della vittima, da tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio, quindi tutti i professionisti medici, tecnico sanitari e socio sanitari nel pubblico e privato che ne venissero a conoscenza nell'esercizio e a causa delle loro funzioni o del loro servizio. Le pene per chi omette la denuncia o ritarda a denunciare sono previste dagli art 361-362 c.p.p. (Allegato 3).

1.8.2 Referto

Il referto è un documento tecnico professionale, che va obbligatoriamente presentato da chi, esercitando una professione sanitaria, abbia prestato la propria assistenza od opera in un caso che possa presentare i caratteri di un delitto per il quale si deve procedere d'ufficio (art. 365, c.p.p.). Esso deve pervenire entro quarantotto ore alla procura (art. 334 c.p.p.). Se a prestare l'assistenza erano in più persone, ad esempio, una équipe in un caso di urgenza medico-chirurgica, sono tutte obbligate al referto. L'inadempimento di tale obbligo è penalmente sanzionabile (art. 365 c.p.p.) (Allegato 3).

1.9a Importanza della formazione dell'infermiere

Come già annunciato dall'OMS, nell'affrontare un tema delicato come l'abuso sulle donne, è fortemente indicata una formazione, una qualificazione e il miglior aggiornamento professionale verso il personale sanitario allo scopo di garantire, non solo la miglior assistenza sia clinica che relazionale alla vittima, ma anche un'adeguata rete socio-giuridica sanitaria al fine di garantire ad essa la miglior tutela possibile¹⁴.

Necessaria è infatti una collaborazione plurispecialistica, dove nell'equipè cooperino più figure professionali come: medici, infermieri, ostetriche, forze dell'ordine, psicologi, assistenti sociali in modo tale che si scambino informazioni e conoscenze.

Sarà quindi indispensabile che tutti gli infermieri siano sostenuti da percorsi di formazione che offrano l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche e relazionali per gestire un'assistenza complessa come in tal caso.

Solo così si potranno raggiungere tre obiettivi indispensabili:

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

¹⁴ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 18-9.

1.9b Percorso clinico assistenziale

1.9.1 L'Accoglienza della vittima in triage

“Il triage è un percorso decisionale dinamico, basato sull’attuazione di un processo metodologico, capace di stabilire il grado di presunta gravità presente in una persona, identificabile con l’utilizzo di un sistema di codifica indicante la priorità assistenziale”¹⁵.

“Tale funzione viene svolta dal personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio”¹⁶.

Il personale infermieristico di triage è spesso il primo e l’unico ad incontrare la vittima dopo la violenza subita e a farsi carico delle conseguenze sia fisiche che psicologiche di essa.

Come già accennato dai dati statistici è molto frequente che la vittima nasconda e non verbalizzi ai sanitari la violenza subita per vergogna, paura di ripercussioni o di non essere creduta oppure di essere considerata responsabile dell’accaduto.

L’intervento sarà quindi improntato al riconoscimento del caso di violenza, ad accogliere i vissuti emotivi connessi all’abuso ed offrire un concreto aiuto per far fronte alle conseguenze dell’atto¹⁷.

Durante l’accesso al pronto soccorso sarà molto probabile che la vittima si trovi in uno stato emotivo labile, specialmente se la violenza è stata perpetrata da poco, con un quadro generale complesso di emozioni, comportamenti e atteggiamenti¹⁸.

Essa potrebbe presentare:

- estrema fragilità e vulnerabilità, pianto continuo

¹⁵ Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano: McGraw-Hill, (2002).

¹⁶ Ministero della Sanità. "Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992". Gazzetta Ufficiale, 114, 25 34 (1996).

¹⁷ World Health Organization. "WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies." (2007);18-21.

¹⁸ World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization (2013); 21-3.

- stato confusionale, disorientamento spazio-temporale
- amnesia su alcuni aspetti importanti dell'evento
- autostima deteriorata con svalutazione dell'immagine di sé, sentimenti di colpa e vergogna
- riferire un vissuto di disvalore, senso di impotenza, inferiorità per non aver saputo reagire e difendersi all'aggressore
- ripetizione ossessiva di alcuni particolari dell'evento e dei momenti precedenti all'aggressione
- atteggiamenti difensivi non congrui con il racconto, come il riso e l'autoironia
- stato d'ansia, depressione, angoscia, apatia

L'operatore davanti a questi sintomi è obbligato a porsi nei confronti della vittima in modo trasparente e non direttivo. I valori che stanno alla base di un'accoglienza professionale sono: atteggiamento empatico, sincera disponibilità, sospensione del giudizio e ascolto partecipato.

In tal modo si tenderà quindi di restituire alla vittima il suo valore di "persona" e di protagonista del trattamento offrendole la possibilità di scegliere cosa dire o non dire, di cosa accettare o no delle proposte di cura e di sostegno psicosociale.

Sarà necessario, grazie ad una formazione specifica, essere consapevoli che dietro a tali comportamenti e vissuti emotivi possa nascondersi una storia di violenza domestica e/o sessuale o di abuso sessuale anche pregresso.

L'operatore dovrà inoltre prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- c'è un accesso ripetuto al pronto soccorso per ferite e traumi;
- c'è anamnesi di dolore pelvico cronico, di frequenti infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche;
- vi è una storia di depressione, abuso di sostanze e farmaci, tentati suicidi.
- presenza screditante continua del partner alle visite mediche, a cui la donna tende a delegare le decisioni;

Se ci si trova nella situazione in cui la violenza è avvenuta da poco tempo l'intervento dei sanitari dovrà essere precoce, che tenga conto sia gli aspetti clinici che le conseguenze legali dell'accaduto. Il ritardo può portare alla mancata opportunità di cure terapeutiche come la contraccezione d'emergenza, la perdita di materiale d'importanza per questioni legali e la modifica di prove fisiche.

L'operatore che presta assistenza alla vittima in triage dovrà attuare alcune accortezze fondamentali¹⁹:

- Accogliere la donna in un luogo riservato, dove venga rispettata la privacy e che gli consenta di esplicitare al meglio il suo bisogno di aiuto data la situazione emotiva di fragilità;
- Tener conto che la persona ha necessità di essere ascoltata;
- Valutare il danno fisico e psicologico attraverso il racconto della vittima, non mettendo in dubbio la veridicità del racconto. Non è infatti compito dei sanitari accertare l'attendibilità della paziente.
- Non forzare la vittima nel racconto se essa non riesce a verbalizzare quanto avvenuto. Raccogliere quindi solo quelle informazioni indispensabili e lasciare l'approfondimento ad un secondo momento ad altri operatori.

La regione Lazio, per la prima volta, ha affrontato il problema di attribuzione del codice colore alla vittima di violenza sessuale, considerando come prioritario oltre allo stato fisico anche quello psicologico. Il Triage Modello Lazio infatti propone come assegnazione di codice colore a donna vittima di violenza sessuale²⁰:

- Rosso: per riferita o conclamata violenza sessuale

- Giallo: per sospetta violenza sessuale

¹⁹ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 30-4.

²⁰ Vender, Cristian, Silvia Scelsi, and Maria Luisa Rega. "Indagine conoscitiva nei Pronto Soccorso del Lazio sulle strategie organizzative di applicazione dei protocolli di triage." SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI 26.2 (2009).

Tali codici colore sono individuati allo scopo di soccorrere tempestivamente la vittima in un percorso a lei dedicato in modo da evitare un ulteriore danno psicologico o addirittura l'allontanamento e conseguente rinuncia alle cure durante l'attesa della visita.

Osservando obiettivamente la paziente esistono alcuni tipi di lesione che possono far sospettare l'eziologia di una violenza sessuale, come ad esempio: bruciature di sigarette o ustioni in genere, morsi, lividi, contusioni, tagli, graffi, traumi rettali e anali, lesioni genitali²¹.

Il riconoscimento da parte dell'infermiere di triage di queste tipologie di lesioni e la consapevolezza della loro possibile correlazione al reato in esame, potrebbe indirizzare il professionista al sospetto di una violenza non dichiarata.

Dopo l'assegnazione del codice colore la vittima verrà indirizzata alla visita medica per l'anamnesi, l'esame fisico, le cure del caso e l'eventuale raccolta dei campioni forensi.

1.9.2 Visita medica

Come primo passo per instaurare una relazione terapeutica adeguata sarà necessario presentarsi alla vittima ed esplicitare in modo chiaro e semplice il proprio ruolo²².

Se possibile, sarebbe indicato che ad assistere la vittima siano persone di sesso femminile, formate e qualificate, che la sostengano durante tutto il suo percorso nella struttura ospedaliera²³. Altamente sconsigliati sono spostamenti continui di essa in ambienti diversi e cambiamenti frequenti del personale che la assiste. Tali cambiamenti potrebbero aumentare lo stress psicologico e non permettono alla vittima di instaurare una relazione efficace con i sanitari.

²¹ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 44-7.

²² World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 20-1.

²³ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, (2013).

Durante la visita, per garantire il massimo della riservatezza e un clima favorevole alla vittima di fiducia verso il personale, le presenze in sala dovranno essere ridotte all'essenziale, magari chiedendo ad essa se desidera avere al suo fianco una persona di sua fiducia.

Prima di iniziare qualsiasi intervento sulla persona, sarà obbligatorio ottenere l'acquisizione del consenso informato²⁴. Il medico dovrà spiegare accuratamente tutte le fasi dell'iter clinico, invitando la persona a far domande per qualsiasi dubbio, e fornire informazioni chiare rispetto al proprio ruolo professionale ma anche al proprio mandato istituzionale. Dopo aver ottenuto il consenso si procederà alla stesura dell'anamnesi e all'esame obiettivo.

Fondamentale sarà l'utilizzo di apposite cartelle cliniche guidate con mappe corporee, che aiutino i professionisti nel condurre l'esame e nella redazione dei dati, limitando così il rischio di dimenticanze o imprecisioni. L'infermiere/a provvederà ad eventuali medicazioni, somministrazioni di terapie farmacologiche o trattamenti prescritti dal medico.

L'esame deve essere eseguito in un ambiente pulito e privato, munito di aree separate per far spogliare la vittima (una tenda o un'altra camera). Per garantire il maggior comfort possibile è indicato far indossare un camice per lasciar la paziente il meno svestita possibile. Se la paziente ha acconsentito alla raccolta dei suoi indumenti, ogni capo di abbigliamento deve essere posizionato, a mano guantata, in un sacchetto di carta²⁵.

I campioni sia medici che forensi dovrebbero essere raccolti simultaneamente durante l'esame riducendo così il numero di accertamenti alla quale la paziente dovrà sottoporsi. Prima di intraprendere un esame approfondito della zona genito- anale risulterà di grande aiuto per la paziente spiegare cosa si sta per fare e dove verrà toccata offrendole tutto il tempo opportuno per prepararsi, sia fisicamente che mentalmente, senza metterle fretta. Spesso il contatto fisico risulterà essere estremamente traumatico in questa fase e se la vittima apparirà tesa o poco collaborante sarà di conseguenza impossibile procedere.

²⁴ World Health Organization. "WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies." (2007).

²⁵ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003); 37-9.

1.9.3 Kit stupro

Esistono kit appositamente preparati per l'esame e la raccolta di prove in caso di violenza sessuale²⁶. Purtroppo negli ospedali italiani sono raramente disponibili, di conseguenza è necessario prepararli di volta in volta.

Il vantaggio di avere a disposizione dei kit in unità è nel non dover reperire tutto il materiale al momento, facendo così perdere tempo alla vittima e al personale sanitario. Il rischio di dimenticarsi qualcosa o di non riuscire a reperire del materiale idoneo per un'adeguata conservazione delle prove può mettere a rischio la veridicità del risultato di laboratorio (*Tabella V*).

Il kit va solitamente utilizzato se l'aggressione è avvenuta da non più di 72 ore²⁷.

Il tempo limite delle 72 ore non è però assoluto, è una linea guida che indica il tempo di permanenza e di conseguente repertamento del materiale biologico sulla vittima. Saranno quindi le forze dell'ordine e il personale sanitario a valutare se sarà necessario l'uso di tale kit. Ogni oggetto raccolto e inviato al laboratorio forense dovrà essere etichettato con scritto: la fonte del campione (vaginale, orale, rettale, ecc..), il nome del paziente, la data e le iniziali dell'esaminatore.

Tabella V: Materiale contenuto nel kit stupro.

Buste bianche	Lima per unghie
Tre vetrini con contenitori	Quattro tamponi per orifici (vaginale, cavo orale, retto)
Due pettini	Tamponi per superficie corporea
Provette per prelievi del sangue	Buste

²⁶ Di Nunzio, Ciro, Giulio Di Mizio, and Pietrantonio Ricci. "Methodological approaches to sexual violence: experience of legal medicine at Catanzaro University." *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY* 4.1 (2014): 11-33.

²⁷ Ingemann-Hansen, Ole, and Annie Vesterby Charles. "Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 27.1 (2013): 91-102.

1.9.4 Ruolo educativo dell'infermiere

Al termine dell'esame fisico e di tutte le valutazioni del caso, la paziente dovrà essere sostenuta moralmente ed educata riguardo le conseguenze fisiche e psicologiche dell'aggressione subita. L'infermiere/a che ha accompagnato la vittima e l'ha assistita nel suo percorso nella struttura sanitaria dovrà farsi carico di tale compito²⁸.

Il professionista dovrà:

- Dare ampia possibilità alla paziente di esprimere domande e preoccupazioni;
- Rassicurare la paziente che lei non meritava di essere aggredita e che non è stata colpa sua;
- Spiegare alla paziente come guariscono le eventuali lesioni riportate, insegnando come curarle e a riconoscere i segni e sintomi di infezione delle ferite;
- Insegnare le tecniche di una corretta igiene e spiegare l'importanza di una buona igiene;
- Discutere i segni e sintomi di malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV, e la necessità di tornare per il trattamento se dovessero presentarsi;
- Sottolineare la necessità di usare il preservativo durante i rapporti sessuali fino a quando lo stato di malattia sessualmente trasmissibile non è stata determinata;
- Spiegare l'importanza di attenersi al regime terapeutico prescritto, istruendo la persona sulla gestione della terapia farmacologica. Discutere sugli effetti collaterali;
- Spiegare la necessità di astenersi da rapporti sessuali fino a quando tutti i trattamenti o la profilassi per le malattie sessualmente trasmissibili non sono stati completati;
- Spiegare la sindrome traumatica da stupro e la gamma di risposte fisiche, psicologiche e comportamentali a cui la paziente potrà andare incontro, discutendo di tali cambiamenti sia la paziente che (con il suo permesso) i familiari e/o altre persone a lei significative;
- Incoraggiare la paziente a confidarsi e a cercare il sostegno emotivo da un amico fidato o un familiare;
- Informare i pazienti dei loro diritti e come esercitarli;
- Fornire della documentazione scritta in merito a:
 - Eventuali trattamenti ricevuti e test effettuati;

²⁸ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization (2003): 71-2.

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

2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo della tesi

La finalità dello studio condotto è andare a conoscere come viene esercitata l'assistenza infermieristica a donne di età superiore ai 18 anni vittime di violenza sessuale nelle unità operative di pronto soccorso delle città di Padova (Ospedale S. Antonio, Ulss 16) e di Mestre (Ospedale all'Angelo, Ulss 12), e quanto tale fenomeno sia rilevante in relazione alla loro utenza. L'età delle vittime maggiore ai 18 anni è stata scelta per evitare di cadere nell'ambito minorile.

L'indagine è di tipo qualitativo, svolta attraverso un'intervista univoca rivolta ai coordinatori infermieristici delle due realtà sopra citate, redatta e proposta verbalmente dall'esaminatrice. Quest'ultima, per somministrare l'intervista, si è recata personalmente nei due contesti dopo accordo con i coordinatori.

L'intervista è composta da 9 domande: le prime due sono a carattere demografico, quattro domande sono indirizzate allo studio della gestione del caso, le rimanenti tre invece testano la qualità della formazione del personale infermieristico nell'ambito.

Tale raccolta dati permetterebbe così di confrontare la gestione del caso di violenza delle due realtà venete con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e proporrebbe, come strategia alla possibile lacuna di conoscenze sul tema, l'effettuazione di corsi di aggiornamento rivolti non solo al personale infermieristico, ma anche ad altre figure sanitarie data appunto la multidisciplinarietà del caso.

2.2 Traguardi da raggiungere

Il personale infermieristico, grazie ad una maggiore competenza acquisita attraverso tali corsi di formazione inerenti al tema, sarà in grado di:

- riconoscere un caso di violenza sessuale
- praticare un'accoglienza professionale della vittima in pronto soccorso
- eliminare i pregiudizi
- relazionarsi con la vittima
- assegnare un codice colore di triage idoneo

- conoscere l'iter terapeutico a cui la vittima andrà incontro, utilizzando un protocollo riconosciuto che guidi l'assistenza
- saper gestire la complessità del caso effettuando un corretto scambio di prestazioni e informazioni con le diverse professioni sanitarie e non
- saper individuare il materiale idoneo per l'eventuale raccolta dei campioni medico-forensi
- avere familiarità con le risorse formali e informali disponibili a livello locale per le vittime di violenza sessuale

2.2.1 Utente dei pronto soccorso

L'ambito territoriale di competenza dell'azienda Ulss 12 comprende un'area di 462,4 kmq con una popolazione residente di 308.883 abitanti (dati relativi al 31 dicembre 2012). Essa viene suddivisa in due distretti: Distretto 1 (Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario, Cavallino Treporti) e Distretto 2, Ospedale all'Angelo (Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino)²⁹.

L'Azienda Ulss 16 comprende 29 comuni del territorio della provincia di Padova per una popolazione assistita che raggiunge quasi mezzo milione di persone, di cui oltre la metà risiede nel comune di Padova.

L'assistenza ospedaliera è garantita dai due presidi ospedalieri: Ospedale S. Antonio (oggetto della presente indagine) e Ospedale Immacolata Concezione di Piove di Sacco, che si raccordano e integrano con l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Istituto Oncologico Veneto e le Case di Cura Private pre-accreditate del territorio dell'Ulss³⁰.

²⁹Azienda Ulss 12 Veneziana. Sito ufficiale.

Disponibile sul sito http://www.ulss12.ve.it/42_0/organigramma.ashx

Consultato nel settembre 2015

³⁰Azienda Ulss 16 Padova. Sito ufficiale.

Disponibile sul sito <http://www.ulss16.padova.it/it/ospedale-s-antonio/,88>

Consultato nel settembre 2015

2.3 Analisi dei dati

Di seguito vengono riportate le risposte alle domande dell'intervista effettuata ai coordinatori infermieristici delle due unità operative di pronto soccorso scelte.

1) Quanti casi di violenza sessuale a donne (età >18 anni) avete riscontrato nel vostro pronto soccorso nell'anno 2013-2014?

Pronto soccorso

MESTRE: Non è stato possibile quantificare i casi di violenza sessuale giunti in pronto soccorso in tale periodo. L'applicativo informatico adibito alla registrazione dei casi di accesso al pronto soccorso tiene conto delle aggressioni fisiche, ma non della violenza sessuale in particolare. Sono comunque episodi di rara evenienza.

PADOVA: Non è stato possibile rilevare gli accessi per violenza sessuale riguardanti l'anno 2013-2014. Si sono presentati, e tutt'ora si presentano, con maggior frequenza rispetto all'abuso sessuale, casi di violenza di genere specialmente in ambito domestico.

2) Sapreste indicare l'età media delle vittime che hanno avuto accesso al vostro pronto soccorso?

Pronto soccorso

MESTRE: Non è stato possibile rilevare l'età media delle vittime.

PADOVA: Non è stato possibile rilevare l'età media delle vittime.

3) Avete a disposizione un protocollo di triage a cui assegnare un determinato codice colore a casi di violenza sessuale su donne? Quale codice colore viene assegnato?

Pronto soccorso

MESTRE: Non è presente un codice colore apposito per la violenza sessuale. Il protocollo di triage assegna codici colore relativi al rischio di pericolo di vita della persona. Non esiste quindi una relazione di attribuzione del codice in base al caso di violenza in sé.

Qualora la vittima, nonostante non presenti una condizione di salute che richieda delle cure sbrigate (attribuzione di un codice colore bianco/verde), a prescindere dal colore attribuito di non urgenza, verrà a lei praticata una presa in carico prioritaria del caso.

PADOVA: Viene assegnato il "codice rosa", un codice riservato alla violenza di genere, quindi anche sessuale, attribuito da personale addestrato a riconoscere tali abusi, anche quando non dichiarati apertamente. Al codice rosa è dedicata una stanza apposita nel pronto soccorso. Appena il codice scatta entra in funzione un'équipe composta da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e forze dell'ordine.

Tale intervento permette di prestare sostegno psicologico e cure tempestive alla vittima nel rispetto della riservatezza. Il compito principale del gruppo è l'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare nel far emergere tutti quegli episodi di violenza in cui le vittime difficilmente raccontano di essere state oggetto spesso per paura di ritorsioni.

4) Nel vostro pronto soccorso avete a disposizione un protocollo apposito che guidi l'iter terapeutico e l'assistenza alla vittima? Se sì, viene utilizzato?

Pronto soccorso

MESTRE: Sì, esiste e viene utilizzato un protocollo aziendale apposito che guidi l'iter terapeutico della vittima di violenza sessuale.

PADOVA: Sì, il codice rosa non è solo un codice di priorità colore, è un percorso che stabilisce delle apposite procedure su come intervenire in caso di violenza sessuale e/o domestica.

5) Avete a disposizione dei kit appositi per la raccolta degli indumenti della vittima e delle prove biologiche (kit stupro)?

Pronto soccorso

MESTRE: In pronto soccorso non sono presenti tali kit. La vittima per eseguire la visita specialistica ginecologica, chirurgica, urologica e l'eventuale raccolta dei campioni biologici e forensi che non presentino stato di necessità, viene trasferita nei reparti di relativa competenza in base alle lesioni presentate. Tali unità operative potenzialmente coinvolte nella gestione del caso avranno a disposizione dei kit predefiniti o del materiale apposito forniti dal laboratorio dell'ospedale. In pronto soccorso vengono eseguiti solo esami tossicologici ematochimici e delle urine previo consenso.

PADOVA: Non vi sono presenti kit per la raccolta degli indumenti e delle prove biologiche. In pronto soccorso vengono eseguite solo le cure primarie e gli esami tossicologici nella stanzetta messa a disposizione per il codice rosa.

Le visite specialistiche e l'eventuale raccolta dei campioni medico-forensi verranno effettuate successivamente nei reparti di relativa competenza.

6) Ritiene che la formazione del personale infermieristico nel suo pronto soccorso sia adeguata ed efficace alla gestione del caso di donna vittima di violenza sessuale?

Pronto soccorso

MESTRE: Sì, la formazione del personale infermieristico è adeguata. Il personale è a conoscenza della presenza di tale protocollo ed è in grado di metterlo in pratica assicurando alla vittima una gestione efficace del caso per quanto riguarda l'iter terapeutico.

PADOVA: Sì, il personale infermieristico è adeguatamente formato per la gestione della violenza sessuale nella nostra unità operativa. È a conoscenza dell'iter terapeutico stabilito dal codice rosa creato appositamente per la violenza di genere, incluso quindi il reato preso in esame.

7) Ritiene utile una formazione aggiuntiva tramite l'attivazione di un corso di aggiornamento per il personale infermieristico su come assistere donne vittime di violenza sessuale che accedono al vostro pronto soccorso?

Pronto soccorso

MESTRE: Le conoscenze e competenze tecniche del personale infermieristico sono acquisite, sarebbe comunque utile una formazione aggiuntiva per approfondire, oltre al lato tecnico, le conoscenze personali, relazionali ed etiche sulla violenza sessuale data appunto la notevole presenza di pregiudizi del personale, non solo infermieristico, e di conseguenza un'accoglienza della vittima più o meno professionale rispetto alle credenze del professionista che prende in carico la paziente.

PADOVA: L'ultimo corso di formazione chiamato "codice rosa e violenza di genere" per i professionisti nel campo è stato effettuato nell'anno 2014. Non viene esclusa però l'utilità

di ulteriori corsi di formazione a riguardo; alla vittima si assicurata una giusta messa in pratica del codice rosa, ma non tutti i professionisti assistono la paziente con un'accoglienza professionale che si avvale di sincerità, ascolto empatico e della capacità di accogliere i vissuti emotivi della vittima, senza appunto essere screditata. Tale mancanza di professionalità può essere il risultato della presenza infondata di pregiudizi sul tema o della scarsa conoscenza e comprensione di quanto possa essere logorante il dolore di una donna soggetta a tale abuso.

8) Nella maggioranza dei casi la violenza è stata dichiarata dalla vittima o è stata riconosciuta dal personale medico/infermieristico?

Pronto soccorso

MESTRE: Nella maggioranza dei pochi casi giunti in pronto soccorso la vittima ha dichiarato di aver subito violenza sessuale. E' possibile che ci siano stati episodi di mancata verbalizzazione della violenza subita e quindi di non riconoscimento di essa sia dal personale infermieristico che medico.

PADOVA: Nei casi presentati nella nostra unità la vittima stessa ha dichiarato di aver subito violenza. Ci sono stati però episodi in cui il personale sanitario ha sospettato la possibilità che la vittima avesse subito abusi sessuali, nonostante la sua continua negazione.

9) Che materiale viene usato per la raccolta dati durante l'esame fisico della vittima? da chi viene compilato?

Pronto soccorso

MESTRE: In pronto soccorso non viene utilizzato un materiale cartaceo o informatico specifico di raccolta dati per casi di violenza sessuale. Il materiale specifico, come la scheda clinica, verrà utilizzato e compilato nel reparto di competenza (ginecologia, chirurgia, urologia) dal medico specialista che visiterà la vittima dopo la precedente accettazione e valutazione in pronto soccorso. Tutta la documentazione, una volta completata e resa disponibile per il soggetto passivo di reato, verrà conservata in pronto soccorso e verrà resa disponibile per l'Autorità Giudiziaria, ove previsto.

PADOVA: In pronto soccorso non viene fatto uso di materiale informatico o cartaceo inerente alla violenza sessuale. Eseguita l'accettazione dall'infermiere triagista, la vittima viene accompagnata nell'ambulatorio messo a disposizione dal codice rosa e visitata dal medico per poi essere trasferita nelle diverse specialità precedentemente elencate. La documentazione raccolta verrà messa a disposizione all'Autorità Giudiziaria.

3. RISULTATI DEI DATI

Dalle risposte ottenute si evidenzia l'utilizzo di protocolli e di percorsi appositi per le vittime di violenza sessuale già prestabiliti da entrambe le aziende, ed è stata verbalizzata un'adeguata preparazione del personale infermieristico nel mettere in pratica tali percorsi terapeutici, nonostante le rare occasioni di utilizzo.

Più titubante risulta il lato etico/relazionale dei sanitari nei confronti della vittima.

Alle domande di quantificazione dei casi di violenza sessuale e dell'età media delle vittime nessuna delle due unità ha saputo rispondere a causa di lacune presenti nella registrazione negli applicativi appositi del fenomeno come tale. La violenza sessuale viene ricondotta infatti alla violenza di genere.

Per quanto riguarda l'assegnazione del codice colore di triage, nella realtà di Mestre non viene fatto uso di un codice apposito per tale fenomeno, a differenza invece di Padova che si avvale del "codice rosa", un percorso riservato a tutte le vittime di violenza di genere (quindi anche a vittime di abuso sessuale).

Successivamente all'accertamento medico e alle cure primarie eseguite in pronto soccorso, se la vittima non presenta altre conseguenze sulla salute da richiedere ulteriori trattamenti sanitari tempestivi, viene trasferita nelle unità specialistiche per le visite mediche e gli accertamenti del caso, compresi l'eventuale raccolta dei campioni biologici e delle prove del reato. Non viene quindi identificata come competenza del personale sanitario delle unità di emergenza l'esame obiettivo specialistico e tutte le procedure di raccolta del materiale medico-forense, ad eccezione degli esami tossicologici.

Riguardo la preparazione del personale nel riconoscimento della violenza senza verbalizzazione da parte della paziente è stata verbalizzata una possibile difficoltà

nell'individuazione del fenomeno e quindi una possibile lacuna di conoscenze su come rilevare l'abuso.

In entrambe le unità operative non viene fatto uso di materiale cartaceo-informatico specifico per la documentazione del reato, viene utilizzato solo durante le visite specialistiche nei reparti di competenza da medici specialisti.

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Considerazione sui dati

Dalle risposte ottenute si evidenzia una presa in carico più specifica per casi di abuso sessuale nel pronto soccorso di Padova rispetto a quello di Mestre, grazie appunto all'utilizzo di un apposito codice colore che, appena assegnato, attiva un team di professionisti sanitari e non, adibiti appositamente all'assistenza sia medica che giuridica alla vittima del reato. Inoltre, tale codice prevede il trattamento della paziente in una stanza separata che permetta il rispetto della riservatezza e di conseguenza un maggior clima di conforto e fiducia per esprimere i contenuti emotivi, facilitare la dichiarazione delle violenze subite e la richiesta di aiuto ai sanitari. Questo avviene nei casi di dichiarata violenza che nei casi in cui la vittima non lo ammetta apertamente.

Tale procedura rispecchia quanto raccomandato dalle linee guida emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, di conseguenza si propone come un metodo maggiormente efficace di gestione del caso rispetto ad una presa in carico aspecifica per il reato.

Eseguire l'esame specialistico, l'eventuale raccolta degli indumenti, dei campioni medico-forensi e di conseguenza anche la conservazione del materiale apposito in unità, non risulta però di competenza dei sanitari di entrambe le unità operative; ciò costringe la vittima ad essere inviata in diversi ambienti a lei sconosciuti e ad essere visitata e denudata da più persone, incrementando ulteriormente il trauma.

In tal modo vi è presente il rischio di perdita di tempo per il campionamento delle prove biologiche utili a cagionare l'assalitore in sede giudiziaria.

Secondo quanto raccomandato dall'OMS sarebbe più opportuno, per quanto possibile, che siano gli stessi professionisti che hanno accolto la vittima ad accompagnarla per tutto il percorso terapeutico nella struttura sanitaria e che siano gli specialisti a venire incontro alla vittima, munita del materiale apposito sia per la raccolta delle prove del reato che per la redazione dell'iter terapeutico. La vittima riuscirà così a stabilire una relazione d'aiuto con il professionista e a sentirsi il più possibile a suo agio.

Tale percorso terapeutico sarà efficace solo se il personale abbia acquisito durante la sua formazione delle adeguate competenze relazionali nei confronti della vittima.

Dall'indagine si è infatti dimostrata una carenza da parte di alcuni infermieri e da altre figure sanitarie nel mettere in pratica tali abilità, probabilmente a causa di scarse conoscenze, pensieri e pregiudizi infondati sul fenomeno.

Questa mancanza di professionalità potrà influenzare negativamente il superamento della situazione traumatica da parte della paziente, portandola alla rinuncia definitiva delle cure per paura di ripercussioni o per vergogna e, probabilmente, ad esporla nuovamente a episodi di violenza.

Infine sono emerse delle possibili difficoltà nell'individuazione del fenomeno se non verbalizzato.

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

4.2 Limiti dello studio

L'indagine svolta riflette il pensiero e l'esperienza soggettiva della persona intervistata e non permette quindi di cogliere una visione collettiva e completa del personale sanitario infermieristico sul tema indagato.

Il percorso terapeutico della vittima di violenza sessuale dentro alla struttura risulta molto complesso e varia da situazione a situazione.

E' stato preso in esame solo il caso in cui la vittima si reca di sua spontanea volontà alla struttura ospedaliera, e non situazioni in cui il personale sanitario esca nel territorio a fornire prestazione.

Si è cercato inoltre con i quesiti espressi di indagare i temi più importanti sull'argomento riguardanti la gestione infermieristica, data appunto la vastità del problema. L'indagine risulta quindi di modesta entità.

4.3 Implicazioni per la pratica

Come azione correttiva alla lacuna di conoscenze più fattibile ed efficace viene proposta l'attuazione di corsi di formazione specifica sull'argomento in esame al personale infermieristico ed eventualmente estesa anche ad altre figure sanitarie.

Tale formazione deve quindi mirare non solo all'ampliamento delle competenze tecnico-relazionali del professionista ma soprattutto a fornire le giuste conoscenze riguardo questioni etiche e morali che si nascondono dietro ad un caso di violenza. In tal modo si potrebbe contrastare e ridurre pregiudizi e le false credenze sul tema spesso imposte dalla società.

Solo eliminando queste ultime si potrà costruire e praticare una giusta assistenza e un'accoglienza professionale della vittima nell'unità di emergenza.

Verranno inoltre approfondite le conoscenze riguardo i segni/sintomi correlati all'abuso per saperli riconoscere in caso di violenza non dichiarata.

BIBLIOGRAFIA

Del Giudice G, G. Barbara, and Adami C. "I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto." (2001): 185-203.

Di Nunzio C, Di Mizio G, and Ricci P. "Methodological approaches to sexual violence: experience of legal medicine at Catanzaro University." ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY 4.1 (2014): 11-33.

García-Moreno, Claudia, et al. "The health-systems response to violence against women." The Lancet 385.9977 (2015): 1567-79.

GFT Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano: McGraw-Hill(2010): 470.

Ingemann-Hansen, Ole, and Annie Vesterby C. "Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence." Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 27.1 (2013): 91-102.

Kiss L, Schraiber LB, Hossain M, Watts C, Zimmerman C. The Link Between Community-Based Violence and Intimate Partner Violence: the Effect of Crime and Male Aggression on Intimate Partner Violence Against Women. Prevention Science. 2015;16(6): 881-889. doi:10.1007/s11121-015-0567-6.

Ministero della Sanità."Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992". Gazzetta Ufficiale, 114, 25 34 (1996).

Vender, Cristian, Scelsi S, and Rega M.L. "Indagine conoscitiva nei Pronto Soccorso del Lazio sulle strategie organizzative di applicazione dei protocolli di triage." SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI 26.2 (2009).

World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization (2013).

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

World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Global and regional estimates of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, (2013).

World Health Organization. "WHO, ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies."(2007).

SITOGRAFIA

Azienda Ulss 12 Veneziana. Sito ufficiale.

Disponibile al sito http://www.ulss12.ve.it/42_0/organigramma.ashx

Consultato nel settembre 2015

Azienda Ulss 16 Padova. Sito ufficiale.

Disponibile al sito <http://www.ulss16.padova.it/it/ospedale-s-antonio/,88>

Consultato nel settembre 2015

Dichiarazioni delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne, Risoluzioni dell'Assemblea Generale, 20 dicembre 1993.

Disponibile al sito http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27

Consultato nel agosto 2015

EU.R.E.S. "Omicidio volontario in Italia, Rapporto Eures 2013." (2013)

Disponibile al sito west-info.eu/files/ESTREMA-SINTESI-RAPPORTO-EURES-OMICIDI-2013

Consultato nel luglio 2015

ISTAT, La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia (2014).

Disponibile al sito <http://www.istat.it/it/archivio/161716>.

Consultato nel luglio 2015

Legge 15 febbraio 1996 n. 66 "Norme contro la violenza sessuale", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1996 n. 42.

Disponibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1557_allegato.pdf

Consultato nel agosto 2015

Massimo M.G. IPASVI: Le nuove Linee guida dell'Oms sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. Rivista l'Infermiere N°5-2013.

Disponibile al sito <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17-articolo-209.htm>

Consultato nel luglio 2015

Organizzazione mondiale della Sanità. "Violenza sessuale, rapporto mondiale sulla violenza e la salute." (2002).

Disponibile al sito: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Consultato nel Luglio 2015

Savojni M.K. Vicepresidente AILF. Violenza sessuale: protocollo per gli adulti.

Disponibile al sito http://www.ailf.eu/files/works/violenza_sessuale_protocollo.pdf

Consultato nel luglio 2015

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - INTERVISTA

INTERVISTA AI COORDINATORI INFERMIERISTICI DELLE UNITA' DI PRONTO SOCCORSO DI MESTRE E PADOVA

Domande intervista:

1. Quanti casi di violenza sessuale a donne (età >18 anni) avete riscontrato nel vostro pronto soccorso nell'anno 2013-2014?
2. Sapreste indicare l'età media delle vittime che hanno avuto accesso al vostro pronto soccorso?
3. Avete a disposizione un protocollo di triage a cui assegnare un determinato codice colore a casi di violenza sessuale su donne? Quale codice colore viene assegnato?
4. Nel vostro pronto soccorso avete a disposizione un protocollo apposito che guidi l'iter terapeutico e l'assistenza alla vittima? Se sì, viene utilizzato?
5. Avete a disposizione dei kit appositi per la raccolta degli indumenti della vittima e delle prove biologiche (kit stupro)?
6. Ritiene che la formazione del personale infermieristico nel suo pronto soccorso sia adeguata ed efficace alla gestione del caso di donna vittima di violenza sessuale?
7. Ritiene utile una formazione aggiuntiva tramite l'attivazione di un corso di aggiornamento per il personale infermieristico su come assistere donne vittime di violenza sessuale che accedono al vostro pronto soccorso?
8. Nella maggioranza dei casi la violenza è stata dichiarata dalla vittima o è stata riconosciuta dal personale medico/infermieristico?
9. Che materiale viene usato per la raccolta dati durante l'esame fisico della vittima? da chi viene compilato?

STUDENTE: Elena Pugliese

**ALLEGATO 2 - DICHIARAZIONI SULL'ELIMINAZIONE DELLA
VIOLENZA CONTRO LE DONNE, Risoluzioni dell'Assemblea
Generale delle Nazioni Unite, 20 dicembre 1993.**

Articolo 1

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

Articolo 2

La violenza contro le donne dovrà comprendere, ma non limitarsi a, quanto segue:

- a) La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse le percosse, l'abuso sessuale delle bambine nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legata allo sfruttamento;
- b) La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene all'interno della comunità nel suo complesso, incluso lo stupro, l'abuso sessuale, la molestia sessuale e l'intimidazione sul posto di lavoro, negli istituti educativi e altrove, il traffico delle donne e la prostituzione forzata;
- c) La violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o condotta dallo Stato, ovunque essa accada.

ALLEGATO 3 - CODICE PENALE ITALIANO

Art.609-bis (Violenza sessuale)

“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali é punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

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

- abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
- traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena é diminuita in misura non eccedente i due terzi”.

Art. 609-ter (Circostanze aggravanti)

“La pena é della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609bis sono commessi:

- nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
- con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
- da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
- su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
- nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.

La pena é della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto é commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci”.

Art. 581 c.p. (Percosse)

“Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a trecentonove euro”.

Art. 572 c.p. (Maltrattamenti contro familiari o conviventi)

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni.

(La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici.)

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni”.

Art. 582 c.p. (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 prevedute dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa”.

Art. 610 c.p. (Violenza privata)

“Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

La pena è aumentata se concorrono le condizioni prevedute dall'articolo 339”.

Art. 331 c.p.p. (Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio)

“Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.
3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.
4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero.”

Art. 332 c.p.p. (Contenuto della denuncia)

“La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.”

Art. 361 c.p.p. (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale)

“Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro.

La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria [c.p.p. 57], che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto [c.p.p. 330-332, 347].

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.”

Art. 362 c.p.p. (Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio)

“L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a

causa del servizio [c.p.p. 330-332, 347], è punito con la multa fino a centotre euro.

Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.”

Art 334 c.p.p. (Referto)

1. Chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Art. 365 c.p.p. (Omissione di referto)

“Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro.

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.”

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a Eleonora Pugliese nato/a a Nestore
il 27/03/92 residente a Soltano tel. 0415765509
e-mail eleonora.pugliese@hotmail.it matricola 1046841
laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteria del corso a consegnare presso la biblioteca medica
"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

Laurea Triennale

Anno Accademico 2014-2015 Data della tesi 03/11/15

Titolo della tesi Gestione infermieristica in Pronto soccorso delle
donne vittime di violenza sessuale. Indagine condotta a Nestore e Padova
Parole chiave violenza sessuale, assistenza infermieristica

Abstract inserito nel file

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore Dott. Vincenti Eno Correlatore _____

Padova, li 3/11/15

Firma dell'autore

Eleonora Pugliese

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a Eleus Poplicke

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in [Padua@thesis](#), l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in [Padua@thesis](#) e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 3/11/15

Firma Eleus Poplicke

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale [Padua@thesis](#) mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

