

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**VIOLENZA DI GENERE: ATTEGGIAMENTI,
CONOSCENZE E PREPARAZIONE DEGLI
INFERMIERI NEI PRONTO SOCCORSO DEL VENETO**

RELATORE: dott.ssa Zanovello Marta

LAUREANDA: Imposti Daniza

(matricola n. 1230441)

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

SEDE DI MONSELICE

ABSTRACT

Problema/background: la violenza sulle donne rappresenta per tutto il mondo uno dei problemi più grandi per quanto riguarda la salute pubblica globale ed i diritti umani violati.

Con l'espressione violenza di genere si racchiude al suo interno tutte quelle forme di violenza (da quella psicologica, fisica e sessuale a quella fatta da atti persecutori, stupro e femminicidio) che riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al sesso. Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nel riconoscere i segni della violenza: le donne che hanno subito abusi accedono più frequentemente nei Pronto Soccorso ed accusano qualsiasi problema di salute più spesso delle donne che non ne subiscono.

Obiettivo: la finalità principale di questo elaborato è quello di indagare gli atteggiamenti, le conoscenze e la preparazione degli infermieri operanti nei Dipartimenti di Emergenza della regione Veneto che hanno assistito, ed assisteranno, donne vittime di violenza.

Materiali e metodi: per condurre questo studio sono stati raccolti e analizzati i dati ricavati dalla compilazione anonima, da parte del personale infermieristico, di un questionario creato ed utilizzato in precedenti studi (Di Giacomo & Palumbo, 2008).

Il questionario in oggetto era stato utilizzato dall'autore presso l'Azienda Sanitaria di Rimini per descrivere le conoscenze possedute, gli atteggiamenti e le percezioni relative alla violenza di genere degli infermieri e delle ostetriche operanti e personalmente coinvolti nell'accoglienza delle donne maltrattate (Di Giacomo & Palumbo 2008). Prima della somministrazione quest'ultimo è stato adattato alla realtà veneta.

Risultati: allo studio hanno partecipato 217 infermieri appartenenti a sei diverse Aziende ULSS. Gli infermieri affermano che la cosa più importante da offrire alle vittime sia ascolto e disponibilità; durante l'assistenza permangono comunque molte

difficoltà da parte dell'operatore, sia dal punto di vista relazionale e comunicativo, che da quello procedurale e nozionistico.

Gli operatori intervistati si dividono equamente in due per quanto riguarda il consigliare una vittima di VDG: il 50.2% di questi incoraggerebbe le pazienti a recarsi presso il più vicino Pronto Soccorso per farsi visitare o per porgere denuncia, contro il 49.3% che inciterebbe le vittime a recarsi presso il più vicino 'Sportello di ascolto contro la violenza alle donne' o altro servizio.

Dato preoccupante riguarda invece la 'colpevolizzazione' delle vittime: il 5.1% degli infermieri intervenuti afferma la presenza di un atteggiamento da parte della donna che può aver favorito il perpetuarsi della violenza stessa.

Nonostante l'importante campagna di sensibilizzazione portata avanti dalla Regione Veneto negli ultimi cinque anni, il 51.7% degli intervistati non ha frequentato corsi di aggiornamento specifici sull'argomento.

Conclusioni: malgrado i numerosi progetti di formazione e di aggiornamento disponibili a livello regionale e il sempre più importante peso del fenomeno a livello mediatico, tra gli operatori sanitari permangono difficoltà nell'accoglienza e nell'applicazione delle procedure disponibili all'interno dell'U.O.

Dal personale infermieristico vengono riscontrare criticità anche a livello comunicativo e relazione durante l'assistenza di questa tipologia di pazienti.

Keywords: *gender violence, emergency nurses, knowledge.*

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: REVISIONE DELLA LETTERATURA	5
1.1 Contestualizzazione del fenomeno	5
1.2 Introduzione al fenomeno.....	6
1.2.1 Le principali tipologie di violenza di genere	6
1.2.2 Gli effetti della violenza secondo l’OMS	7
1.3 Accoglienza delle vittime nella rete ospedaliera veneta.....	8
1.3.1 Infermiere forense: una nuova figura professionale	11
1.4 Scopo dello studio e quesito di ricerca	12
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	13
2.1 Disegno dello studio	13
2.2 Campionamento.....	13
2.3 Criteri di esclusione.....	13
2.4 Setting.....	14
2.5 Strategie per la ricerca bibliografica.....	14
2.6 Strumenti di misura e attività raccolta dati.....	15
2.7 Analisi dei dati.....	15
CAPITOLO 3: RISULTATI	17
3.1 Descrizione del campione.....	17
3.2 Risultati analizzati	23
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	35
4.1 Discussione.....	35
4.2 Limiti dello studio	43
4.3 Implicazioni per la pratica e la ricerca	44
4.4 Conclusioni.....	44
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	47
ALLEGATI.....	53
ALLEGATO A	53
ALLEGATO B	57

INTRODUZIONE

*“Per tutte le violenze consumate su di lei,
per tutte le umiliazioni che ha subito,
per il suo corpo che avete sfruttato,
per la sua intelligenza che avete calpestato,
per l’ignoranza in cui l’avete lasciata,
per la libertà che le avete negato,
per la bocca che le avete tappato,
per le sue ali che avete tarpato,
per tutto questo: in piedi, signori, davanti ad una Donna!”*

WILLIAM SHAKESPEARE

Questo elaborato nasce da un interesse personale nei confronti di un tema tanto delicato quando oramai ‘quotidiano’: la violenza di genere.

Che sia essa verbale o fisica, ogni giorno viene messa in primo piano dai media e dalle istituzioni a fronte dei sempre più numerosi casi non solamente in Italia, ma in tutto il mondo.

Dalle numerose ricerche effettuate per questo progetto, ho potuto constatare che gli atti di violenza sono un fenomeno complesso, legati a modelli di pensiero e di comportamento influenzati anche dalla società in cui viviamo.

In questa complicata situazione, mi è venuto spontaneo pormi una domanda: che cosa possono fare gli operatori sanitari per prevenire ed aiutare le donne ad affrontare questo sempre crescente fenomeno di violenza?

La paura di non essere credute, dello stigma e delle conseguenze porta molte donne a non denunciare. Molto spesso, però, si rivolgono ai Dipartimenti di Emergenza per cercare assistenza sanitaria, senza rivelare la causa od il motivo delle ferite.

In questo caso, sono gli operatori sanitari ad entrare in gioco: diventano così le prime figure a poter comunicare con la vittima, a poter fornir loro informazioni chiare ed efficaci per poter denunciare e uscire da questa situazione e infine, cosa più importante, ad operarsi per garantire una dimissione protetta alla donna.

Il riconoscimento e la gestione della violenza di genere (VDG) richiede a tutti gli operatori sanitari un'adeguata preparazione e formazione, cosa purtroppo ancora lacunosa in molte realtà lavorative del nostro territorio. Molto frequenti sono anche i pregiudizi, infondati, da parte degli operatori sanitari, i quali non sono per niente d'aiuto nel poter garantire alla paziente una corretta assistenza ed un supporto emotivo adeguato.

Lo scopo di questo elaborato è quello di indagare, con tutti i limiti associati ad uno studio di laurea triennale, le conoscenze, gli atteggiamenti e la preparazione dell'équipe infermieristica operante nei Pronto Soccorso (PS) della regione Veneto che hanno assistito, ed assisteranno, donne vittime di violenza.

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione agli infermieri di PS di un questionario anonimo già validato e precedentemente utilizzato in altri studi (Di Giacomo et al., 2017).

CAPITOLO 1: REVISIONE DELLA LETTERATURA

La violenza di genere, o violenza contro le donne, citando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Violence against Women Prevalence Estimates, 2018 – Executive Summary*, s.d.-a) “è il più grande problema di salute pubblica e di diritti umani violati in tutto il mondo”.

Gli studi al riguardo sono molteplici e, tutti, mettono in evidenza come questo brutale fenomeno non riguardi solamente donne appartenenti ai paesi del terzo mondo, o di ceto economico o culturale basso, ma caratterizzi anche donne appartenenti a realtà più ‘avanzate e moderne’; basti pensare come solo in Italia, secondo l'Istat, circa un terzo delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito violenza almeno una volta nella vita, in una qualsiasi delle sue molteplici forme.

1.1 Contestualizzazione del fenomeno

Per contestualizzare al meglio questo grave problema, possiamo partire dando una chiara e precisa definizione, citando l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che descrive la violenza di genere come qualsiasi atto di violenza fondato 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.

Questa tipologia di violenza, come possiamo evincere dalla definizione, presuppone la convinzione di una superiorità degli uomini rispetto alle donne che va a legittimare questo comportamento: si va a chiarire in questo modo come tutte le donne possono essere vittime di violenza, perché la causa non sono loro stesse od i loro comportamenti, ma i loro aggressori.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Violence against Women*, s.d.), invece, lo definisce come «un grave problema di salute pubblica; un fenomeno silenzioso, perché non compreso nel disvalore e nella pericolosità, si annida nella vita quotidiana e spesso percepito dalle stesse vittime come un incidente di percorso».

La violenza di genere, riassumendo, non è altro che una delle più gravi forme di discriminazione legata ad una cultura sessista che ha la tendenza a svilire la donna, oggettivizzandone il corpo e limitandone la libertà e, cosa non meno importante, è una gravissima violazione dei diritti fondamentali della persona. (*relazione_seminario_1_dicembre.pdf*, s.d.)

1.2 Introduzione al fenomeno

1.2.1 Le principali tipologie di violenza di genere

La violenza di genere ha numerose sfaccettature e, per cercare di comprenderla al meglio, possiamo provare iniziando a classificare alcune delle più famose tipologie di violenza che esistono:

1. Violenza fisica

Può spesso avere un inizio ‘subdolo’, con episodi sporadici caratterizzati da minacce, attacchi di gelosia e spintoni, fino a giungere a vere e proprie percosse quotidiane, tentativi di strangolamento, soffocamento o di bruciate. Nei casi più gravi si può giungere a veri e propri tentativi di omicidio, spesso con esito fatale.

2. Violenza psicologica

Si tratta di una tra le forme di violenza più diffuse, che hanno come scopo principale quello di denigrare la donna, controllarne il comportamento e limitarne la libertà personale. Molto frequenti sono le limitazioni affettive, nelle quali la vittima viene spesso ‘isolata’ dalla società, allontanata dalla famiglia e dagli amici, cercando addirittura di impedirle di lavorare o studiare.

Spesso questo genere di violenza può cominciare con tentativi di controllo sul modo di vestire e di truccare della donna, con svalorizzazione e violenza verbale come umiliazioni, offese e denigrazioni, anche in pubblico.

In questa categoria, possiamo inserire, un po’ per affinità, anche il mobbing e lo stalking.

3. Violenza economica

Caratterizzata da un controllo del comportamento e delle abitudini della donna nell’uso del denaro, minacciandola costantemente di negarle le risorse

economiche necessarie, per esempio vietandole la possibilità di avere un lavoro od impendendole di utilizzare le proprie personali entrate finanziarie in autonomia;

4. *Violenza sessuale*

Nella nostra normativa nazionale, tale violenza “si riferisce a chiunque, con la forza o con la minaccia o l’abuso di autorità, forzi un’altra persona a commettere o subire atti sessuali (Codice penale, articolo 609bis) ed include pertanto lo stupro e le molestie sessuali.”

5. *Violenza domestica*

Molto frequentemente gli eventi di violenza più gravi avvengono proprio tra le mura della propria casa, in famiglia, e gli aggressori sono i partner. Questa tipologia di violenza è estremamente complessa da gestire e spesso i legami di affetto alla base del rapporto rendono la denuncia e la capacità della vittima a reagire difficile e dolorosa: la donna può essere indotta a giustificare l’aggressore ed a colpevolizzare se stessa, cercando spiegazioni ragionevoli dove, di ragione, non ce n’è.

6. *Violenza assistita*

Questa forma di violenza non colpisce direttamente la donna, ma i bambini. Spesso i più piccoli sono spettatori di episodi di violenza e sopruso; l’esperienza diretta a questi eventi provoca nel minore un ‘contraccolpo psicologico’: imparano in questo modo come l’aggressività, l’uso della forza e l’umiliazione siano comportamenti giusti ed accettabili (Franco, 2022a).

1.2.2 Gli effetti della violenza secondo l’OMS

La violenza sessuale ha un profondo impatto sulla salute fisica e mentale della donna non solo a breve termine, ma anche nel lungo termine (*Tabella 1*)¹: in media, le vittime di abuso subiscono nel corso della loro vita interventi chirurgici, visite mediche, degenze ospedaliere, utilizzo di farmaci e consulti di salute mentale in quantità superiore rispetto a chi non ha subito abusi (OMS, 2002, ONDA, La salute della donna, 2010).

¹ Tratta da *veneto_vademecum_operatori_2017_2021.pdf*, s.d.

Tabella I: Conseguenze della violenza sulla salute della donna

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

1.2 Accoglienza delle vittime nella rete ospedaliera veneta

Il Pronto Soccorso può diventare il punto strategico di riconoscimento del trauma della violenza, dove fornire da subito una risposta sanitaria e allo stesso tempo assolvere ai bisogni di protezione e di individuazione di un percorso per uscire dalla situazione in cui la donna si trova (Tovo, 2018).

L'OMS, nella raccomandazione n. 32 delle linee guida pubblicate nel 2013, recita:

La formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale dovrebbe includere diversi aspetti della risposta da fornire a tali violenze (ad esempio, l'identificazione della violenza, la valutazione del rischio e la programmazione di un piano di sicurezza, la comunicazione e le abilità cliniche, la documentazione e l'indicazione di ulteriori servizi cui poter fare riferimento).

Seguendo la raccomandazione n. 32 appena citata, la regione Veneto in questi anni ha sviluppato e svolto progetti e corsi di formazione periodici avendo proprio come argomento la gestione della violenza di genere: sono stati creati anche dei

Vademecum con delle precise e standardizzate indicazioni operative per il personale sanitario attivo nei Dipartimenti di Emergenza.

Una donna vittima di violenza può accedere al pronto soccorso con modalità diverse (ad esempio per scelta autonoma, accompagnata dal personale del 118 o da amici e parenti o addirittura dall'aggressore stesso) e, in qualunque caso, il personale sanitario deve saper come agire al meglio per la paziente.

Tutto ha inizio con il colloquio d'accoglienza con l'infermiere di Triage, il quale ha il compito, in caso di violenza non espressamente dichiarata, di identificarla, assegnare un codice colore, in accordo con la criticità della situazione, e gestire l'attesa della visita medica nel migliore dei modi, garantendo la privacy ed un ambiente sicuro alla donna.

Durante la visita medica, il medico ha il compito di:

- Documentare l'evento;
- Descrivere, diagnosticare e trattare le lesioni fisiche;
- Disporre le consulenze specialistiche, qualora necessarie (*Tabella II*);
- Allertare le forze dell'ordine nel caso fosse necessario;
- Assolvere agli obblighi di legge, in base alla prognosi (*Tabella III*);
- Valutare la possibile dimissione, od il ricovero se necessario, collaborando attivamente con la paziente per favorire una dimissione protetta;
- Utilizzare appropriati codici di diagnosi ICD-9 e chiudere la cartella clinica con appropriato codice colore.

Tabella II: Figure specialistiche da contattare se necessario durante la visita medica ambulatoriale

FIGURA PROFESSIONALE	QUANDO INTERPELLARLE
Ginecologo	<ul style="list-style-type: none"> In caso di violenza sessuale Per Mutilazioni genitali femminili Per IVG o presidi anticoncezionali di emergenza
Infettivologo	Per profilassi delle malattie a trasmissione sessuale
Medico legale	<ul style="list-style-type: none"> In caso di dubbi sugli obblighi di legge Consulenze legali
Forze dell'Ordine	<ul style="list-style-type: none"> Pericolo immediato per l'operatore e/o per la paziente Per sporgere denuncia
Operatori dei Centri Antiviolenza	PSICOLOGHE: <ul style="list-style-type: none"> Dimissioni protette Presenza di figli minori che hanno assistito/subito violenza Presenza in carico post-ospedaliera AVVOCATI: <ul style="list-style-type: none"> Consulenza/ tutela legale per la paziente
Servizi Sociali	<ul style="list-style-type: none"> Dimissioni protette In presenza di un contesto socio-economico fragile In presenza di figli minori che hanno assistito/subito violenza Presenza di dipendenza/e da sostanze
Psicologo Ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> Disturbo Post-Traumatico da stress Tono dell'umore instabile Reazione emotiva/comportamentale incongruente con i fatti accaduti
Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> In caso di violenza su minori In caso di violenza assistita

Tabella III: obblighi di legge in base alla prognosi

PROGNOSI		
GRAVITÀ	MALATTIA	PROCEDIBILITÀ
Lievissima	< 20 giorni	Querela persona offesa
Lieve	21 < malattia < 40 giorni	Ufficio**
Grave	> 40 gg o aggravanti*	Ufficio**
Gravissima	Certamente o probabilmente insanabile o aggravanti	Ufficio**

Riassuntiva di tutta la procedura sopra descritta, è la flow chart proposta sempre dal Vademecum della regione Veneto preso finora in esame. (figura 1)

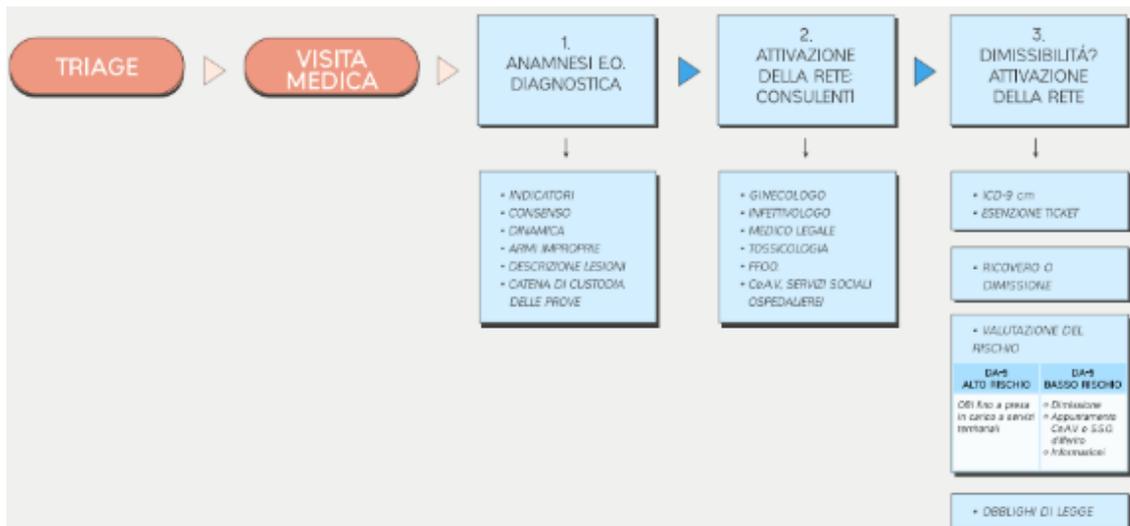


Figura 1: flow chart riassuntiva

1.3.1 Infermiere forense: una nuova figura professionale

Una figura professionale relativamente nuova nel panorama italiano, ma che potrebbe in futuro “fare la differenza” nel trattamento e nella gestione della violenza di genere nei Dipartimenti di Emergenza, è quella dell’infermiere forense; la sua origine è da ricercarsi negli Stati Uniti quando, nel 1983, Faye Battiste Otto fondò la American Forensic Nurses (AFN), la prima associazione degli infermieri forensi americani.

Esattamente dieci anni dopo, ossia nel 1993, a partire da settantadue membri dell’AFN, nacque l’International Association of Forensic Nursing (IAFN), la quale attualmente conta circa 6000 membri proveniente da almeno 22 paesi nel mondo.

Citando la prima definizione data nel 1998 dall’International Association of Forensic Nursing, per definire l’infermiere forense,

‘la professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio-psico-sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica del trattamento di casi di

lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici.’

Mentre in America questa nuova figura si afferma a partire dagli ultimi anni del Novecento, in Italia bisogna aspettare l’istituzione dei primi Master universitari, avvenuta tra gli anni 2005-2006.

Un ulteriore importante passo avanti per riconoscere e valorizzare questa figura professionale è stato compiuto nel maggio 2009, con la fondazione dell’Associazione Infermieri Legali e Forensi (AILF).

L’infermiere legale, se presente, è in grado di fornire un contributo a favore della vittima, aiutandola, dal suo ingresso in PS fino alla sua dimissione protetta, ad iniziare un processo di guarigione ed elaborazione dell’accaduto.

Oltre ad assistere la vittima sotto gli aspetti di natura clinica, l’infermiere forense collabora inoltre con la gestione degli aspetti giudiziari, ossia con la documentazione, la conservazione degli elementi di prova e con l’attivazione dei servizi di protezione, come le forze dell’ordine, i servizi sociali, le case rifugio o i servizi territoriali.

1.3 Scopo dello studio e quesito di ricerca

Negli ultimi anni, l’Azienda Zero della Regione Veneto si è impegnata ad implementare la formazione degli operatori sanitari nei Dipartimenti di Emergenza, che incontrano donne maltrattate nel loro lavoro quotidiano; lo scopo principale di questo studio è quello di indagare gli atteggiamenti, le conoscenze e la preparazione degli infermieri di Pronto Soccorso.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Disegno dello studio

La presente ricerca si propone di indagare le conoscenze e gli atteggiamenti del personale infermieristico operante nei Pronto Soccorso della Regione Veneto attraverso la somministrazione di un questionario rivolto all'intero personale infermieristico appartenente alle Unità Operative prese in esame.

Il questionario è stato utilizzato già in precedenza nella letteratura.

2.2 Campionamento

Il campione preso in esame in questo elaborato è composto da tutti gli infermieri che lavorano presso le Unità Operative (U.O.) di Pronto Soccorso della regione; questa scelta è stata dettata dal fatto che ogni singolo infermiere, senza distinzione di sesso, età o esperienza lavorativa, può entrare in contatto con donne vittime di violenza durante il proprio turno lavorativo.

La partecipazione allo studio è stata legata a una decisione volontaria e anonima.

Per l'autorizzazione alla distribuzione del questionario si è provveduto ad ottenere il consenso dapprima da parte dell'Università e successivamente da parte delle direzioni dei differenti presidi sede di Pronto Soccorso.

Una volta raccolti tutti i permessi necessari, è iniziata la distribuzione del questionario alle Unità Operative e l'analisi dei dati raccolti, sempre nel rispetto e nella tutela della privacy di tutti i partecipanti.

Lo studio è stato condotto in via telematica somministrando il questionario attraverso un link generato con Google Moduli, inoltrato ai coordinatori infermieristici delle U.O. partecipanti.

Il questionario è stato distribuito nei mesi di luglio, agosto e settembre 2022, stabilendo come termine ultimo per la sua compilazione il giorno 11 settembre 2022.

2.3 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli infermieri appartenenti ad Aziende ULSS o a Unità Operative che non hanno aderito al progetto di ricerca.

2.4 Setting

Lo studio è stato condotto nei reparti di Pronto Soccorso della Regione Veneto, grazie alla disponibilità a partecipare al progetto di sei diverse Aziende ULSS.

Le U.O. di PS si occupano dell'accoglienza, della diagnosi e della cura rapida delle emergenze mediche e traumatologiche; all'interno di queste emergenze, rientra anche l'accoglienza delle donne vittime di violenza.

2.5 Strategie per la ricerca bibliografica

Per poter trattare nel migliore dei modi il complesso argomento della violenza di genere, e per trovare il giusto questionario da somministrare, sono stati consultati alcuni libri cartacei e sono state effettuate ricerche nella letteratura attraverso i principali motori di ricerca: Google Scholar e Pubmed.

I risultati sono stati trovati e raccolti utilizzando, in entrambe le banche dati, filtri di ricerca per selezionare articoli il più possibile aggiornati e pertinenti al nostro campo d'indagine.

Per quanto riguarda Google Scholar, i filtri utilizzati sono stati:

- stringa di ricerca "*violence against women AND healthcare workers*"
- intervallo di tempo: last five years (dal 2017 al 2022)
- ordina per pertinenza

In PubMed, invece, per selezionare solo i risultati più adatti, la ricerca è stata eseguita usando:

- stringa di ricerca "*violence against women AND healthcare workers*"
- text Availability: free full text
- publication dates: last five years (dal 2017 al 2022)
- languages: English

Oltre agli articoli della letteratura trovati e presi in esame, sono stati aggiunti anche articoli dal web, libri disponibili gratuitamente online, dati forniti da fonti ufficiali (quali ISTAT e Ministero degli Interni), resoconti e studi pubblicati da WHO.

2.6 Strumenti di misura e attività raccolta dati

Lo studio effettuato si è svolto attraverso la somministrazione di un questionario convalidato ed utilizzato in precedenza nel 2016 presso i reparti che si occupano di accoglienza delle donne vittime di violenza presso l’Azienda Ospedaliera di Rimini (Di Giacomo et al., 2017b), revisionato e adattato alla realtà Veneta (eliminando alcune domande relative alla regione Emilia-Romagna, come quella riguardante il progetto Dafne o l’assegnazione del C/C). (*Allegato A-B*)

Il questionario in oggetto è composto da due parti: la prima comprende cinque domande ed è dedicata alla raccolta dei dati anagrafici e di contestualizzazione, mentre la seconda parte, il cuore della ricerca, consisteva in tredici domande chiuse. Quest’ultime domande vanno ad indagare le conoscenze, gli atteggiamenti e le convinzioni degli operatori sanitari intervistati.

È stata condotta un’analisi statistica descrittiva utilizzando i software di analisi Excel e Jamovi, ossia rispettivamente fogli di calcolo elettronici e un’interfaccia utente grafica open source per il linguaggio di programmazione R.

2.7 Analisi dei dati

La somministrazione dei questionari agli infermieri delle varie U.O. di Pronto Soccorso è terminata l’11 settembre 2022, con un’adesione totale di 217 infermieri.

CAPITOLO 3: RISULTATI

Lo studio è stato condotto grazie alla partecipazione di sei diverse Aziende ULSS della Regione Veneto, conteggiando un totale di diciassette U.O. di Pronto Soccorso che hanno collaborato attivamente, condividendo e compilando il questionario inviato loro.

Il numero totale di professionisti sanitari che hanno partecipato all'indagine è di 217 infermieri.

3.1 Descrizione del campione

La popolazione in esame è rappresentata da 217 infermieri di PS, appartenenti a diverse fasce d'età, con differente background formativo, con eterogenea anzianità di servizio in area d'emergenza-urgenza e con o senza attività di Triage. (*tabella IV*)

Tabella IV: caratteristiche del campione

Età	22-30 anni
	31-40 anni
	41-50 anni
	>51 anni
Sesso	Femmina
	Maschio
Background formativo	Diploma da infermiere
	Laurea in infermieristica
	Laurea specialistica/ laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche
Anzianità di servizio	0-5 anni
	6-10 anni
	11-15 anni
	>16 anni
Attività di triage	Sì
	No

▪ **Domanda n.1: quanti anni ha?**

Il maggior numero di infermieri che hanno accettato di partecipare, (72 intervistati, il 33.2% del totale), come rappresentato in *Figura 2*, ha un'età compresa tra i 31 e i 40 anni, seguiti poi con una percentuale del 29.0% dagli infermieri aventi età compresa tra i 22 e i 30 anni (63 su 217).

La fascia d'età con una partecipazione minore (del 13.8% con un totale di 30 risposte) è quella degli operatori sanitari con un'età maggiore di 51 anni. (*Tabella V*)

L'età media dei partecipanti è di 38.6 anni.

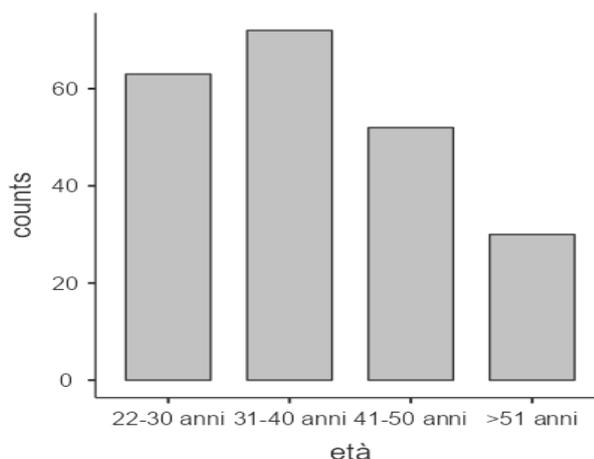


Figura 2: grafico a barre relativo all'età anagrafica del campione esaminato

Tabella V: età dei partecipanti al questionario

Età				Totale
22-30 anni	31-40 anni	41-50 anni	>51 anni	
63	72	52	30	217
(29.0%)	(33.2%)	(24.0%)	(13.8%)	(100.0%)

▪ **Domanda n.2: sesso**

Per quanto riguarda invece il genere dei partecipanti, con una percentuale del 59.4% sono state più partecipi le donne, mentre gli uomini che hanno risposto

al questionario sono “solo” 88 contro 129 donne (ossia il 40.6% del totale).
(Tabella VI)

Tabella VI: sesso degli intervistati

Sesso		Totale
Femmina	Maschio	
129	88	217
(59.4%)	(40.6%)	(100.0%)

Se si correlano tra loro le risposte fornite alle prime domande (tabella VII), si evince che i partecipanti di sesso femminile hanno risposto maggiormente rispetto a quelli di sesso maschile e che la fascia d’età con maggior partecipazione (generale e femminile) è rappresentata da quella “31- 40 anni”.

Tabella VII: età correlata al sesso

Età	Sesso		Totale
	Femmina	Maschio	
22-30 anni	41 (18.9%)	22 (10.1%)	63 (29.0%)
31-40 anni	46 (21.2%)	26 (12.0%)	72 (33.2%)
41-50 anni	28 (12.9%)	24 (11.1%)	52 (24.0%)
>51 anni	14 (6.4%)	16 (7.4%)	30 (13.8%)
Totale	129 (59.4%)	88 (40.6%)	217 (100.0%)

▪ **Domanda n.3: titolo di studio**

Alla domanda riguardante il titolo di studio, possiamo affermare che più del 70% degli infermieri sono laureati in Infermieristica (167), mentre 47 infermieri sui 217 presi in esame (ossia il 21.7%) possiedono il diploma.

Chi possiede una laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche o una laurea specialistica rappresenta solo l'1.4% del totale (3 infermieri). (Tabella VIII)

Tabella VIII: titolo di studio

Titolo di studio			Totale
Diploma da infermiere	Laurea in infermieristica	Laurea specialistica/ laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche	
47 (21.6%)	167 (77.0%)	3 (1.4%)	217 (100.0%)

▪ **Domanda n.4: da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso?**

Analizzando i dati della domanda n.4, si può notare come 103 infermieri su 217 lavorano in PS da meno di cinque anni il 47.5% del totale). (Tabella IX)

Tabella IX: anzianità di servizio

Anzianità di servizio				Totale
0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
103 (47.4%)	41 (18.9%)	34 (15.7%)	39 (18.0%)	217 (100.0%)

Presentano una percentuale simile di partecipazione allo studio gli operatori sanitari che lavorano in area critica da 6 -10 anni e coloro che ci lavorano da più di 16 anni (rispettivamente 41 e 39 infermieri, ossia il 18.9% e il 18.0%). Se si rappresentano questi dati in un diagramma a torta, si evidenzia chiaramente come la popolazione infermieristica dei Pronto Soccorso della Regione del Veneto studiata si divide quasi a metà tra chi lavora da meno di cinque anni (47.4%) e chi ci lavora da più di cinque anni (52.6%). (figura 3)

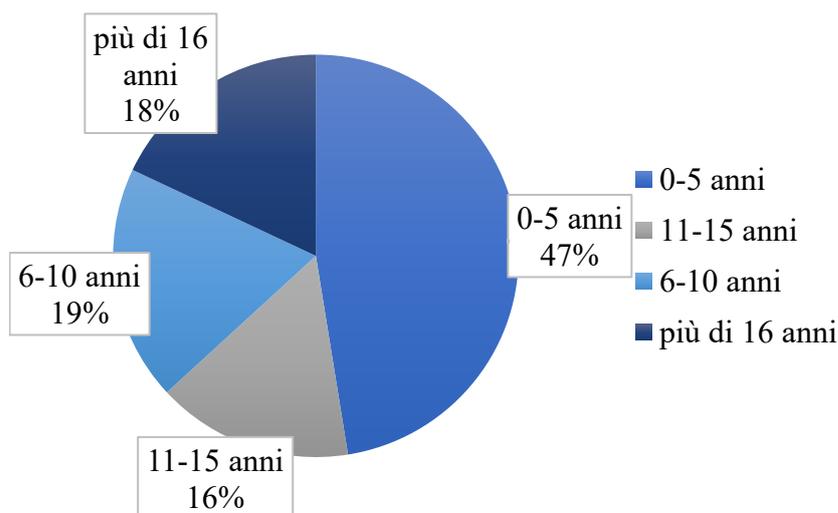


Figura 3: diagramma a torta relativo all'anzianità di servizio

Mettendo poi a confronto le domande n. 1 e n. 4 (tabella X), è possibile notare come 103 infermieri su 217 lavorino in Pronto Soccorso da meno di cinque anni e come questo numero diminuisca con l'aumentare dell'età: infatti, con l'aumentare dell'età anagrafica, aumenta anche l'anzianità di servizio all'interno dell'U.O. e nessun infermiere con un'età maggiore di 51 anni lavora in PS da meno di cinque anni.

Tabella X: anzianità di servizio correlato all'età

Età	Anzianità di servizio:				Totale
	0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
22-30 anni	61 (28.1%)	2 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	63 (29.0%)
31-40 anni	32 (14.7%)	24 (11.1%)	16 (7.4%)	0 (0.0%)	72 (33.2%)
41-50 anni	10 (4.6%)	11 (5.1%)	15 (6.9%)	16 (7.4%)	52 (24.0%)
> 51 anni	0 (0.0%)	4 (1.8%)	3 (1.4%)	23 (10.4%)	30 (13.8%)
Totale	103 (47.5%)	41 (18.9%)	34 (15.6%)	39 (18.0%)	217 (100.0%)

▪ **Domanda n.5: lei fa triage?**

La maggior parte degli infermieri, nonostante nella domanda precedente risulti che il 47% degli infermieri lavora in PS da meno di cinque anni, svolge attività di triage all'interno dei Pronto Soccorso con un rapporto quasi sei volte superiore a chi non lo svolge. (Tabella XI)

Tabella XI: attività di triage

Triage		Totale
Si	No	
186	31	217
(85.7%)	(14.3%)	(100.0%)

Relazionando insieme anzianità di servizio ed attività di triage, si evince come la percentuale totale di chi svolge triage sia nettamente superiore rispetto a chi non la svolge, ossia dell'85.7% rispetto al 14.3% (rispettivamente 186 e 31 infermieri).

Controllando ora i dati suddivisi per anzianità, si può comunque notare come, in qualsiasi fascia, la percentuale di chi svolge triage è sempre superiore rispetto a chi non lo svolge: anche chi lavora in PS da meno di cinque anni ha una percentuale superiore (34.1%, ossia 74 infermieri) rispetto a chi non esegue questa funzione (13.4%, 29 intervistati).

Interessante evidenziare nella seguente tabella come 74 infermieri su 217, anche se neo inseriti in queste U.O., svolgono comunque attività di triage. (Tabella XII)

Tabella XII: correlazione anzianità di servizio e attività di triage

Anzianità di servizio	Attività di triage		Totale
	Sì	No	
0-5 anni	74 (34.1%)	29 (13.4%)	103 (47.5%)
6-10 anni	40 (18.4%)	1 (0.5%)	41 (18.9%)
11-15 anni	34 (15.7%)	0 (0.0%)	34 (15.6%)
Più di 16 anni	38 (17.5%)	1 (0.5%)	39 (18.0%)
Totale	186 (85.7%)	31 (14.3%)	217 (100.0%)

3.2 Risultati analizzati

Si procede ora con il presentare le risposte alle restanti tredici domande del questionario, le quali indagano le conoscenze, la preparazione e gli atteggiamenti del personale infermieristico partecipante a questo studio.

- **Domanda n.6: ha mai assistito donne che hanno subito violenza sessuale e/o abuso familiare?**

Più del 90% degli infermieri, nonostante il 47% di essi lavori da meno di cinque anni in PS, dichiara di aver assistito vittime di violenza.

Solamente 15 infermieri, ossia il 6.9%, hanno risposto di non aver mai assistito donne che hanno subito violenza. (Tabella XIII)

Tabella XIII: infermieri che hanno assistito vittime di violenza

Assistito vittime di violenza		Totale
Sì	No	
202 (93.1%)	15 (6.9%)	217 (100.0%)

▪ **Domanda n.7: se sì, ha incontrato qualche difficoltà nell'accoglienza?**

In questa domanda era richiesta la partecipazione solo degli infermieri che nella domanda precedente avevano risposto affermativamente; le risposte raccolte, quindi, sono state 202 su un campione totale di 217 operatori sanitari.

Di questi 202 infermieri, 143 affermano di riscontrare talvolta delle difficoltà nell'assistere donne vittime di violenza, raggiungendo una percentuale del 70.8% e, 9 infermieri invece, dichiarano di incontrare 'sempre' delle difficoltà nell'assistenza.

Chi non incontra mai difficoltà sono invece il 19.3% (39 operatori sanitari) e, chi afferma invece 'Non so', rappresenta il 5.4% (11) degli infermieri che hanno assistito delle vittime. (Tabella XIV)

Tabella XIV: presenza di difficoltà durante l'assistenza

Presenza di difficoltà durante l'assistenza				Totale
Sì	Talvolta	Mai	Non so	
9 (4.5%)	143 (70.8%)	39 (19.3%)	11 (5.4%)	217 (100.0%)

▪ **Domanda n.8: quale difficoltà teme che possa presentarsi nell'assistere la donna che ha subito violenza?**

Mettendo le risposte in ordine decrescente, gli infermieri hanno affermato di temere in maggior misura l'approccio relazionale/comunicativo durante l'assistenza delle vittime, il 28.1%, ossia 61 operatori sanitari, ha timore dell'adeguata applicazione delle procedure e solamente il 4.6% (10) teme invece di avere conoscenze scarse su tale tematica. (Tabella XV)

Tabella XV: difficoltà temute dagli infermieri durante l'assistenza

Difficoltà che si temono durante l'assistenza			
Approccio relazionale/comunicativo	Conoscenze scarse su tale tematica assistenziale	Applicazione adeguata della procedura	Totale
146 (67.3%)	10 (4.6%)	61 (28.1%)	202 (100.0%)

- **Domanda n.9: è presente nella sua Unità Operativa/Servizio un piano/protocollo/procedura per l'assistenza alla donna che ha subito violenza?**

Dalle risposte date a questa domanda risulta che 212 infermieri, quasi la totalità, ossia il 97.7%, è a conoscenza dell'esistenza di piani/protocolli/procedure. (Tabella XVI)

Tabella XVI: risposte fornite relative alla presenza di protocolli operativi nell'U.O.

Presenza protocollo operativo nell'U.O.			Totale
Si	No	Non lo so	
212 (97.7%)	2 (0.9%)	3 (1.4%)	217 (100.0%)

- **Domanda n.10: nel momento dell'accoglienza come interviene?**

La popolazione degli infermieri intervistati è quasi divisa a metà, ossia il 46.5% (101) afferma di operare da solo al momento dell'accoglienza mentre, il 53.5% (116), risponde di operare insieme ad altri professionisti. (Tabella XVII)

Tabella XVII: momento dell'accoglienza in PS

Momento dell'accoglienza		Totale
Da solo	Con altri professionisti	
101 (46.5%)	116 (53.5%)	217 (100.0%)

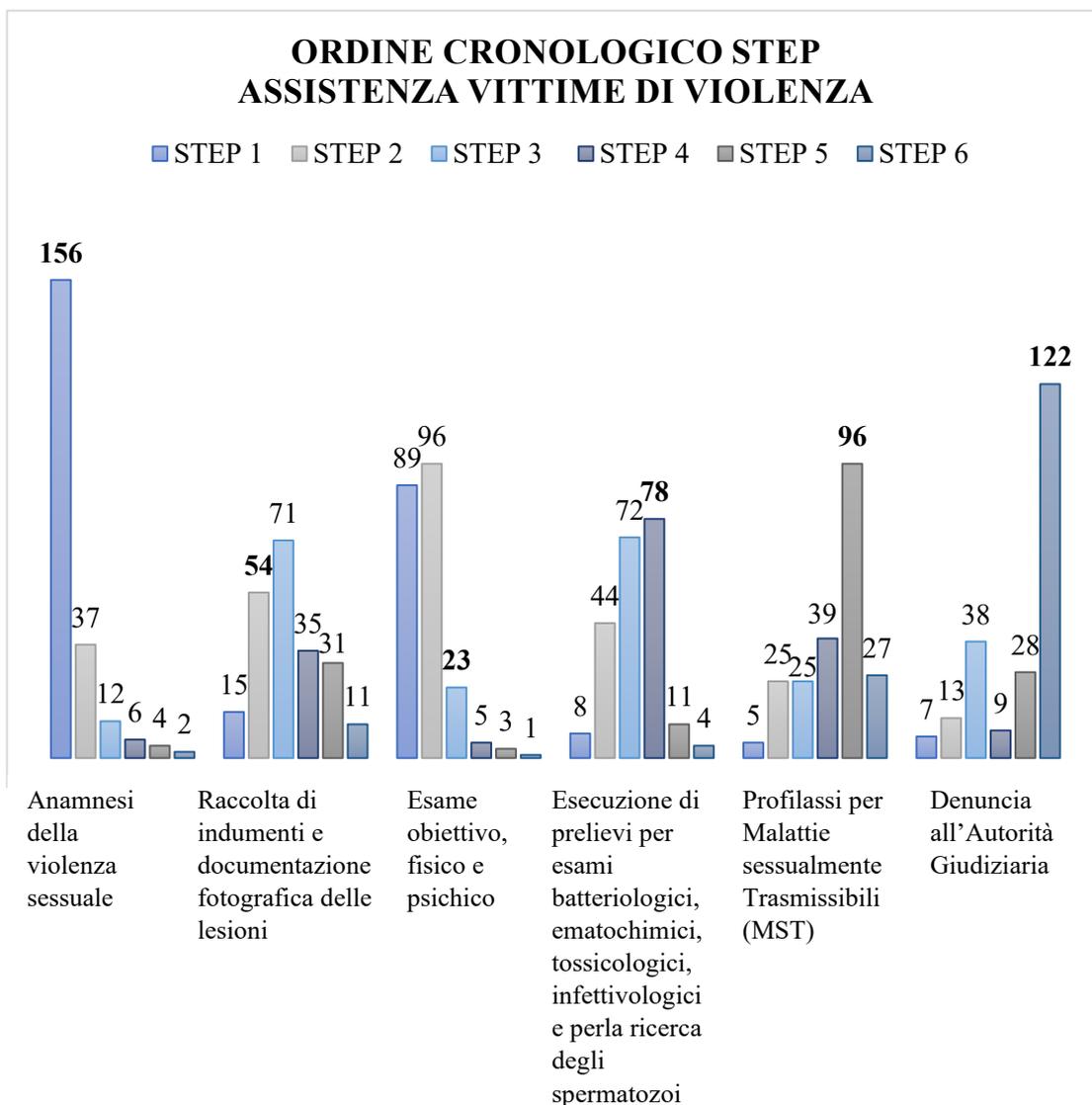
▪ **Domanda n.11: saprebbe indicare in ordine cronologico i seguenti steps per pianificare l'assistenza alla donna abusata?**

La domanda posta chiede di mettere in ordine cronologico le varie fasi dell'assistenza alle vittime di violenza.

Nella tabella di seguito possiamo vedere come le risposte fornite siano molto eterogenee, tranne per la prima fase (quella relativa all'anamnesi della violenza sessuale), con 156 infermieri (il 71.9%) che la indicano come primo step dell'assistenza, e per l'ultima (riguardante la denuncia all'autorità giudiziaria), con un totale di 122 infermieri che la pongono come ultimo step assistenziale da erogare (il 56.2%).

Nell'istogramma sotto riportato sono stati evidenziati i dati relativi all'ordine assistenziale identificato e condiviso con gli operatori sanitari dalla Regione del Veneto durante i corsi di aggiornamento dell'anno 2021 per la corretta gestione dei casi di violenza. (Tabella XVIII)

Tabella XVIII: step in ordine cronologico dell'assistenza



La maggior parte degli infermieri ha qualche difficoltà a individuare nel giusto ordine le diverse fasi 'centrali' dell'assistenza (step 2, 3 e 4), identificando come secondo step l'esame obiettivo fisico e psichico anziché la raccolta di indumenti e documentazione fotografica delle lesioni.

La medesima difficoltà si ritrova per quanto riguarda la quarta fase, ossia quella relativi all'esecuzione di prelievi per le varie tipologie di esami (come quelli batteriologici, ematochimici, infettivologici, ...): 78 infermieri (il 36.0%) hanno risposto correttamente, ma quasi altrettanti, precisamente 72 su 217 (ossia il 37.2%), hanno indicato questo step come il terzo, al posto dell'esame obiettivo fisico e chimico. (Tabella XIX)

Tabella XIX: tabella esplicativa con percentuali relative agli step analizzati

	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5	STEP 6
	% del totale	% del totale	% del totale	% del totale	% del totale	% del totale
Anamnesi della violenza sessuale	156 71.9%	37 17.1%	12 5.5%	6 2.8%	4 1.8%	2 0.9%
Raccolta di indumenti e documentazione fotografica lesioni	15 6.9%	54 24.9%	71 32.7%	35 16.1%	31 14.3%	11 5.1%
Esame obiettivo fisico e psichico	89 41.0%	96 44.2%	23 10.6%	5 2.3%	3 1.4%	1 0.5%
Esecuzione di prelievi per esami batterologici, ematochimici, tossicologici, infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi	8 3.7%	44 20.3%	72 33.2%	78 36.0%	11 5.1%	4 1.8%
Profilassi per Malattie sessualmente Trasmissibili (MST)	5 2.3%	25 11.5%	25 11.5%	39 18.0%	96 44.2%	27 12.4%
Denuncia all'Autorità Giudiziaria	7 3.2%	13 6.0%	38 17.5%	9 4.1%	28 13.0%	122 56.2%

La tabella sopra riportata mostra le risposte date dagli infermieri, calcolando le singole percentuali per ogni risposta e, come nel grafico precedente, evidenziando quelle delle risposte corrette in ordine cronologico.

- **Domanda n.12: cosa consiglierebbe a una donna che è stata vittima di violenza, se la incontrasse al di fuori del Pronto Soccorso?**

Il campione si divide quasi esattamente in due: un 49.3% (107 infermieri) afferma che consiglierebbe di recarsi presso uno sportello di ascolto contro la violenza, mentre il 50.2% (109) consiglierebbe di recarsi presso il Pronto Soccorso per farsi visitare o per porgere denuncia. Un solo infermiere ha affermato di non sapere cosa rispondere. (Tabella XX)

Tabella XX: consigli forniti dagli infermieri fuori dal PS ad una vittima di violenza

Consigli alle vittime fuori dal PS				
Di recarsi presso il più vicino "Sportello di ascolto contro la violenza alle donne" o altro servizio	Di recarsi presso un Pronto Soccorso e porgere denuncia	Di recarsi presso un Pronto Soccorso e farsi visitare	Non so	Totale
107 (49.3%)	61 (28.1%)	48 (22.1%)	1 (0.5%)	217 (100.0%)

- **Domanda n.13: cosa pensa sia più importante "offrire" alla donna che ha subito violenza?**

Con questa domanda, l'89.4% degli infermieri afferma che la cosa più importante da offrire alle donne vittime di violenza è, rispettivamente, 'ascolto e disponibilità' (105 intervistati, il 48.4%) e 'attivazione rete sociosanitaria' (89, ossia il 41.0%), il restante 10.6% afferma 'informazioni' (19 infermieri, ossia l'8.8%) e 'consulenze' (4, l'1.8%) (Tabella XXI)

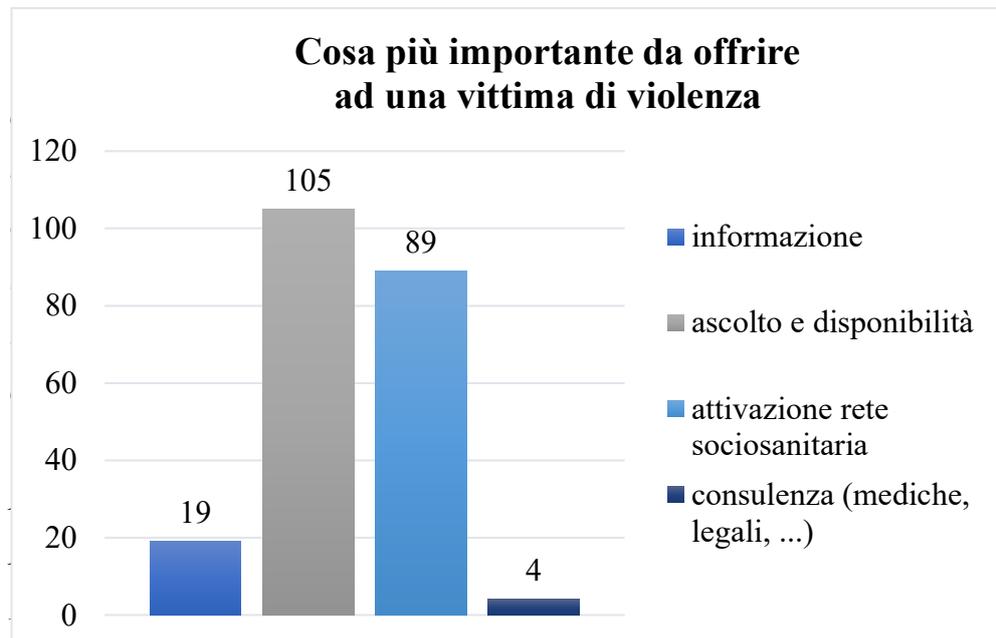
Tabella XXI: cosa più importante da offrire alle vittime di violenza

Cosa più importante da offrire ad una vittima di violenza				
Informazioni	Ascolto e disponibilità	Attivazione rete sociosanitaria	Consulenze (mediche, legali, ...)	Totale
19 (8.8%)	105 (48.4%)	89 (41.0%)	4 (1.8%)	217 (100.0%)

Con il seguente grafico a colonne, si mostrano in modo chiaro le posizioni delle diverse risposte date.

‘Ascolto e disponibilità’ non sono, a differenza di ‘informazioni’ e ‘consulenze’, legate alla formazione e alle conoscenze tecniche possedute dal singolo infermiere, ma dipendono dall’empatia e dalla disponibilità emotiva del singolo. (Tabella XXII)

Tabella XXII: grafico a colonne relativo alla domanda n.13



▪ **Domanda n.14: ritiene importante che la documentazione medica sia esaustiva e ricca di tutte le informazioni espresse dalla donna?**

Il 17.5% degli infermieri (38) afferma che la documentazione medica non deve essere esaustiva e ricca di informazioni.

La singola domanda non indaga quali informazioni siano da ‘indicare’ o ‘evitare’ all’interno della cartella clinica della paziente assistita ma, il 14.7% di questi (32 infermieri), ritiene che la donna potrebbe temere le conseguenze di una loro pubblicizzazione negli atti.

Il 73.7%, ossia 160 infermieri su 217, afferma invece che la documentazione deve essere completa perché indispensabile per un eventuale processo. (Tabella XXIII)

Tabella XXIII: risposte relative al quesito n.14

Documentazione medica esaustiva e ricca di informazioni				Totale
Si, perché indispensabili per un eventuale processo	No, perché non indispensabili	No, perché la donna potrebbe aver timore che le informazioni vengano pubblicizzate	Non so	
160 (73.7%)	6 (2.8%)	32 (14.7%)	19 (8.8%)	217 (100.0%)

A tal proposito è utile ricordare come, secondo il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 24 novembre 2017, nella cartella clinica devono essere raccolti in modo dettagliato l'anamnesi, l'esame obiettivo, e la documentazione con tutti gli elementi del caso necessari, nell'ipotesi in cui si proceda con la perizia medico-legale.

Prima di tutto ciò, sarà comunque necessario raccogliere il Consenso al trattamento dei propri dati, secondo l'articolo 10 della legge 675 del 31/12/1996, specificando l'Intenzione ad informare l'Autorità giudiziaria, a meno che non si tratti di una denuncia d'Ufficio.

▪ **Domanda n.15: ritiene di aver necessità di conoscenze specifiche e più approfondite?**

Alla domanda riguardante l'eventuale necessità di ulteriori conoscenze più specifiche e più approfondite sull'argomento, il 40.6% (88) ritiene di aver bisogno di più conoscenze sia per quanto riguarda aspetti tecnici legati alle procedure assistenziali da mettere in atto, sia per quanto riguarda gli aspetti giuridici/legali che per gli aspetti relazionali.

La percentuale degli infermieri invece che vorrebbero approfondire uno solo dei sopra citati aspetti sono, rispettivamente, il 27.2% (56), il 16.6% (36) e il 9.2% (20). (Tabella XXIV)

Il 6.5% (14 infermieri su 217) afferma invece di non aver bisogno di ulteriori conoscenze più specifiche.

Dalle risposte fornite ne deriva che il 93.5% (203 su 217) degli infermieri vorrebbe approfondire almeno uno degli aspetti sopra citati.

Questo dato, correlato alla domanda numero diciotto che analizzeremo tra poco, mette in risalto come la maggior parte degli infermieri necessiti di partecipare a corsi di aggiornamento specifici sull'argomento.

Tabella XXIV: necessità di conoscenze più approfondite relative alla VDG

Sì, riguardo ad aspetti tecnici legale e assistenziale alle procedure da mettere in atto	Necessità di conoscenze specifiche più approfondite				Totale
	Sì, riguardo ad aspetti giuridici/legali	Sì, riguardo ad aspetti relazionali	Sì, ritengo aver necessità di conoscenze rispetto tutti gli aspetti sopra citati	No, non ritengo sia necessario avere conoscenze specifiche e più approfondite	
59 (27.2%)	36 (16.6%)	20 (9.2%)	88 (40.6%)	14 (6.5%)	217 (100.0%)

- ***Domanda n.16: nell'atteggiamento della donna che ha subito violenza, ritiene che possa esserci stato qualcosa che ha favorito la violenza stessa?***

Dato su cui riflettere è che il 5.1% degli infermieri (11 su 217) crede che la violenza sia legata ad un atteggiamento della donna che l'ha favorita; 71 infermieri (rispettivamente il 32.7% del totale), invece, si sono astenuti dal rispondere scegliendo l'opzione 'non lo so'.

Più della metà, il 62.2% (ossia 135 infermieri), comunque ha risposto che la violenza non è legata ad un atteggiamento errato da parte della donna.

(Tabella XXV)

Tabella XXV: credenze relative alla presenza di un atteggiamento della donna che ha favorito la violenza

Atteggiamento della donna che può favorire la violenza			Totale
Sì	No	Non so	
11 (5.1%)	135 (62.2%)	71 (32.7%)	217 (100.0%)

- **Domanda n.17: come operatore sanitario, ritiene di essere in grado di sospettare se una donna è stata vittima di violenza?**

A questa domanda più della metà delle risposte, più precisamente 151 infermieri rappresentanti il 69.6% del totale, affermano di saper riconoscere e sospettare se una donna è stata vittima di violenza. Questo dato è contrapposto da un 30.4% che afferma di non saper individuare una violenza o non sapere se sarebbe in grado di riconoscerla (rispettivamente 4 infermieri su 217 affermano di no e 62 affermano di non saperlo).

Il fatto che quasi il 70% degli infermieri si ritenga in grado di riconoscere, anche se non espressamente dichiarata, una possibile violenza, è un dato di una certa rilevanza. (Tabella XXVI)

Tabella XXVI: operatori sanitari in grado di sospettare una violenza

Operatori in grado di sospettare una violenza			Totale
Sì	No	Non so	
151 (69.6%)	4 (1.8%)	62 (28.6%)	217 (100.0%)

- **Domanda n.18: negli ultimi tre anni, ha seguito corsi di formazione specifici sul comportamento da seguire e sulla gestione dei casi di violenza (stupro, maltrattamento, altre forme di violenza anche non fisica) che si potrebbero presentare al suo servizio?**

111 infermieri (il 51.2%) non hanno seguito negli ultimi tre anni corsi di formazioni specifici sull'argomento VDG, nonostante l'importante campagna di aggiornamento e formazione avanzata dalla Regione Veneto negli ultimi cinque anni. (tabella XXVII)

Tabella XXVII: risposte relative alla partecipazione a corsi di formazioni specifici

Partecipazione a corsi di formazioni specifici sull'argomento negli ultimi tre anni		Totale
Sì	No	
106 (48.8%)	111 (51.2%)	217 (100.0%)

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione

L'analisi delle risposte raccolte in questo studio ci permette di fare numerose osservazioni e riflessioni: il questionario somministrato non raccoglie solamente dati oggettivi per identificare standard assistenziali riguardanti la gestione infermieristica della violenza di genere, ma va anche a indagare l'esperienza soggettiva, le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri intervistati.

Per contestualizzare e comprendere al meglio i risultati in nostro possesso, possiamo suddividere la riflessione di quest'ultimi in 'tre macroaree' in base a cosa ricercano le singole domande del questionario: le conoscenze, gli atteggiamenti e le credenze degli infermieri operanti in PS.

Indagando sulle conoscenze possedute dal personale infermieristico si scopre che quasi la totalità degli infermieri (212 su 217, ossia il 97.7%) è a conoscenza delle procedure e/o protocolli all'interno della propria U.O.; questo è un dato positivo, infatti, la presenza di quest'ultimi, guida l'agire del professionista declinando una successione di azioni che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale (Redazione, 2016b).

Se successivamente si mette in correlazione la domanda numero 9 con la numero 4 (rispettivamente *'È presente nella sua Unità Operativa/Servizio un piano/protocollo/procedura per l'assistenza alla donna che ha subito violenza?'* e *'Da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso?'*), si nota come i 5 infermieri (rappresentanti il 2.3% del totale) che non sono a conoscenza dell'esistenza di protocolli operativi riguardanti la gestione della VDG, lavorino in Pronto Soccorso da meno di dieci anni (*tabella XXVIII*) e di questi 5 infermieri, 4 (l'1.8%) sono di sesso maschile (*tabella XXIX*).

Tabella XXVIII: domanda numero 9 correlata all'anzianità di servizio

Presenza protocollo operativo nell'U.O.	Anzianità di servizio				Totale
	0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
Sì	99 (45.6%)	40 (18.4%)	34 (15.7%)	39 (18.0%)	212 (97.7%)
No	2 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)
Non lo so	2 (0.9%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (1.4%)
Totale	103 (47.4%)	41 (18.9%)	34 (15.7%)	39 (18.0%)	217 (100.0%)

Tabella XXIX: risposte negative riguardanti la domanda numero 9

Presenza protocollo operativo nell'U.O.	Sesso		Totale
	Femmina	Maschio	
No	1 (0.5%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)
Non lo so	0 (0.0%)	3 (1.3%)	3 (1.3%)
Totale	1 (0.5%)	4 (1.8%)	5 (2.3%)

L'ultima domanda riguardante le conoscenze è anche l'ultima domanda del questionario (*'Negli ultimi tre anni, ha seguito corsi di formazione specifici sul comportamento da seguire e sulla gestione dei casi di violenza (stupro, maltrattamento, altre forme di violenza anche non fisica) che si potrebbero presentare al suo servizio?'*), dalle quali emerge che solo 106 su 217 infermieri (il 48.8%) si sono aggiornati regolarmente e, di questi, 67 sono di sesso femminile e 39 di sesso maschile, ossia rispettivamente il 30.8% e il 18.0% del totale dei partecipanti intervistati. (tabella XXX)

È possibile valutare la domanda anche correlandola con la numero 5 ('Lei fa triage?'), notando come 100 infermieri sui 106 che si sono aggiornati (ossia il 46.1% del totale) svolgono triage. (tabella XXXI)

Tabella XXX: domanda relativa ai corsi di formazione in relazione con il sesso

Partecipazione a corsi di formazioni specifici sull'argomento negli ultimi tre anni	Sesso		Totale
	Femmina	Maschio	
Si	67 (30.8%)	39 (18.0%)	106 (48.8%)
No	62 (28.6%)	49 (22.6%)	111 (51.2%)
Totale	129 (59.4%)	88 (40.6%)	217 (100.0%)

Tabella XXXI: domanda relativa ai corsi di formazione correlata con l'attività di triage

Partecipazione a corsi di formazioni specifici sull'argomento negli ultimi tre anni	Triage		Totale
	Si	No	
Si	100 (46.1%)	6 (2.8%)	106 (48.8%)
No	86 (39.6%)	25 (11.5%)	111 (51.2%)
Totale	186 (85.7%)	31 (14.3%)	217 (100.0%)

Interessante, e utile, sarebbe stato poter indagare, attraverso uno studio più approfondito, le motivazioni che stanno alla base di questa scarsa partecipazione ai corsi di aggiornamento e formazione sull'argomento, ossia se sono i singoli a non essere interessati alla partecipazione o se è una scelta ponderata dei coordinatori infermieristici, vista comunque la notevole campagna di promulgazione svolta dalla Regione e le risorse messe a disposizione.

Nell'anno 2017, col decreto regionale nr. 1759 del 07 novembre, la Regione Veneto ha sancito l'istituzione di un percorso dedicato per l'accoglienza delle donne che hanno subito violenza a partire dal Pronto Soccorso fino ai centri antiviolenza e alle case 'rifugio'.

Entro l'anno successivo, ossia il 2018, il Veneto si è impegnato ad attivare un totale di 110 corsi di formazione in tutte le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere della regione: il Programma dei corsi è stato curato, per la parte scientifica, dal Coordinamento regionale Emergenza e Urgenza e, per quanto riguarda invece la parte organizzativa, dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica. Per il coordinamento amministrativo è stato altresì importante il contributo dell'Unità organizzativa Cooperazione internazionale.

Per la realizzazione del progetto, la Regione Veneto ha investito un milione di euro (fondi rientrati nel 2017 nel quadro del Piano statale straordinario contro la violenza sulle donne). (*Veneto. Un percorso su misura in Pronto soccorso per le donne vittime di violenza. Al via corsi di formazione per gli operatori - Quotidiano Sanità, s.d.*)

Da questo studio, seppur con i limiti che lo caratterizzano, emerge che la non partecipazione ai corsi di formazione e di aggiornamento, aggiunta all'importante percentuale di operatori sanitari con ridotta esperienza in area d'emergenza-urgenza, potrebbe rendere l'assistenza meccanica, prettamente nozionistica e non personalizzata in base alla paziente.

Prima di addentrarsi sulle domande del questionario riguardanti gli atteggiamenti degli infermieri di PS, dobbiamo notare come alla domanda numero 6 (*'ha mai assistito donne che hanno subito violenza sessuale e/o abuso familiare?'*) più del 90% di coloro che hanno partecipato allo studio (202 infermieri su 217) hanno assistito vittime di violenza e di questi, 91 (il 41.9% del totale del campione), lavorano in PS da meno di cinque anni (*tabella XXXII*), mentre se prendiamo in considerazione il sesso dei partecipanti, si può constatare come 118 infermieri su 202 (percentuale del 54.3%) che hanno assistito vittime di violenza, siano donne anch'esse. (*tabella XXXIII*)

Questi dati mettono in luce come l'assistenza delle vittime di violenza non sia un episodio 'raro' e poco frequente nella carriera di un infermiere ma, al contrario, un evento appartenente alla 'quotidianità' lavorativa.

Tabella XXXII: assistenza vittime di violenza e anzianità di servizio correlate tra loro

Assistito vittime di violenza	Anzianità di servizio				Totale
	0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
Sì	91 (42.0%)	40 (18.4%)	32 (14.7%)	39 (18.0%)	202 (93.1%)
No	12 (5.5%)	1 (0.5%)	2 (0.9%)	0 (0.0%)	15 (6.9%)
Totale	103 (47.5%)	41 (18.9%)	34 (15.6%)	39 (18.0%)	217 (100.0%)

Tabella XXXIII: domanda numero 6 in relazione con il sesso degli intervistati

Assistito vittime di violenza	Sesso		Totale
	Femmina	Maschio	
Sì	118 (54.4%)	84 (38.7%)	202 (93.1%)
No	11 (5.1%)	4 (1.8%)	15 (6.9%)
Totale	129 (59.5%)	88 (40.5%)	217 (100.0%)

Direttamente connesse a questa domanda, sono le successive due, ossia la numero 7 e la numero 8: mentre la prima va ad indagare tra i 202 infermieri che hanno seguito vittime di violenza se si sono incontrate difficoltà durante l'assistenza, la seconda va ad approfondire le difficoltà più temute pensando di dover assistere questa tipologia di pazienti.

Il 70% degli infermieri che hanno risposto alla domanda numero 6 affermativamente, hanno dichiarato di aver avuto difficoltà durante l'accoglienza (*tabella XIII*).

Dalle *tabelle XXXIV e XXXV* è possibile confrontare il numero di infermieri che, in base all'anzianità di servizio, affermano di aver incontrato difficoltà nell'assistenza e quanti temono di incontrare differenti difficoltà: 68 infermieri operanti in PS da meno di cinque anni incontra difficoltà, contro i 28 che operano nell'U.O. da più di 16 anni (rispettivamente il 33.7% contro il 13.9%); per quanto riguarda invece le difficoltà che si temono, l'approccio relazionale/comunicativo resta la criticità maggiore per tutte le categorie.

Gli infermieri con esperienza lavorativa inferiore ai cinque anni, invece, presentano maggiori difficoltà per ogni aspetto indagato: per l'approccio relazionale/comunicativo 75 infermieri, per le conoscenze scarse sulla tematica assistenziale solo 6 operatori sanitari ed infine, per quanto riguarda l'applicazione adeguata della procedura, 22 infermieri su 61, rispettivamente il 34.6%, il 2.8% e il 10.1% del totale.

Per chi lavora in PS da più di 16 anni, la possibilità di possedere conoscenze scarse a livello assistenziale è pari a zero.

Tabella XXXIV: presenza di difficoltà durante l'assistenza correlata con l'anzianità di servizio

Presenza di difficoltà durante	Anzianità di servizio				Totale
	0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
Sì	4 (2.0%)	3 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	9 (4.4%)
Talvolta	64 (31.7%)	30 (14.8%)	23 (11.4%)	26 (12.9%)	143 (70.8%)
Mai	16 (8.0%)	6 (3.0%)	8 (3.9%)	9 (4.5%)	39 (19.4%)
Non so	7 (3.4%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	11 (5.4%)
Totale	91 (45.1%)	40 (19.8%)	32 (15.8%)	39 (19.3%)	202 (100.0%)

Tabella XXXV: difficoltà temute nell'assistenza e l'anzianità di servizio a confronto

Difficoltà che si temono nell'assistenza	Anzianità di servizio				Totale
	0-5 anni	6-10 anni	11-15 anni	Più di 16 anni	
Approccio relazionale/comunicativo	75 (34.6%)	25 (11.5%)	21 (9.7%)	25 (11.5%)	146 (67.3%)
Conoscenze scarse su tale tematica assistenziale	6 (2.8%)	2 (0.9%)	2 (0.9%)	0 (0.0%)	10 (4.6%)
Applicazione adeguata della procedura	22 (10.1%)	14 (6.5%)	11 (5.1%)	14 (6.5%)	61 (28.2%)
Totale	103 (47.5%)	41 (18.9%)	34 (15.7%)	39 (18.0%)	217 (100.0%)

Nonostante le difficoltà comunicative e la ridotta partecipazione ai corsi di aggiornamento, la maggioranza degli infermieri (151 su 217, ossia quasi il 70%) dichiara di saper sospettare e identificare una vittima.

Di questi ultimi, ben 92, ossia il 42.4% del totale del campione, sono di genere femminile. (tabella XXXVI)

Tabella XXXVI: analisi domanda numero 17 e sesso degli intervistati

Saper sospettare una violenza	Sesso		Totale
	Femmine	Maschio	
Sì	92 (42.4%)	59 (27.2%)	151 (69.6%)
No	2 (0.9%)	2 (0.9%)	4 (1.8%)
Non so	35 (16.1%)	27 (12.4%)	62 (28.5%)
Totale	129 (59.4%)	88 (40.6%)	217 (100.0%)

Ultima ‘macroarea’ su cui soffermarsi, è quella relativa alle domande numero 14, e 16, ossia sulle credenze possedute dagli infermieri: mentre un 17.5% degli intervistati pensa che la documentazione medica non deve essere completa (sia perché alcune informazioni fornite dalla donna non sono da ritenersi indispensabili, sia per paura da parte della vittima di una sua successiva pubblicizzazione), il 5.1% degli infermieri ritiene che ci sia un atteggiamento da parte della donna che abbia favorito il perpetuarsi della violenza stessa.

Raffrontando ora le risposte fornite alla prima domanda con quelle relative alla domanda sulla partecipazione a corsi di formazione specifici sull’argomento, è possibile notare come la risposta corretta ‘Sì, perché indispensabile per un eventuale processo’, è stata scelta da 160 infermieri, di cui ben 84 hanno seguito corsi di aggiornamento negli ultimi tre anni; di contro, le restanti risposte sono state date da coloro che non ne hanno seguito. (tabella XXXVII)

Tabella XXXVII: domanda numero 14 in relazione con domanda numero 18

Completezza documentazione medica	Corsi di aggiornamento negli ultimi tre anni		Totale
	Sì	No	
Sì, perché indispensabili per un eventuale processo	84 (38.7%)	76 (35.0%)	160 (73.7%)
No, perché non indispensabili	1 (0.5%)	5 (2.3%)	6 (2.8%)
No, perché la donna potrebbe aver timore che le informazioni vengano pubblicizzate	13 (6.0%)	19 (8.8%)	32 (14.7%)
Non so	8 (3.6%)	11 (5.2%)	19 (8.8%)
Totale	106 (48.8%)	111 (51.2%)	217 (100.0%)

Analizziamo infine le risposte date alla seconda domanda (numero 16, ‘Nell’atteggiamento della donna che ha subito violenza, ritiene che possa esserci stato qualcosa che ha favorito la violenza stessa?’): 135 operatori in tutto hanno

risposto ‘No’, ossia il 62.2%, e di questi, ben 90 sono donne (il 41.5% del campione totale). (tabella XXXVIII)

Tabella XXXVIII: risposte relative alla domanda numero 16 correlate con il sesso

Atteggiamento della donna che può favorire la violenza	Sesso		Totale
	Femmina	Maschio	
Si	4 (1.8%)	7 (3.3%)	11 (5.1%)
No	90 (41.5%)	45 (20.7%)	135 (62.2%)
Non so	35 (16.1%)	36 (16.6%)	71 (32.7%)
Totale	129 (59.4%)	88 (40.6%)	217 (100.0%)

Questi ultimi dati mettono ancora più in evidenza come questo problema sia legato ad una questione culturale che fonda le radici in una concezione patriarcale della società in cui viviamo.

Gli strumenti nelle nostre mani per poter combattere la VDG sono la prevenzione, la sensibilizzazione e la formazione professionale: conoscere le cause di questo fenomeno è solamente il primo passo per poter rompere le catene degli stereotipi e per costruire una nuova società, più informata e pronta per combattere qualsiasi forma di violenza. (*Gli Stereotipi di Genere e la violenza contro le donne – Centro Donne Contro la Violenza di Aosta, s.d.*)

4.2 Limiti dello studio

Il primo e il più importante limite deriva dalla dimensione del campione: i 217 infermieri che hanno partecipato sono stati coinvolti attraverso partecipazione volontaria e anonima, e non attraverso la preventiva ricerca e selezione di un campione statisticamente rappresentativo di tutto il personale infermieristico della Regione Veneto. Si aggiunga che non si conosce l'esatto numero di infermieri

operanti in Area Critica e quindi non si può stabilire con precisione la percentuale che ha aderito allo studio.

Un secondo limite è rappresentato dalla circoscritta area geografica presa in considerazione: la Regione Veneto.

Importante e utile, infatti, sarebbe stato poter effettuare anche un confronto con diverse Regioni appartenenti alle differenti zone italiane (nord/centro-sud, zone metropolitane/rurali).

Non da ultimo, un ulteriore limite, vista la vastità dell'argomento, è il fatto che in questo elaborato è stata presa in esame solamente l'assistenza iniziale ed il percorso terapeutico intrapreso dalle vittime di violenza che accedono spontaneamente alla struttura ospedaliera.

4.3 Implicazioni per la pratica e la ricerca

Questo elaborato vuole mettere in luce come la violenza di genere sia un tema attuale e per niente scontato e raro. La gestione di questa tipologia di pazienti è complicata, oltre che dal punto di vista assistenziale, anche sotto l'aspetto emotivo, comunicativo e psicologico.

Gli infermieri di Pronto Soccorso sono spesso i primi operatori sanitari ad accogliere e assistere le donne che hanno subito violenza: il loro comportamento, gli interventi e le conoscenze possedute sono imprescindibili per fornire alle pazienti vittime la migliore assistenza possibile.

4.4 Conclusioni

Malgrado l'ampia e trasversale preparazione del personale sanitario, l'assistenza infermieristica delle vittime di VDG nei Dipartimenti d'Emergenza non è cosa scontata e semplice da offrire: oltre a un'adeguata preparazione dal punto di vista pratico ed assistenziale, vengono richieste abilità comunicative ed empatiche avanzate.

La Regione Veneto, per far fronte a questa piaga sociale sempre più imponente, negli ultimi cinque anni ha creato nuovi percorsi protetti per le vittime e ha attuato

interventi formativi mirati all'ampliamento delle conoscenze dei professionisti coinvolti nell'assistenza.

Nonostante ciò, più della metà degli infermieri che hanno partecipato allo studio non ha seguito corsi di aggiornamento sull'argomento e, anche coloro che hanno seguito i suddetti corsi formativi offerti, affermano la necessità di ulteriore preparazione.

Una maggior formazione, oltre ad ampliare il bagaglio professionale delle competenze tecniche e relazionali del professionista, potrebbe contrastare e ridurre i pregiudizi e le credenze popolari, false, sul tema della VDG, favorendo una metodica in grado di abbattere gli stereotipi basati sulla discriminazione di genere e diminuire le disparità di trattamento, legate anch'esse al genere.

Un altro aspetto da considerare è quello economico dell'assistenza a questa tipologia di pazienti: il costo della violenza, secondo un'indagine Istat del 2013, stima per difetto un totale di 16,7 miliardi di euro; rappresenta, quindi, circa l'1% del Pil.

La spesa sostenuta per gli interventi di prevenzione e formazione, al contrario, per il momento si è fermata a 6,3 milioni di euro («Blog | La violenza sulle donne ha un altissimo costo sociale», 2020).

Decisivo, secondo me, sarebbe comprendere l'importanza e l'utilità di prevedere, all'interno della spesa per gli interventi in ambito sanitario, la presenza dell'infermiere forense all'interno dell'area di Pronto Soccorso: questa figura professionale specializzata sarebbe in grado di offrire un'assistenza imparziale, completa ed efficace, fungendo anche da esempio e punto di riferimento per i colleghi, favorendo in questo modo l'attuazione di interventi per il benessere, oltre che fisico, anche psicologico delle vittime.

Malgrado negli ultimi anni la professione dell'infermiere legale e forense abbia iniziato a farsi sempre più posto all'interno della realtà sanitaria italiana, la strada da percorrere prima che questa figura venga veramente riconosciuta e tutelata è ancora lunga, ma auspicabile.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- *Academy of Forensic Nursing | AFN | Home*. (s.d.). Academy of Forensic Nursing | AFN | Home. Recuperato 10 settembre 2022, da <https://www.goafn.org>
- Blog | La violenza sulle donne ha un altissimo costo sociale: 16 miliardi l'anno. (2020, gennaio 8). *Econopoly*. <https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2020/01/08/violenza-donne-costo/>
- *Centro di Ateneo per i Diritti Umani - Università di Padova | Strumenti internazionali: Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993)*. (s.d.). Recuperato 11 settembre 2022, da https://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27
- Dagani, J., Signorini, G., De Girolamo, G., & Romito, P. (2014). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne: Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. G. Fioriti.
- *Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*. (s.d.). 4.
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017a). Violence against women: Knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>
- Franco, S. (2022, marzo 28). *Tipologie di violenza di genere: Come riconoscerle*. Donne.it. <https://www.donne.it/principali-tipologie-violenza-genere/>
- *Gli Stereotipi di Genere e la violenza contro le donne – Centro Donne Contro la Violenza di Aosta*. (s.d.). Recuperato 12 settembre 2022, da <http://www.centrocontrolaviolenza-ao.it/stereotipi-di-genere/>

- *Global and regional estimates of violence against women.* (s.d.). Recuperato 7 settembre 2022, da <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564625>
- *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.* (2003). World Health Organization.
- *IAFN.* (s.d.). Recuperato 11 settembre 2022, da <https://www.forensicnurses.org/>
- Ignelzi, C. (2019, novembre 25). *Violenza sulle donne, il 25 novembre è la giornata per dire no.* Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/ostetrica/gravidanza/violenza-sulle-donne-il-25-novembre-e-la-giornata-per-dire-no.html>
- *Istat.it—Violenza sulle donne.* (s.d.-a). Recuperato 7 settembre 2022, da <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso>
- *Istat.it—Violenza sulle donne.* (s.d.-b). Recuperato 7 settembre 2022, da <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>
- *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia.* (s.d.). Recuperato 10 settembre 2022, da <https://www.istat.it/it/archivio/161716>
- Persson, S., Dhingra, K., & Grogan, S. (2018). Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2640–2649. <https://doi.org/10.1111/jocn.14351>
- Piegari, M. C. (2015, settembre 2). *Il ruolo dell'infermiere forense nell'assistenza alle vittime di violenze.* Nurse24.it. <http://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/il-ruolo-dellinfermiere-forense-nellassistenza-alle-vittime-di-violenze.html>

- Redazione. (2016a, marzo 14). *Infermiere Legale e Forense: In Italia prosegue l'azione dell'AILF*. Nurse24.it.
<http://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-forense-ailf.html>
- Redazione. (2016b, agosto 18). *Standard di interventi: Vantaggi dei Protocolli infermieristici*. Nurse24.it.
<http://www.nurse24.it/studenti/standard/i-protocolli-cosa-sono.html>
- *Relazione_seminario_1_dicembre.pdf*. (s.d.). Recuperato 10 settembre 2022, da
https://www.mise.gov.it/images/stories/documenti/relazione_seminario_1_dicembre.pdf
- Sabati, C. (2017, luglio 31). *Casi di violenza sulle donne: Quel delicato compito del Pronto soccorso*. Nurse24.it.
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/violenza-sulle-donne-pronto-soccorso.html>
- *The jamovi project (2022). Jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from https://www.jamovi.org. R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from https://cran.r-project.org. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01)*. (s.d.).
- Tovo, A. (2018, novembre 10). *Violenza di genere e formazione sanitari, l'esperienza Regione Veneto*. Nurse24.it.
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/violenza-di-genere-formazione-sanitari-regione-veneto.html>
- *Veneto. Un percorso su misura in Pronto soccorso per le donne vittime di violenza. Al via corsi di formazione per gli operatori—Quotidiano Sanità*. (s.d.). Recuperato 7 settembre 2022, da
https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=58680

- *Veneto_vademecum_operatori_2017_2021.pdf*. (s.d.). Recuperato 15 settembre 2022, da https://www.istat.it/it/files/2018/04/veneto_vademecum_operatori_2017_2021.pdf
- *Violence against women: A 'global health problem of epidemic proportions'*. (s.d.). Recuperato 10 settembre 2022, da <https://www.who.int/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->
- *Violence against women prevalence estimates, 2018 – Executive summary*. (s.d.). Recuperato 7 settembre 2022, da <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026681>
- *Violenza di genere*. (s.d.). Ministero dell'Interno. Recuperato 6 settembre 2022, da <http://www.interno.gov.it/it/temi/sicurezza/violenza-genere>
- *Violenza di genere e formazione sanitari, l'esperienza Regione Veneto*. (s.d.). Recuperato 7 settembre 2022, da <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/violenza-di-genere-formazione-sanitari-regione-veneto.html>
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>
- World Health Organization. (2017). *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254885>
- World Health Organization. (2021). *Digital adaptation kit: Family planning: operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341997>

- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2018). *Maternal health care: Policies, technical standards and services accessibility in eight countries in the Western Pacific Region*. WHO Regional Office for the Western Pacific. <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13983>

ALLEGATI

ALLEGATO A

(QUESTIONARIO RIADATTATO ALLA REALTÀ VENETA)

CARATTERISTICHE GENERALI

1. Quanti anni ha?

- 22-30 anni
- 31-40 anni
- 41-50 anni
- >51 anni

2. Sesso:

- Femmina
- Maschio

3. Titolo di Studio:

- Diploma di infermiere
- Laurea in infermieristica
- Laurea specialistica/laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche

4. Da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso?

- 0-5 anni
- 6-10 anni
- 11-15 anni
- più di 16 anni

5. Lei fa triage?

- Sì
- No

INDAGINE CONOSCITIVA

6. Ha mai assistito donne che hanno subito violenza sessuale e/o abuso familiare?
- Sì
 - No
7. Se sì, ha incontrato qualche difficoltà nell'accoglienza?
- Sì
 - Talvolta
 - Mai
 - Non so
8. Quale difficoltà teme che possa presentarsi nell'assistere la donna che ha subito violenza?
- Approccio relazionale/comunicativo
 - Applicazione adeguata della procedura
 - Conoscenze scarse su tale tematica assistenziale
9. È presente nella sua Unità Operativa/Servizio un piano/protocollo/procedura per l'assistenza alla donna che ha subito violenza?
- Sì
 - No
 - Non lo so
10. Nel momento dell'accoglienza come interviene?
- Da solo
 - Con altri professionisti
11. Saprebbe indicare in ordine cronologico i seguenti steps per pianificare assistenza alla donna abusata?
- Esecuzione di prelievi per esami batteriologici, ematochimici, tossicologici, infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi

- Esame obiettivo fisico e psichico
- Raccolta di indumenti e documentazione fotografica lesioni
- Denuncia all'Autorità Giudiziaria
- Profilassi per Malattie sessualmente Trasmissibili (MST)
- Anamnesi della violenza sessuale

12. Cosa consiglierebbe a una donna che è stata vittima di violenza, se la incontrasse al di fuori del Pronto Soccorso? (una sola risposta)

- Di recarsi presso il più vicino "Sportello di ascolto contro la violenza alle donne" o altro servizio
- Di recarsi presso un Pronto Soccorso e farsi visitare
- Di recarsi presso un Pronto Soccorso e porgere denuncia
- Non so

13. Cosa pensa sia più importante "offrire" alla donna che ha subito violenza?

- Ascolto e disponibilità
- Consulenze (mediche, legali, ...)
- Informazioni
- Attivazione rete sociosanitaria

14. Ritieni importante che la documentazione medica sia esaustiva e ricca di tutte le informazioni espresse dalla donna?

- Sì, perché indispensabili per un eventuale processo
- No, perché la donna potrebbe aver timore che le informazioni vengano pubblicizzate
- No, perché non indispensabili
- Non so

15. Ritieni di aver necessità di conoscenze specifiche e più approfondite?

- Sì, riguardo ad aspetti giuridici/legali
- Sì, riguardo ad aspetti relazionali

- Sì, riguardo ad aspetti tecnici legale e assistenziale alle procedure da mettere in atto
- Sì, ritengo aver necessità di conoscenze rispetto tutti gli aspetti sopra citati
- No, non ritengo sia necessario avere conoscenze specifiche e più approfondite

16. Nell'atteggiamento della donna che ha subito violenza, ritiene che possa esserci stato qualcosa che ha favorito la violenza stessa?

- Sì
- No
- Non so

17. Come operatore sanitario, ritiene di essere in grado di sospettare se una donna è stata vittima di violenza?

- Sì
- No
- Non so

18. Negli ultimi tre anni, ha seguito corsi di formazione specifici sul comportamento da seguire e sulla gestione dei casi di violenza (stupro, maltrattamento, altre forme di violenza anche non fisica) che si potrebbero presentare al suo servizio?

- Sì
- No

ALLEGATO B

QUESTIONARIO ORIGINALE (Di Giacomo et al., 2017a)

CARATTERISTICHE GENERALI

1. Et :

2. Sesso:
 - F
 - M

3. Titolo di Studio:
 - a) Licenza media
 - b) Diploma di maturit 
 - c) Diploma universitario
 - d) Laurea
 - e) Altro

4. Professione:
 - a) Infermiere
 - b) Ostetrica
 - c) Medico Chirurgo specializzato in
 - d) Ginecologo/a
 - e) Altro (specificare):

5. Unit  Operativa/Servizio in cui esercita la sua professione:
 - a) Pronto Soccorso
 - b) Pronto Soccorso Ostetrico/Ostetricia
 - c) Ginecologia
 - d) Consultori familiari pubblici
 - e) Distretto/Presidio Ospedaliero di:
 - Rimini
 - Riccione

INDAGINE CONOSCITIVA

6. Ha mai assistito donne che hanno subito violenza sessuale e/o abuso familiare?
- a) Sì
 - b) Raramente
 - c) Mai
7. Se sì, ha incontrato qualche difficoltà nell'accoglienza?
- a) Sì
 - b) Talvolta
 - c) Mai
 - d) Non so
8. Quale difficoltà teme che possa presentarsi nell'assistere la donna che ha subito violenza? (una sola risposta)
- a) Approccio relazionale/comunicativo
 - b) Applicazione adeguata della procedura
 - c) Conoscenze scarse su tale tematica assistenziale
9. É presente nella sua Unità Operativa/Servizio un piano/ protocollo/procedura per l'assistenza alla donna che ha subito violenza?
- a) Sì
 - b) No
 - c) In un futuro prossimo
10. Nel momento dell'accoglienza come interviene?
- a) Da solo
 - b) Con altri professionisti: (specificare quali)
 - medico
 - infermiere
 - altro

11. Saprebbe indicare in ordine cronologico i seguenti steps per pianificare assistenza alla donna abusata? (Inserire all'interno del quadratino il numero corrispondente da 1 a 6)

- Esecuzione di prelievi per esami batteriologici, ematochimici, tossicologici, infettivologici e per
- la ricerca degli spermatozoi
- Esame obiettivo fisico e psichico
- Raccolta di indumenti e documentazione fotografica lesioni
- Denuncia all'Autorità Giudiziaria
- Profilassi per Malattie sessualmente Trasmissibili (MST)
- Anamnesi della violenza sessuale

12. Ha mai sentito parlare del "Progetto Dafne"?

- a) Sì
- b) No

13. Cosa consiglierebbe a una donna che è stata vittima di violenza? (una sola risposta)

- a) Di recarsi presso il più vicino "Sportello di ascolto contro la violenza alle donne" o altro servizio
- b) Di recarsi presso un Pronto Soccorso e farsi visitare
- c) Di recarsi presso un Pronto Soccorso e porgere denuncia
- d) Altro (specificare):
- e) Non so

14. Cosa pensa sia più importante "offrire" alla donna che ha subito violenza? (una sola risposta)

- a) Ascolto e disponibilità
- b) Consulenze (mediche, legali, ...)
- c) Informazione
- d) Attivazione rete sociosanitaria
- e) Altro: (specificare)

15. Ritiene importante che la documentazione medica sia esaustiva e ricca di tutte le informazioni espresse dalla donna?

- a) Sì, perché indispensabili per un eventuale processo
- b) No, perché la donna potrebbe aver timore che le informazioni vengano pubblicizzate
- c) No, perché non indispensabili
- d) Non so

16. Se si presenta una donna che ha subito violenza al Pronto Soccorso (Triage), quale codice di priorità le assegnerebbe?

- a) Rosso
- b) Giallo
- c) Verde
- d) Bianco
- e) Non so

17. Ritiene di aver necessità di conoscenze specifiche e più approfondite? (una sola risposta)

- a) Sì, riguardo ad aspetti giuridici/legali
- b) Sì, riguardo ad aspetti relazionali
- c) Sì, riguardo ad aspetti tecnici legale e assistenziale alle procedure da mettere in atto
- d) Sì, ritengo aver necessità di conoscenze rispetto tutti gli aspetti sopra citati
- e) No, non ritengo sia necessario avere conoscenze specifiche e più approfondite

18. Nell'atteggiamento della donna che ha subito violenza, ritiene che possa esserci stato qualcosa che ha favorito la violenza stessa?

- a) Sì
- b) No
- c) Non so

19. Come operatore sanitario, ritiene di essere in grado di sospettare se una donna è stata vittima di violenza?

- a) Sì
- b) No
- c) Non so

20. Negli ultimi tre anni, ha seguito corsi di formazione specifici sul comportamento da seguire e sulla gestione dei casi di violenza (stupro, maltrattamento, altre forme di violenza anche non fisica) che si potrebbero presentare al suo servizio?

- a) Sì
- b) No