

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

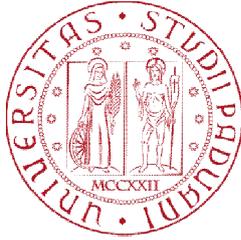
**QUALI FATTORI OSTACOLANO O SONO FAVORENTI LA PRESA
IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO DELLE DONNE VITTIME DI
VIOLENZA? UNA REVISIONE DELLE LETTERATURA**

Relatore: Prof.ssa Colmanet Marzia

Laureando: Arcoleo Lucia

(matricola n.:2015084)

Anno Accademico 2022/2023



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**QUALI FATTORI OSTACOLANO O SONO FAVORENTI LA
PRESA IN CARICO IN PRONTO SOCCORSO DELLE DONNE
VITTIME DI VIOLENZA? UNA REVISIONE DELLE
LETTERATURA**

Relatore: Prof.ssa Colmanet Marzia

Laureando: Arcoleo Lucia

(matricola n.:2015084)

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

CAPITOLO 1- IL FENOMENO DELLA VIOLENZA DI GENERE	Pag. 1
1.1 Descrizione del fenomeno	Pag. 1
1.2 Classificazione delle forme di violenza	Pag. 4
1.2.1 Intimate Partner Violence e violenza domestica	Pag. 6
1.3 Principali Normative	Pag.7
CAPITOLO 2. IMPATTO DEL FENOMENO NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA E IL RUOLO DELL'INFERMIERE	Pag. 11
2.1 Accessi in Pronto Soccorso	Pag. 12
2.2 Le Linee Guida e i protocolli	Pag. 13
CAPITOLO 3 -METODOLOGIA	Pag. 17
3.1 Obiettivo della ricerca	Pag. 17
3.2 Quesiti di indagine	Pag.17
3.3 Parole chiave	Pag. 17
3.4 Criteri di selezione del materiale	Pag. 18
CAPITOLO 4-RISULTATI	Pag. 19
4.1 Agenti ostacolanti e agenti favorenti individuazione e presa in carico delle donne vittime di violenza domestica o da partner intimo	Pag. 19
4.1.1 Operatori sanitari	Pag. 20
4.1.2 Vittime	Pag. 23
4.1.3 Lo screening ed il setting	Pag. 25
4.1.4 Miti e stereotipi	Pag. 27
4.1.5 La Formazione di base e post base	Pag. 29
CAPITOLO 5-DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pag. 33
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

ABSTRACT

Problema. Il fenomeno della violenza sulle donne è molto diffuso e non presenta limiti di età o etnia. Il termine violenza è da intendersi in tutte le sue molteplici forme: fisica, psicologica, sessuale. Spesso le donne vittime di violenza si rivolgono presso i dipartimenti di emergenza come primo luogo di cura e di supporto ed è quindi di rilevante importanza sia l'identificazione sia la presa in carico delle donne vittime di violenza. In questo contesto il ruolo dell'infermiere rappresenta una risorsa per delineare il percorso più appropriato per queste donne.

Materiali e metodi. Obiettivo delle tesi di revisione è quello di individuare ed analizzare i risultati di letteratura per comprendere quali sono i fattori ostacolanti e quali quelli favorevoli all'individuazione e la presa in carico delle donne vittime di violenza fisica al primo accesso presso il Pronto Soccorso. Per la ricerca della letteratura sono state utilizzate le seguenti banche dati *Pubmed, Cinahl, Google Scholar*. Sono stati presi in esame studi ed articoli dal 2017 al 2022, in lingua inglese. La popolazione di riferimento va dai 16 anni in su.

Risultati. L'analisi della letteratura reperita ha permesso di individuare alcuni temi principali: a) atteggiamento ed il punto di vista degli operatori sanitari nella identificazione e presa in carico delle donne vittime di violenza fisica; b) atteggiamento ed il punto di vista delle donne vittime di violenza fisica in merito alla identificazione e presa in carico da parte degli operatori sanitari; c) lo screening ed il setting; d) la presenza di miti e stereotipi; e) la formazione di base e post base

Gli operatori sanitari dei dipartimenti di emergenza sono le figure professionali che più si relazionano con questo fenomeno. Vi sono ancora parecchi stereotipi e miti da sfatare a livello culturale e sociale. Un ruolo cruciale nell'identificazione e nella presa in carico delle donne vittime di violenza lo riveste l'infermiere di triage che deve essere preparato sia nell'atteggiamento da avere sia nel formulare le domande opportune nei confronti della vittima di violenza. Per cercare di arginare o limitare questi fattori ostacolanti, i dati emersi dalla revisione della letteratura indicano in

primis la formazione del personale e l'utilizzo di protocolli standard di screening e gestione delle vittime di violenza.

Discussione e conclusioni. Il problema della violenza, in tutte le sue forme, verso le donne è un problema globale che tocca tutti i paesi, i ceti, le religioni e le culture.

Il Pronto Soccorso rappresenta uno dei principali punti di riferimento per la donna che subisce violenza, risulta quindi necessario riservare alle vittime di violenza un adeguato trattamento che assicuri un'efficace presa in carico multidisciplinare e che sia garantita protezione, sicurezza e riservatezza. La mancanza d'informazioni sulla violenza domestica, la mancanza di privacy o la mancanza di opportunità di rivelarlo a un operatore sanitario di sesso femminile, agiscono tutti come barriere alla divulgazione, ma potrebbero essere affrontate implementando cambiamenti strutturali nelle strutture sanitarie. Ad esempio, la creazione di aree private per il contatto con gli operatori sanitari negli ospedali di pronto soccorso o nelle cliniche di maternità potrebbe ridurre direttamente la barriera alla divulgazione. Ciò potrebbe anche aiutare a ridurre la barriera emotiva dei sentimenti di vergogna e imbarazzo.

Tuttavia l'esperienza e la sensibilità dell'operatore possono fare a differenza. Spesso l'identificazione della vittima avviene grazie alla presenza di lesioni fisiche, ma gli operatori sanitari devono andare oltre e applicare un modello di cura che includa anche l'aspetto bio-psico sociale e individuale della persona

CAPITOLO 1- IL FENOMENO DELLA VIOLENZA DI GENERE

1.1 Descrizione del fenomeno

Le Nazioni Unite hanno definito la violenza maschile contro le donne come: *“qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporta, o è probabile che comporti una sofferenza fisica , sessuale o psicologica o una qualsiasi forma di sofferenza alla donna, comprese le minacce di tali violenze, forme di coercizione o forme arbitrarie di privazione della libertà personale, sia che si verifichino nel contesto della vita privata che di quella pubblica.(Art.1 della dichiarazione delle Nazioni Unite)(1)*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che *“La violenza contro le donne rappresenta un problema di salute enorme [...].A livello mondiale si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria insieme”* (OMS 1997) .¹

Da questa definizione si può capire come il fenomeno della violenza sulle donne sia di portata globale e di non facile identificazione tenuta conto che spesso la violenza subita non viene dichiarata dalle vittime per paura di ripercussioni personali o per paura di perdere i propri familiari.

Secondo un rapporto pubblicato dall'OMS (2013), in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, l'abuso fisico e sessuale è un problema sanitario che colpisce un terzo delle donne nel mondo. Il rapporto, dal titolo *“Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti”*, è il primo studio che analizza in modo sistematico i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello globale, inflitta sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti. (2) Secondo tale rapporto la violenza è un'esperienza traumatica vissuta da oltre il 35% delle donne in tutto il

¹ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_listaFile_itemName_0_file.pdf

mondo; la più comune forma di abuso, che colpisce più del 30% delle donne, viene inflitta da un partner intimo.

Queste stime sono state confermate dal successivo rapporto del 2018 dei dati di prevalenza dal 2000 al 2018 in 161 Paesi e aree, che ha rilevato che in tutto il mondo quasi una donna su tre ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner intimo o violenza sessuale da parte di un non partner o entrambe le cose.(3)

In Italia L'Istat ed il Ministero delle pari opportunità nel 2006 e nel 2014 hanno svolto la prima indagine interamente ed esplicitamente dedicata alla violenza sulle donne – denominata “ *Indagine sulla sicurezza delle donne*”² (4)

I dati pubblicati fanno emergere come il 31,9% di donne (16 - 70 anni) ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali di cui il 23,7% vittima di violenza sessuale, il 18,8% di violenza fisica e il 4,8% ha subito stupri o tentativi di stupro. La fascia di età dai 16 ai 24 anni e dai 24 ai 25 anni rappresentano la percentuale più alta di donne vittime di violenza, rispettivamente il 16,3% e il 7,9%. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze da un non partner e il 93% di quelle da partner. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%). Il non voler confidare a nessuno la violenza subita è per il 53% delle vittime la scelta principale. (grafico 1)

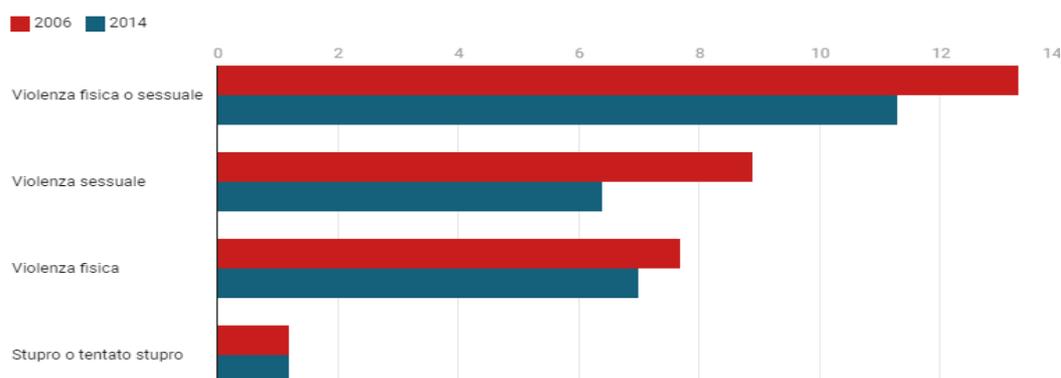


Grafico 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 5 anni (Fonte ISTAT www.istat.it)

Le donne subiscono anche molte minacce (12,3%). Spesso si tratta di spintoni o stratonate (11,5%), sono oggetto di schiaffi, calci, pugni e morsi (7,3%).

² con il contributo finanziario del Ministero per le pari opportunità, grazie all’attiva collaborazione progettuale dei centri antiviolenza e anche con il supporto di alcune donne vittime di violenze.

Altre volte sono colpite con oggetti che possono fare male (6,1%). Meno frequenti le forme più gravi come il tentato strangolamento, l'ustione, il soffocamento e la minaccia o l'uso di armi. Tra le donne che hanno subito violenze sessuali, le più diffuse sono quelle fisiche (15,6%), i rapporti indesiderati vissuti come violenze (4,7%), gli stupri (3%) e i tentati stupri (3,5%). Ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner il 13,6% delle donne (2 milioni 800 mila), in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner.

La maggior parte delle donne che hanno convissuto con un partner violento in passato, lo ha lasciato proprio a causa della violenza subita (68,6%); per il 41,7% è stata la causa principale per interrompere la relazione, per il 26,8% è stato un elemento importante della decisione. Il 28% delle donne che subiscono violenza da partner e il 25,5% di quelle che la subiscono da non partner non parla con nessuno della violenza subita. Il tasso di denuncia è ancora più basso, se si considera che si assesta al 12% per le vittime di violenza da partner e al 6% per quella da non partner. Ancor meno sono le donne che, in caso di violenza, si rivolgono a un Centro Antiviolenza o a un centro specializzato per chiedere aiuto: non raggiungono il 4% (5). E qui emerge un dato allarmante sulla disinformazione di molte donne che solo nel 12,8% dei casi sanno dell'esistenza dei Centri Antiviolenza, di sportelli o servizi dedicati a questo tipo di supporto e assistenza nonostante che, a partire dagli anni Novanta, l'attenzione dei media su questo fenomeno sia andata crescendo.

1.2 Classificazione delle forme di violenza

Seguendo la definizione dell'OMS (2014), possiamo classificare la violenza in base alla direzione e ai destinatari verso cui l'atto viene compiuto semplificata nella Tab 1. (6)

TIPI DI VIOLENZA	CARATTERISTICHE
Violenza autoinflitta	atti di violenza verso se stessi : <ul style="list-style-type: none"> ● comportamenti di tipo suicidario (suicidi o tentativi di suicidio). ● comportamenti autolesionistici (automutilazione e lesioni fisiche ai danni del proprio corpo).
Violenza interpersonale	Coinvolge più individui o più gruppi di piccole dimensioni. Si divide in: <ul style="list-style-type: none"> ● violenza domestica (gli atti di violenza si consumano tra i membri della stessa famiglia all'interno delle mura domestiche, comprendono le violenza infantile -subita e/o assistita -e gli abusi sugli anziani.) ● violenza assistita (la situazione in cui un minore è testimone di violenze tra persone per lui significative sul piano affettivo (genitori, nonni, fratelli, ecc.). La violenza interpersonale che si verifica tra partner viene invece definita <i>Intimate Partner Violence (IPV)</i>. ● violenza di comunità coinvolge individui non appartenenti alla medesima famiglia, che possono conoscersi o meno. Alcuni esempi di violenza "casual" che avvengono in diversi contesti come scuole, luoghi di lavoro, carceri. sono incluse le violenze sessuali e/o gli stupri a discapito di persone sconosciute.
Violenza collettiva	viene inflitta da e tra gruppi molto ampi, come per esempio gruppi politici organizzati e organizzazioni terroristiche. Si distingue in: <ul style="list-style-type: none"> ● violenza sociale ● politica ● economica. Si tratta di atti di violenza motivati da diversi scopi (per esempio, crimini di odio razziale, guerre, conflitti armati, colpi di stato, ecc.)

Tab 1: classificazione tipologia di violenza e caratteristiche

Per ciascuna delle categorie fin qui esposte, è possibile identificare diverse espressioni di violenza. Solitamente vengono classificati in quattro tipi, ossia: violenza fisica, sessuale, psicologica (per esempio la manipolazione mentale), connessa a privazione o incuria.

La violenza fisica:

Qualsiasi forma di violenza contro corpo o cose. Ciò include l'uso di qualsiasi azione intesa a causare danno e/o paura. Gli attacchi possono essere evidenti (calci, pugni, spinte), ma a volte sono più subdoli e mirano a qualcosa a cui la persona tiene (animali, oggetti, vestiti), mobili o cose di prima necessità (ad esempio documenti). Si va quindi dall'aggressione fisica grave, che causa lesioni e richiede cure mediche urgenti, a qualsiasi contatto fisico inteso a spaventare una persona e controllarla.

La violenza sessuale:

Coinvolgimento in attività sessuali senza consenso ovvero qualsiasi atto sessuale o tentativo di atto sessuale, commento sessuale o flirt, sesso indesiderato o traffico sessuale di una persona sotto costrizione

La violenza psicologica:

Non tutte le cosiddette “relazioni violente” comportano violenza e maltrattamenti fisici. La violenza psicologica costituisce un insieme di atti e parole utilizzati come strumento di coercizione e di oppressione contro le volontà di un'altra persona. Include abuso e aggressione verbale come:

- urla e insulti
- diffamazioni e discredito
- intimidazioni, minacce di violenza fisica o di pericolose ripercussioni
- giudizi, svalutazioni e critiche negative.

Altra forma di violenza psicologica si registra nei casi di abuso economico o finanziario con l'obiettivo di isolare e controllare la vittima.

1.2.1 Intimate Partner Violence e violenza domestica

Come anticipato, l'*Intimate Partner Violence* (IPV) è una forma di violenza interpersonale tra persone che condividono o hanno condiviso una relazione intima.

Questa forma di violenza cresce progressivamente all'interno di una coppia e fa riferimento ad una serie di situazioni accomunate dall'esercizio di potere e manifestarsi di comportamenti abusanti sul piano fisico, psicologico e/o sessuale (coercizione sessuale). Si passa dalla manipolazione mentale da parte dell'abusante, con o senza violenza fisica, ad atteggiamenti di controllo possessivo di vario genere (isolare la persona dalla propria rete sociale e familiare, controllare gli spostamenti e anche le risorse economiche).(7)

Le gravidanze che ne possono conseguire costituiscono un'aggravante alla situazione IPV in essere. Allo svilimento legato all'atto coercitivo del partner, si aggiunge l'idea di una "maternità imposta" in cui il partner sia riuscito ad imporre, ulteriormente, il proprio dominio sulla vittima con conseguente malessere e sofferenza, associata ad angoscia e difficoltà di decidere se portare a compimento o meno la gestazione. In generale, la gravidanza e la maternità in un contesto di violenza attivano un ulteriore vortice di maltrattamenti.

La risposta all'abuso, l'eventuale richiesta di aiuto e l'uscita dalla relazione abusante possono essere limitati da diversi fattori:

- rifiuto o paura di riconoscere la situazione di abuso
- auto-colpevolizzazione
- dipendenza affettiva
- paura di subire ritorsioni
- preoccupazione per i propri figli
- assenza di sostegno da parte di famiglia e amici
- una situazione di dipendenza economica dal proprio partner, mancanza di mezzi alternativi di supporto economico
- latente speranza di un cambiamento nel partner.

Secondo gli esperti, interrompere una relazione di abuso costituisce un processo graduale, durante il quale si acquisisce la consapevolezza e la forza necessarie per

prendere una decisione definitiva. La prevalenza degli studi si è concentrata ampiamente sulle dinamiche in cui la vittima è donna e l'abusante l'uomo, ma esistono diversi casi di violenza IPV in coppie le cui dinamiche e i ruoli risultano invertiti (vittimizzazione maschile).(8)

I dati disponibili in letteratura risultano pochi e incompleti, e per diverso tempo il fenomeno è stato sottostimato. Ciononostante, in anni recenti gli studi hanno dimostrato che, anche a ruoli invertiti, si osservano comportamenti violenti equivalenti a quelli agiti dall'uomo nella vittimizzazione femminile, sia sul piano fisico che psicologico.

1.3 Principali Normative

La prima significativa innovazione legislativa in materia di violenza sessuale, in Italia, si era avuta con l'approvazione della *Legge 15 febbraio 1996, n. 66*, che ha iniziato a considerare la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale, innovando la precedente normativa, che la collocava fra i delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume.³

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

Nello stesso anno vengono approvate anche le Leggi n. 60 e la *Legge 29 marzo 2001, n. 134* sul patrocinio a spese dello Stato per le donne, senza mezzi economici, violentate e/o maltrattate, uno strumento fondamentale per difenderle e far valere i loro diritti, in collaborazione con i centri anti violenza e i tribunali.⁵

Con la *Legge 23 aprile 2009, n. 38* sono state inasprite le pene per la violenza sessuale e viene introdotto il reato di atti persecutori ovvero lo *stalking*.⁶

³ Norme contro la violenza sessuale. GU Serie Generale n.42 del 20-02-1996) note: Entrata in vigore della legge: 6/3/1996

⁴ Misure contro la violenza nelle relazioni familiari. (GU Serie Generale n.98 del 28-04-2001)

⁵ Modifiche alla legge 30 luglio 1990, n. 217, recante istituzione del patrocinio a spese dello Stato per i non abbienti. (GU Serie Generale n.92 del 20-04-2001)note: Entrata in vigore della legge: 5-5-2001

⁶ "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 95 del 24 aprile 2009

Il nostro Paese ha compiuto un passo storico nel contrasto della violenza di genere con la *Legge 27 giugno 2013 n. 77*, approvando la ratifica della *Convenzione di Istanbul*, redatta l'11 maggio 2011. Le linee guida tracciate dalla Convenzione costituiscono infatti il binario e il faro per varare efficaci provvedimenti, a livello nazionale, e per prevenire e contrastare questo fenomeno.⁷

Il 15 ottobre 2013 è stata approvata la *Legge 119/2013* (in vigore dal 16 ottobre 2013) “Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93*, che reca disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere”.⁸

Le donne, purtroppo, sono più degli uomini, vittime di aggressioni, anche nell’ambito del Servizio sanitario nazionale, in particolare nelle postazioni di guardie mediche e nei Pronto soccorso. Il 14 agosto 2020 il Parlamento ha approvato la *Legge n.113* che dispone misure di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.⁹

Al fine di progettare adeguate politiche di prevenzione e contrasto alla violenza di genere e di assicurare un effettivo monitoraggio del fenomeno è stata approvata la *legge 5 maggio 2022, n. 53* recante “Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere” che all’articolo 4 prevede che tutte le strutture sanitarie pubbliche, e in particolare le unità operative di pronto soccorso, hanno l'obbligo di fornire i dati e le informazioni relative alla violenza contro le donne. L'articolo prevede anche che il flusso informativo EMUR Pronto Soccorso sia integrato con le informazioni utili e necessarie per la rilevazione della violenza di genere contro le donne, assicurando l'individuazione della relazione tra autore e vittima e rilevando anche: la tipologia di violenza, fisica, sessuale, psicologica o economica, esercitata sulla vittima; se la violenza è commessa in presenza sul luogo del fatto dei figli degli

⁷ Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. (13G00122) (GU Serie Generale n.152 del 01-07-2013)note: Entrata in vigore del provvedimento: 02/07/2013

⁸ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province. (13G00163) (GU Serie Generale n.242 del 15-10-2013) note: Entrata in vigore del provvedimento: 16/10/2013

⁹ Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. (20G00131) (GU Serie Generale n.224 del 09-09-2020) note: Entrata in vigore del provvedimento: 24/09/2020

autori o delle vittime e se la violenza è commessa unitamente ad atti persecutori; gli indicatori di rischio di rivittimizzazione previsti dall'allegato B al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 novembre 2017, facendo salva la garanzia di anonimato delle vittime (*Violenza di genere - disposizioni in materia di statistiche*)

CAPITOLO 2. IMPATTO DEL FENOMENO NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA E IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Il Pronto Soccorso è la prima struttura presa in considerazione dalle vittime di violenza fisica ed il personale infermieristico ricopre un ruolo cruciale nell'identificazione delle donne che hanno subito violenza al momento del triage.

Questo momento cruciale, ovvero il primo approccio alla donna vittima di violenza, è allo stesso modo delicato; l'infermiere non solo dovrà offrire un immediato supporto attraverso le sue competenze relazionali e comunicative ma è estremamente importante che la donna venga informata in modo chiaro in merito alle varie fasi del percorso della presa in carico e che di conseguenza dia il suo consenso informato.

A questo proposito va ricordato il Codice deontologico, dell'Infermiere in particolare l'art.4: *"nell'agire professionale L'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura"*(9)

Un'altro articolo che prende in considerazione il ruolo infermieristico nella presa in carico è l'art.22 del Codice Deontologico che cita : *"salvo gli obblighi di denuncia, L'infermiere che rileva ed evidenzia privazioni,violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato"*

In questa direzione, nel 2013, l'OMS ha presentato un rapporto contenente linee guida e raccomandazioni specifiche per aiutare le autorità sanitarie nazionali a rispondere in modo accurato nell'identificazione e nella cura delle donne vittime di violenza.

Questo documento sottolinea la necessità di un migliore sostegno alle donne vittime di violenza, di un'adeguata formazione degli operatori sanitari e dell'uso di queste raccomandazioni nello screening..¹⁰

¹⁰ (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_listaFile_itemName_0_file.pdf)

2.1 Accessi in Pronto Soccorso

I dati riferiti al 2021 sono disponibili nel sito del Ministero della salute¹¹ e riportano questa situazione:

- Le donne entrate al pronto soccorso con segni di violenza sono state 11.771, su 12.780 visite totali (gli uomini sono stati 10.246 su 10.844 visite totali). Il tasso è stato di 18,4 ogni 10.000 visite al pronto soccorso (15,1 negli uomini), in costante aumento dal 2017 (14,1), nonostante l'aumento dell'uso in emergenza in generale sia diminuito dopo la pandemia di Covid-19.
- Nel 2021 ci sono state 4,4 visite al pronto soccorso di donne con segni di violenza ogni 10.000 abitanti. Le giovani donne di età compresa tra 18 e 34 anni sono le più colpite (8,8 su 10.000), seguite dalle donne adulte di età compresa tra 35 e 49 anni (7,2 su 10.000).
- La quota di stranieri che entrano nei PS con segni di violenza è più che doppia rispetto a quella degli italiani: 4.444 11,8 ogni 10.000 abitanti rispetto a 4,7 nel periodo pre-pandemia 2017-2019; 10,0 rispetto a 3,8 durante la pandemia 2020-2021. I divari maggiori sono stati osservati nelle fasce di età 18-34 e 35-49, dove i tassi erano più alti.
- Il 31,4% degli accessi di emergenza per donne con segni di violenza è avvenuto attraverso il sistema 118 (totale accessi, tale tasso è stato del 20,5%), in aumento rispetto al 2017 (che era del 21,8%).
- La percentuale di incontri violenti con codice di classificazione verde (emergenza minore) è diminuita dal 76,2% nel 2017 al 60,3% nel 2021, mentre la proporzione di incontri con codice di classificazione verde giallo (emergenza e urgenza ritardata) è aumentata dal 12,8% al 27,7 %.

11

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society>

2.2 Le Linee Guida e i protocolli

Per affrontare in maniera sistematica il fenomeno della violenza contro le donne, che abbiamo visto essere di portata globale, sono state messe a disposizione a livello internazionale degli importanti strumenti.

Il riferimento è in primis alle linee guida dell'OMS del 2013 che vogliono sottolineare la responsabilità di ogni sistema sanitario nel rispondere alle conseguenze sanitarie della violenza. Queste linee guida sono rivolte agli operatori sanitari e dirigenti per attuare una pianificazione degli interventi per contrastare il fenomeno della violenza, sono linee guida basate sull'evidenza (EBN) e tengono conto dei contesti internazionali(10)

Questo documento presenta dei principi generali che possono essere sintetizzati come segue:

- le cure devono essere incentrate sulle donne e ogni tipo di decisione va condivisa, questo permette alla donna di mantenere la propria dignità e autonomia decisionale
- la violenza non va banalizzata
- è necessario tener conto delle discriminazioni contro le donne
- la ricerca riveste un ruolo fondamentale quanto la formazione.

Troviamo poi all'interno di questo documento anche delle raccomandazioni indirizzate agli operatori sanitari nella presa in carico della donna vittima di violenza:

- la vittima va sostenuta, non giudicata
- l'operatore deve ascoltare, chiedere ma non essere intrusivo e non forzare le vittime
- l'operatore sanitario deve fornire cure e assistenza pratica
- l'operatore sanitario deve fornire informazioni sulle risorse disponibili e sui servizi offerti dal territorio
- l'operatore sanitario deve occuparsi della sicurezza della vittima

Infine vi sono delle raccomandazioni rivolte ai servizi sanitari che devono:

- garantire privacy e riservatezza (nel rispetto degli obblighi di legge)
- garantire mediatori culturali formati sulla violenza
- formare tutto il personale e garantire un referente sulla violenza ad ogni turno

- fornire informazioni scritte sulla violenza e sulle risorse disponibili

All'interno di questa risorsa si trovano che spunti importanti su come fare domande alle donne sulla violenza da parte di partner. Risulta importante la formazione degli operatori, il saper gestire la rivelazione, il supportare la vittima; è necessario garantire privacy, utilizzare una procedura operativa/ protocollo standard e infine avere una rete territoriale e indirizzare la vittima al servizio più adatto alla sua situazione. In Italia il Servizio Sanitario Nazionale mette a disposizione a tutte le donne italiane e straniere dei servizi sul territorio di carattere ospedaliero ed ambulatoriale anche se rimane il Pronto Soccorso il luogo di primo accesso per le donne vittime di violenza.

Per una tempestiva ed efficace presa in carico delle donne vittime di violenza nel 2017 sono state adottate le “ Linee Guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.”

Queste linee guida delineano il percorso della donna vittima di violenza all'interno dei dipartimenti di emergenza. Il percorso mira a garantire un'efficace presa in carico della donna dal triage alla dimissione o all'accompagnamento presso i servizi o le strutture territoriali. Alla donna va garantita la giusta assistenza e privacy, dovrà essere accompagnata in area protetta per poter eseguire gli accertamenti necessari. Verrà in seguito eseguita la visita medica che è suddivisa in varie fasi: un primo momento di accoglienza in cui verranno fatte anche domande più approfondite, verrà acquisito il consenso informato in merito a tutte le procedure a cui verrà sottoposta la donna, seguirà l'anamnesi dell'aggressione, l'esame obiettivo, l'acquisizione delle prove esecuzione di esami di laboratorio e strumentali, l'accesso alle cure in base al tipo di necessità riscontrate. oltre alle cure fisiche, è opportuno che alla donna venga assicurato, se lei lo richiedesse, un sostegno psicologico. La dimissione della donna vittima di violenza viene valutata attraverso uno strumento standardizzato e validato la *Brief Risk Assessment for the Emergency Department* che permette agli operatori del Pronto Soccorso di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio. Si articola in 5 item da rilevare durante il colloquio con la donna: una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave. vedi allegato 1).

Nel caso di un rischio medio alto l'operatore informerà la donna dei servizi territoriali e dei centri antiviolenza e se la vittima dà il consenso verrà attivata la rete territoriale antiviolenza. In attesa di garantire una dimissione protetta e sicura, la donna ha la possibilità di essere posta in OBI (Osservazione Breve Intensiva) per un massimo di 36/72 ore.

Fig.1 Brief Risk Assessment for the Emergency Department

- 1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?
|Si |No
- 2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?
|Si |No
- 3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?
|Si |No
- 4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?
|Si |No
- 5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?
|Si |No

Infine le Aziende sanitarie devono individuare un referente del Percorso chiamato ad interfacciarsi con gli altri attori della rete antiviolenza presenti nel territorio.

In conformità alle Linee guida nell'ULSS 1 Dolomiti è attiva la procedura aziendale "Percorso Rosa"¹² che si applica a tutte le donne minorenni o maggiorenni che abbiano subito violenza di genere e che hanno avuto accesso alla struttura ospedaliera presentandosi al Pronto Soccorso, in Ginecologia - ostetricia, Pediatria, 118 o accompagnate dalle forze dell'ordine.

La procedura definisce i servizi che vanno attivati per la gestione dell'evento acuto e la successiva presa in carico in collaborazione con l'attività giudiziaria; prevede la gestione ospedaliera della donna; l'attivazione delle risorse territoriali per garantire la continuità assistenziale; la raccolta dati utili alle indagini in collaborazione con l'attività giudiziaria; la presa in carico da parte dei servizi territoriali. E' prevista

¹² IOA 34, Percorso Rosa, 2017, ULSS 1 Dolomiti

inoltre l'individuazione di Tutor che, se accettato dalla persona, la può accompagnare nel percorso di monitoraggio e supporto.

CAPITOLO 3 -METODOLOGIA

3.1 Obiettivo della ricerca

L'obiettivo del presente elaborato è identificare quali sono i fattori che ostacolano l'identificazione delle donne vittime di violenza e quali fattori invece possono favorire e garantire un metodo di presa in carico efficace che possa offrire loro un percorso strutturato di supporto.

3.2 Quesiti di indagine

Al fine di raggiungere l'obiettivo del seguente elaborato, è stato posto il seguente quesito:

Quali sono i fattori ostacolanti e quelli favorenti la presa in carico delle donne vittima di violenza domestica al primo accesso presso il pronto soccorso?

P	donne vittime di violenza domestica
I	fattori ostacolanti e fattori favorenti la presa in carico
O	migliorare la presa in carico

La ricerca in letteratura è stata effettuata tra il mese di agosto ed il mese di settembre 2023, attraverso la banca dati Pubmed, Cinahl, ed il motore di ricerca Google Scholar.

per la composizione del primo capitolo sono stati ricercati dati attraverso siti ministeriali ed istituzionali, inoltre sono stati presi alcuni spunti dal Codice Deontologico.

3.3 Parole chiave

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state le seguenti: *intimate partner violence, primary health care, domestic violence, nurse, emergency department, ,*

screening. Le diverse parole sono state combinate tra loro attraverso l'utilizzo degli operatori Booleani AND e OR.

3.4 Criteri di selezione del materiale

Gli articoli sono stati selezionati attraverso fonti degli ultimi 5 anni. Sono stati applicati i seguenti criteri di selezione: free full text, lingua inglese, spagnolo.

3.5 Strategie e stringhe di ricerca

BANCA DATI	CHIAVE DI RICERCA	STUDI REPERITI	STUDI SELEZIONATI
PUBMED	emergency room AND intimate partner violence	51	7
PUBMED	primary care health AND nurse AND woman	635	9
CINAHL	violenza contro le donne e pronto soccorso	2	1
GOOGLE SCHOLAR	"intimate partner violence" screening tools	1000	6

Tab 2: Strategie di ricerca e articoli studi selezionati

CAPITOLO 4-RISULTATI

Dalla ricerca in letteratura effettuata sono stati selezionati n. 25 articoli di cui: n.11 revisioni della letteratura; n.1 studio trasversale;n.5 studi qualitativi; n.1 studio cross sectional;n.2 studi descrittivi; n.1 progetto pilota; n.4 articoli tratti da riviste o libri.

4.1 Agenti ostacolanti e agenti favorenti individuazione e presa in carico delle donne vittime di violenza domestica o da partner intimo

I Dipartimenti di Emergenza rappresentano il contesto ospedaliero in cui è più probabile che una donna chieda aiuto e sostegno in caso di violenza domestica. Risulta importante identificare e analizzare quali sono i fattori che possono ostacolare l'individuazione e la successiva gestione della donna vittima di violenza domestica o da partner intimo.

L'analisi della letteratura reperita ha permesso di individuare alcuni temi principali:

TEMA	RIFERIMENTI
ATTEGGIAMENTO ED IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI SANITARI NELLA IDENTIFICAZIONE E PRESA IN CARICO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA FISICA	Alshammari et al.(2018); Dawson et al.(2019);Duchesne et al.(2022); Hinsliff-Smith et al.(2017); Di Giacomo.P & Cavallo A. (2014);Carneiro,J.B.,et al.(2022);Ruiz.Fernandez,M.D.,et al (2022)Saletti-Cuesta L., et al.(2018) Ruthie Robinson (2009) Beccaria G et al. (2013)
ATTEGGIAMENTO ED IL PUNTO DI VISTA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA FISICA IN MERITO ALLA IDENTIFICAZIONE E PRESA IN CARICO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI	Hinsliff-Smith, K.(2020);Hinsliff- Smith k.(2017).Tarzia, L., et al.(2021); Robinson e Spilsbury (2008);Heron R.L.et al.(2021) Ruthie Robinson (2009)
LO SCREENING ED IL SETTING	Ahmad, I., et al.(2017); Hinsliff-Smith, K. et al. (2020);O'Doherty et.al.(2015);Dawson A., et al.(2019) Daugherty, J.D et al. (2008); Sundborg ,E. et al.(2017)
LA PRESENZA DI MITI E STEREOTIPI	Martinez -Garcia E.,et al. (2021) Duchesne E., et al (2022)
LA FORMAZIONE DI BASE E POST BASE	Wejdan Shaiqi et al.(2022); Alshammari, K.F et al.(2018);Yonaka L.et al.(2007) Beccaria G. et al.(2013)

Questi temi verranno utilizzati per la discussione degli articoli.

4.1.1 Operatori sanitari

La letteratura reperita rispetto agli atteggiamenti degli operatori sanitari si basa su studi prevalentemente qualitativi singoli o riportati in revisioni.

Dawson et al (2022) hanno condotto uno studio adottando un disegno qualitativo descrittivo per esaminare le esperienze dei partecipanti in merito a eventi e azioni specificamente legate alla violenza carnale sul posto di lavoro. Il Campione selezionato era composto da 35 operatori sanitari in due ospedali attraverso interviste faccia a faccia (=14) e focus group (=5), con un numero di partecipanti da tre a cinque infermiere. Nel campione erano presenti 28 erano donne e 7 uomini.(11)

I quesiti erano i seguenti:

- percezione del fenomeno: Secondo lei, quante donne vengono visitate ogni settimana al pronto soccorso e hanno subito violenza domestica? Direbbe che si tratta di numeri grandi o piccoli? Sono aumentati, diminuiti o sono rimasti invariati?
- percezione sull'approccio: Può dirmi in che modo l'assistenza alle donne vittime di violenza domestica può averla influenzata? La prego di fornire alcuni esempi.
- presenza di procedure- politiche: Quando una donna si presenta al pronto soccorso e rivela di aver subito violenza domestica, ci sono procedure standard che vengono seguite? Se sì, quali sono? Come attuate queste politiche, linee guida e processi?
- rapporti interdisciplinari: Come interagiscono infermieri e medici per prendersi cura di queste donne? Può fornire alcuni esempi? In che modo gli operatori sanitari lavorano nei loro ruoli attuali per fornire cure e referenze a questo gruppo di pazienti?In che modo gli assistenti sociali e gli agenti di polizia che si occupano di violenza domestica sono coinvolti nell'assistenza alle donne e nella risposta ai loro bisogni e a quelli dei loro figli? Può fornire alcuni esempi?Può parlarmi dei processi di dimissione e di rinvio per le donne che hanno subito violenza domestica? Quali sono le professioni

- aspetti organizzativi: Se ci sono periodi di picco in cui vengono visitate donne con lesioni legate alla DV, come fa il personale a gestire l'aumento del numero di pazienti? Esistono strategie per il personale che potrebbero migliorare la situazione?
- formazione: Quale formazione avete seguito per prepararvi a curare le donne che hanno subito violenza domestica? Come avete utilizzato questa formazione nella pratica? Ritenete di essere adeguatamente preparati?
- strategie: Quali sono le cose che potrebbero supportare meglio voi e i vostri colleghi?

Questo studio ha evidenziato diverse questioni importanti legate all'importanza di un approccio multidisciplinare e al ruolo strategico degli assistenti sociali. I partecipanti hanno discusso delle loro esperienze personali e di come il loro lavoro con le donne vittime di violenza abbia avuto un impatto su di loro. Alcuni partecipanti hanno notato che a volte era difficile controllare i propri valori e sentimenti nei confronti delle donne coinvolte e degli autori di violenza. Nei focus group gli operatori hanno raccontato la loro esperienza ed il loro livello tecnico. Alcuni hanno parlato di esperienze personali dirette. Le difficoltà incontrate dagli operatori nel prendersi cura delle donne vittime di violenza sono spesso legate agli atteggiamenti delle vittime stesse. La violenza è considerata una questione privata ed è difficile da individuare, anche in presenza di dipendenti donne

Quest'ultima conclusione è stata messa in discussione dallo studio di Martinez - Garcia E., et al. 2021 in cui è emerso non è il fattore sesso a determinare la maggiore o meno rilevazione di vittime di violenza ma la maturità, esperienza e competenza del professionista sanitario.(12)

La revisione della letteratura condotta da Hinsliff-Smith et al.(2017) ha reperito 11 studi che hanno esplorato le esperienze del personale.(13)

Da questi studi è emerso come il personale può sperimentare un disagio emotivo dopo aver assistito a molti casi di violenza ed abusi domestici , il che porta a riconoscere la necessità di sistemi di supporto più ampi e di autocura per il personale.(14),(15) Inoltre il personale ha delle insicurezze riguardo ai propri sentimenti nei confronti dei DVA, questo può influire negativamente sulla loro capacità di intervenire a sostegno dei pazienti, che spesso sono ripetuti (16)

Un altro tema sentito dagli operatori emerso dalla letteratura riguarda le competenze comunicative. Nella revisione condotta da Alshammari et al. (17) viene riportato uno studio condotto da Beccaria et al. (2013) che ha sondato la comprensione e le percezioni degli infermieri laureati e laureandi (tot. =62) nei confronti della DVA/IPV dove è emerso che l'abilità più richiesta dagli infermieri è stata la comunicazione. Quest' aspetto strettamente legato alla formazione di base e post base verrà ripreso nella sezione dedicata.(18)

L'approccio relazionale comunicativo emerge come fattore ostacolante anche nello studio condotto da Di Giacomo.P &.Cavallo A. (2014) dichiarato dal 65% degli infermieri, su un campione di 80 che operano in contesti in cui si accolgono donne vittime di violenza domestica e da partner intimo. Questo studio cross sectional descrittivo si era posto l'obiettivo di identificare le conoscenze rispetto al fenomeno e descrivere conoscenze, atteggiamenti e opinioni degli operatori e identificare eventuali cambiamenti negli ultimi 5 anni.(19)

Altri studi ribadiscono come gli infermieri non si sentono preparati sulle competenze comunicative; ritengono di non avere gli strumenti adatti per un approccio che rispetti la soggettività ed i tempi della vittima (20), oppure hanno il timore di offendere e di non riuscire a comunicare in modo empatico(17);esprimono disagio personale riguardo al problema (21)

Alcuni professionisti dichiarano di non aver chiaro come formulare i quesiti;alcuni ritengono corretto porre alle vittime delle domande dirette; altri non sono a conoscenza dei protocolli in merito alla violenza e altri non riescono ad affrontare il tema della violenza a causa di motivi personali.(11)

Saletti-Cuesta e colleghi hanno condotto una revisione sistematica di 46 studi qualitativi e sintetizzato le opinioni e le percezioni degli operatori sanitari. Nella sezione dedicata alle barriere, hanno identificato questioni organizzative come la mancanza di tempo e di conoscenze, ma hanno anche sottolineato l'eccessiva dipendenza dal modello biomedico e i problemi personali legati alla gestione delle emozioni quando si tratta di IPV. Nonostante l'esistenza di linee guida cliniche e lo sviluppo di promettenti programmi di formazione molte di queste barriere persistono. Ciò è problematico, dato l'impatto negativo sul benessere delle donne quando le loro aspettative di cura non vengono soddisfatte dagli operatori sanitari.(22)

4.1.2 Vittime

Dal punto di vista delle donne vittime di violenza sono stati identificati i seguenti fattori ostacolanti legati alle istituzioni, agli operatori e a motivi o opinioni personali:

- a) caratteristiche dei setting assistenziali
- b) organizzazione dei dipartimenti di emergenza
- c) conseguenze delle denunce
- d) approccio del personale sanitario

Per quanto riguarda l'ambiente/istituzioni, i Dipartimenti di Emergenza sono aperti 24 ore su 24, 7 giorni su 7, sono ambienti affollati e vi possono essere persone in condizioni gravi; tutto questo può spaventare le donne vittime di violenza.(13)

Esse reputano che la mancanza di privacy sia un problema predominante, compresi casi come sedersi in una sala d'attesa affollata e percepire gli sguardi degli altri vedendo le loro ferite, o dover raccontare la violenza sapendo che gli altri potevano origliare la conversazione. Non vi sono ambienti dedicati, manca la privacy e il tempo (23)

Lunghi tempi di attesa hanno comunque portato a esperienze negative, così come l'interazione con gli operatori che apparivano affrettati e poco interessati.

Va comunque considerato come nel contesto dell'emergenza, gli operatori sanitari lavorano in ambienti frenetici e sotto pressione, dove ci si aspetta di fornire assistenza ai pazienti, di valutare la loro salute e il loro benessere e, in alcuni casi, di raggiungere obiettivi di performance

Nel 2008 Robinson e Spilsbury hanno condotto una revisione sistematica degli studi qualitativi sulla denuncia di violenza domestica agli operatori sanitari da parte delle donne vittime di violenza che ha fornito degli elementi importanti per comprendere il loro punto di vista. In modo sintetico è emerso che le vittime desideravano che il tema della violenza fosse sempre sollevato dagli operatori per favorire la divulgazione, ma emerge che il turn over degli operatori e la brevità degli appuntamenti sono fattori ostacolanti alla divulgazione.(16)

Questo studio è stato ripreso da Heron nel maggio del 2021 attraverso l'inclusione di un decennio di nuove ricerche su barriere e facilitatori per la divulgazione e anche i consigli per migliorare la divulgazione. Nel gennaio 2018 è stata condotta una

ricerca sistematica su PsychINFO, CINAHL e Web of Science. Sono stati identificati trentaquattro studi ammissibili, tra cui 783 vittime di violenza domestica (781 donne). In modo sintetico questo studio ha rilevato che i principali ostacoli per donne vittime di violenza domestica sono rappresentati dal timore di avere conseguenze in seguito alla rilevazione degli abusi (soprattutto la paura di perdere i figli); il timore di essere giudicate in modo negativo dagli operatori sanitari; che le istituzioni non siano in grado di proteggerle dal loro aggressore.(25)

Sono emerse inoltre delle barriere personali legate alla bassa autostima, all'imbarazzo, al senso di colpa o impotenza che hanno impedito alle donne vittime di violenza di instaurare un rapporto con l'operatore.

Per facilitare l'individuazione e la presa in carico di queste donne, si è rilevato che la percezione di un personale sanitario preparato e competente aiuta le donne ad instaurare positivi rapporti di fiducia. Anche la percezione dell'ambiente ospedaliero come sicuro contribuisce alla divulgazione del fenomeno. Risulta importante informare e rendere consapevoli le donne delle reti territoriale e dei servizi che offre attraverso manifesti, opuscoli o parlandone direttamente durante gli appuntamenti o gli accessi. E' emerso infine che le vittime si sentono maggiormente a proprio agio nel parlare di violenza con operatori dello stesso sesso e che è importante avere a disposizione anche un consulente legale e uno per la salute mentale.

Duchesne et al (2023) nella loro revisione della letteratura mettono in evidenza che ci sono pochi studi che sintetizzano le interazioni tra i pazienti che subiscono IPV e i fornitori di servizi aspetto che è diventato outcome primario del loro lavoro.(26)

Attraverso l'elaborazione di studi qualitativi hanno definito che i fattori che contribuiscono alle esperienze di cura positive e negative sono stati identificati a livello individuale, istituzionale e sistemico:

- INDIVIDUALE: fornitori non giudicanti e solidali; offrono opportunità di discussione aperta; vissuti come empatici, attenti e vedono la persona nella sua interezza; validano l'esperienza e confermano che si tratta di abuso
- ISTITUZIONALE: accesso ad uno spazio privato; non dover affrontare lunghi tempi di attesa; fornitori competenti che offrono risorse utili e accessibili in modo tempestivo; accesso a un'assistenza medica completa
- SISTEMICO: Sistemi di refertazione e follow-up efficienti ed efficaci

Molti pazienti hanno percepito positivamente le esperienze quando i loro fornitori si sono occupati di loro in modo olistico, vedendoli come una persona intera e non solo come le loro lesioni. Questo includeva l'accesso a cure mediche obiettive e approfondite e a un supporto psicologico e sociale completo per soddisfare le loro esigenze.

4.1.3 Lo screening ed il setting

Lo screening rappresenta uno strumento molto importante e valido nella identificazione delle donne vittime di violenza domestica . In quasi tutti i contesti si utilizza uno screening universale con domande già pronte e può essere somministrato attraverso strumenti elettronici, faccia a faccia o tramite carta e penna (26), (27), (28) Gli strumenti di screening offrono il vantaggio di essere a basso costo , di essere sicuri e se utilizzati da personale formato possono contribuire alla individuazione delle donne vittime di IPV.(11)

Naturalmente più l'operatore è competente e preparato su protocolli e linee guida, più l'ambiente rispetta i tempi e la privacy della vittima più si aumenterà il tasso di identificazione delle vittime.

Lo screening non risulta obbligatorio in molti i servizi sanitari come ad esempio Stati Uniti o Regno Unito, ma è accettato come metodo attraverso domande standard o domande dirette.

Uno studio del 2008 ha rilevato che il 44% delle donne uccise dal proprio partner intimo si era recata in pronto soccorso nell'ultimo anno; il 93% di queste vittime si è recato in modo intenzionale per lesioni legate alla violenza intima da partner (IVP). Sono stati identificati solo il 5% dei casi IPV; solo il 13% degli operatori ha chiesto informazioni sulla violenza domestica nonostante il 40% delle donne presentasse segni di lesioni violente.(29)

Non ci sono prove sufficienti per supportare lo screening universale dell'IPV in ambito sanitario, con una recente revisione Cochrane che ha concluso che le strategie mirate potrebbero essere più efficaci.(30)

In questo studio di revisione sono state reclutate 14.959 donne provenienti da diversi contesti sanitari (cliniche prenatali, cliniche per la salute delle donne, dipartimenti di emergenza, cure primarie) prevalentemente situati in paesi ad alto reddito e in

contesti urbani. Cinque dei 13 studi dall'analisi primaria sono stati esclusi perché non riportavano dati di identificazione o il modo in cui lo facevano non era coerente con l'identificazione clinica da parte degli operatori sanitari. Nei restanti otto studi (n = 10.074), lo screening ha aumentato l'identificazione clinica delle vittime/sopravvissuti (OR 2,95, IC 95% da 1,79 a 4,87, evidenza di qualità moderata). Le analisi dei sottogruppi hanno suggerito aumenti nell'identificazione nelle cure prenatali (OR 4,53, IC 95% da 1,82 a 11,27, due studi, n = 663, evidenza di qualità moderata); servizi di salute materna (OR 2,36, IC 95% da 1,14 a 4,87, uno studio, n = 829, evidenza di qualità moderata); e dipartimenti di emergenza (OR 2,72, IC 95% da 1,03 a 7,19, tre studi, n = 2608, evidenza di qualità moderata); ma non nelle cure primarie ospedaliere (OR 1,53, IC 95% da 0,79 a 2,94, uno studio, n = 293, evidenza di qualità moderata).

Solo due studi (n = 1298) hanno misurato i riferimenti ai servizi di supporto per la violenza domestica dopo l'identificazione clinica.

Quattro dei 13 studi (n = 2.765) hanno studiato la prevalenza (esclusi dall'analisi principale in quanto i tassi non erano registrati clinicamente); il rilevamento dell'IPV non differiva tra lo screening faccia a faccia e la valutazione computerizzata/scritta (OR 1,12, IC 95% da 0,53 a 2,36, evidenza di qualità moderata).

Solo due studi hanno misurato l'esperienza di violenza delle donne (da tre a 18 mesi dopo lo screening) e non hanno trovato prove che lo screening diminuisse l'IPV.; solo uno studio ha riportato la salute delle donne senza differenze osservabili a 18 mesi. Sebbene nessuno studio abbia riportato effetti avversi derivanti dagli interventi di screening, gli esiti dei danni sono stati misurati solo immediatamente dopo e solo uno studio ha riportato gli esiti a tre mesi.

Non ci sono prove sufficienti per giudicare se lo screening aumenti la diffusione dei servizi specialistici. Le prove dimostrano che lo screening aumenta l'identificazione delle donne che soffrono di IPV in contesti sanitari. Nel complesso, tuttavia, i tassi risultano bassi rispetto alle migliori stime di prevalenza dell'IPV nelle donne in cerca di assistenza sanitaria.

Tuttavia l'esperienza e la sensibilità dell'operatore possono fare a differenza. Spesso l'identificazione della vittima avviene grazie alla presenza di lesioni fisiche, ma gli

operatori sanitari devono andare oltre e applicare un modello di cura che includa anche l'aspetto bio-psico sociale e individuale della persona.(20)

Un recente studio ha stato il problema da una prospettiva di genere attraverso l'intervista di 31 lavoratrici in contesti ospedalieri diversi, da i dati raccolti è emerso come rivesta un ruolo fondamentale capire il problema della violenza da parte di partner intimo e come sia indispensabile creare un rapporto di fiducia con la vittima, e per ottenere un rapporto di fiducia è necessario avere un ambiente dedicato completamente a queste donne in cui se sentano protette (31),(32)

Alcuni studi hanno identificato la mancanza di tempo, il disagio personale nei confronti dell'argomento IPA e la mancanza di conoscenze come le principali barriere che impediscono agli operatori sanitari di effettuare uno screening di routine(21),(23)

Un aspetto interessante per la professione infermieristica è quanto riportato in alcuni articoli rispetto al ruolo dell'infermiere nella presa in carico della persona.

Sundborg.E et al.2017(33) e di Martinez-Garcia e. et al.2021 (12) mettono in evidenza come l'individuazione delle vittime di violenza sia una responsabilità infermieristica ma non la presa in carico che invece è di competenza medica. In particolare l'articolo “ *To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence*” è andato a sondare i motivi che portano all'esitazione nell'indagare la possibile violenza da parte degli infermieri distrettuali.. Questo studio condotto in Svezia riporta come tra le motivazioni all'esitazione ci fosse la convinzione che l'identificazione delle donne esposte a IPV non fosse una responsabilità dell'Infermiere e che il lavoro comprendeva una tale varietà di responsabilità che il loro tempo non doveva essere dedicato anche alla responsabilità di chiedere alle donne se erano state esposte a IPV. Altri autori come Carneiro j.B., et al.2022 e Dawson A.J., et al.2019 sostengono invece come un approccio multidisciplinare è auspicabile per avere più prospettive e competenze nella individuazione delle donne vittime di violenza domestica.

4.1.4 Miti e stereotipi

Un'altro fattore ostacolante riguarda la presenza ancora di stereotipi e miti legati al fenomeno della violenza di genere, si tratta di elementi che rappresentano il pensare

e agire maschile ma che possono avere delle ripercussioni nella gestione delle donne vittime di violenza. Secondo lo studio di Martinez -Garcia E., et al. 2021 (12) emerge come il fenomeno della violenza domestica sia correlato al sesso femminile e al consumo di alcool e droga. Questo studio ha analizzato la capacità dei medici e degli infermieri di emergenza che lavorano nella città di Granada (Spagna) di rispondere alla violenza da partner nelle relazioni di intimità (IPV) contro le donne e il ruolo di mediazione di alcuni fattori e opinioni nei confronti di alcuni miti sessisti nell'individuazione dei casi. Si tratta di uno studio trasversale che utilizza l'indagine sulla disponibilità dei medici a gestire la violenza nelle relazioni di intimità (condotto tra ottobre 2020 e gennaio 2021), per un totale di 180 professionisti. In totale, hanno partecipato 180 professionisti, con un tasso di risposta del 92% del personale professionale dei tre dipartimenti di emergenza analizzati. Il 75% del campione era costituito da donne, la maggior parte infermiere (66,5%) con un'età media di 41,48 anni (SD = 10,8) e con sette anni di esperienza nel reparto (SD = 8,3). Il 39,6% di loro ha dichiarato di aver letto il protocollo sanitario, mentre il 25% non ha ricevuto alcun tipo di formazione sull'argomento.

In questo studio, come in altre indagini, il tipo di screening eseguito su base generale dagli operatori sanitari si basava su indicatori oggettivi di IPV. In Spagna, i protocolli sanitari di emergenza in questi casi incoraggiano i professionisti a chiedere alle donne che mostrano segni o sintomi specifici, al fine di confermare la violenza in linea con le raccomandazioni dell'OMS. In relazione all'alcol come causa principale dell'IPV, il 64% dei partecipanti concordava erroneamente con tale convinzione il che dimostra l'elevata prevalenza di tali miti o stereotipi tra gli operatori sanitari, in particolare tra i partecipanti allo studio.

Spesso le vittime vengono giudicate e incolpate, ritenute poco affidabili raccontando episodi per trarne vantaggio; vengono considerate culturalmente povere, responsabili delle loro esperienze di violenza, drogate, malate di mente. 26.)

Anche il lavoro di Di Giacomo precedentemente citato(19) riporta come Il 19,6 % tende ancora a colpevolizzare la donna, con una frequenza più elevata (25,8 %) tra gli infermieri e il genere maschile (54,0 %), vs il 25% rilevato precedentemente. Diminuisce rispetto al 2008 chi dichiara di avere difficoltà e chi consiglia di farsi

visitare in Pronto Soccorso e denunciare 59,1 % vs 51 % ed emerge un'augmentata consapevolezza della necessità di formazione.

4.1.5 La Formazione di base e post base

Quello della formazione risulta un tema presente e accennato in quasi tutti gli articoli presi in esame che viene interpretato sia come fattore ostacolante sia come fattore favorente.

Assume un risvolto ostacolante come fattore barriera degli operatori sanitari che spesso non sono stati formati in merito al fenomeno della violenza sulle donne e non conoscono gli strumenti di screening, le linee guida ed i protocolli delle loro istituzioni. Spesso gli operatori non sono a conoscenza neppure delle reti territoriali messe a disposizione delle donne vittime di violenza e non conoscono la legislazione che le tutela.

Spesso la formazione non è sufficiente e non coinvolge la capacità di comunicazione di interazione, lo sviluppo di competenze comunicativa basate sull'empatia e l'accoglienza, di conseguenza gli operatori sanitari si sentono limitati, hanno paura di offendere e di non saper intervenire in modo efficace.(17).

Secondo lo studio di Ruiz.Fernandez, M.D. et al.2022 è necessario formare gli infermieri sui temi della violenza di genere già a livello universitario e poi fornendo l'opportunità di un apprendimento continuo a chi già esercita.(31)

Di contro la formazione assume un ruolo favorente quando si esprime attraverso una pratica clinica efficiente ed efficace che sappia accogliere e tutelare in toto la donna vittima di violenza domestica.

Quattro studi hanno identificato che la formazione del personale e lo sviluppo professionale continuo (CPD) sono fondamentali per rispondere in modo appropriato ai casi di DVA all'interno dell'ambiente ED (34); (15), (35);(36). Tuttavia, essi riconoscono che la formazione nei Dipartimenti di Emergenza è una sfida, non da ultimo il lavoro a turni, l'orientamento del nuovo personale e le limitate opportunità di formazione approfondita.

Yonaka et al. (2007) indicano che la formazione dovrebbe includere una serie di competenze professionali per confrontarsi efficacemente con i pazienti sui DVA e sulla natura delle presentazioni dei pazienti. Questo è particolarmente importante

perché spesso i sopravvissuti ai DVA presentano sintomi ambigui, come le condizioni di salute mentale, che richiedono all'operatore sanitario l'uso di una serie di abilità comunicative per suscitare risposte e rivelazioni. Tali abilità comunicative per l'indagine clinica sono state segnalate per favorire una migliore risposta all'offerta di cure e migliori risultati per i pazienti, compresi i sopravvissuti ai DVA e le loro famiglie(37).

Poiché gli infermieri si trovano in una posizione unica per identificare, assistere e sostenere le donne che vivono con l'IPV, una maggiore comprensione delle conoscenze e degli atteggiamenti degli studenti infermieri può aiutare i programmi di laurea a garantire una migliore preparazione degli infermieri per questo ruolo. La disponibilità degli infermieri a gestire la violenza carnale può essere influenzata da conoscenze, atteggiamenti, convinzioni e comportamenti, in gran parte legati alla loro autoefficacia nell'identificare queste donne (ad esempio attraverso procedure di screening) e nel fornire interventi efficaci. Gli studenti di tutti i livelli del programma di laurea di un'università regionale australiana sono stati invitati a partecipare a focus group e a un successivo sondaggio che ha esplorato le loro percezioni, attitudini e conoscenze sull'IPV. I risultati hanno mostrato che gli studenti avevano convinzioni limitate e stereotipate su ciò che costituisce la violenza carnale e su chi la commette. Hanno indicato di non essere preparati ad affrontare situazioni di IPV nella pratica clinica, ma hanno identificato la comunicazione come un'abilità fondamentale richiesta. È possibile che gli studenti d'infermieristica non comprendano l'importanza dei problemi legati alla violenza carnale e non comprendano appieno l'impatto sociale, economico e sanitario a livello individuale e sociale. Questo può portare a un'ulteriore sottovalutazione (18.)

Il futuro della professione infermieristica sono gli studenti stessi, secondo la revisione di Wejdan Shaqiqi et al.2022, che ha indagato in merito alle conoscenze, atteggiamenti e la preparazione degli studenti d'infermieristica in merito al tema della violenza da parte di partner.(38).

Gli studenti provenivano da paesi diversi e rappresentano culture diverse (Turchia, Australia, Spagna, India, Tanzania, Regno Unito, Brasile Siria ed Israele), emerge un denominatore comune che riguarda la preparazione di questi studenti sulla comprensione delle IVP, sull'abuso psicologico che vi è sottinteso, e quindi

ottimizzare la loro capacità nel riconoscere le vittime di IPV. Naturalmente la percezione dell'IPV è strettamente connessa alla cultura, società e religione del paese di provenienza.

Quindi possono essere presenti miti o stereotipi di cui abbiamo parlato nelle pagine precedenti.

CAPITOLO 5-DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il tema della violenza di genere, per il sistema sanitario, è di particolare rilevanza non solo per le crescenti responsabilità di natura legale che coinvolgono gli operatori sanitari, ma anche per la difficoltà di applicare procedure efficaci di riconoscimento e presa in carico delle pazienti che non intendono, o non sono in grado di denunciare la violenza subita. E' un fenomeno che viola i diritti umani e può avere gravi ripercussioni a livello fisico, sessuale, psicologico della vittima a breve e a lungo termine. In Italia si stima che violenze fisiche o sessuali durante la propria vita siano subite dal 31,5% delle donne. L'OMS evidenzia che una donna su tre a livello globale subisce violenza da parte di un *partner*; le donne di età compresa fra i 15 e i 44 anni sono a maggior rischio di abuso. Inoltre emerge che, mentre i tassi di violenza per mano di *partner* intimi differiscono nelle regioni a basso, medio e alto reddito, gli effetti sulla salute sono simili in tutto il mondo. Gli infermieri dei dipartimenti di emergenza sono spesso i primi ad interfacciarsi con le donne vittime di violenza: fondamentale al riguardo è la formazione ricevuta, utile a superare i meccanismi di difesa e di rimozione in cui possono incorrere gli operatori di fronte alla situazione di abuso e violenza in cui si trovano le donne. La formazione, inoltre, è importante per cercare di combattere tutti gli stereotipi, pregiudizi o ignoranza che gli operatori sanitari possono presentare sul tema e che portano ad un'inadeguata presa in carico e gestione infermieristica.

Il Pronto Soccorso rappresenta uno dei principali punti di riferimento per la donna che subisce violenza, risulta quindi necessario riservare alle vittime di violenza un adeguato trattamento che assicuri un'efficace presa in carico multidisciplinare e che sia garantita protezione, sicurezza e riservatezza. Tuttavia, nonostante la serietà del problema e l'importanza del ruolo rivestito dall'infermiere, la letteratura riporta le difficoltà, tutt'oggi presenti, nell'accoglienza e nelle procedure relazionali, oltre ad un atteggiamento che 'colpevolizza' la donna. Quindi risulta fondamentale e prioritario implementare il potenziale degli infermieri nel riconoscere e accertare situazioni di violenza subite da donne con cui vengono a contatto durante la loro esperienza lavorativa.

La revisione degli articoli selezionati ha evidenziato come il fenomeno della violenza di genere ed in particolare la violenza domestica e quella da partner intimo siano un fenomeno di livello globale. I dipartimenti di emergenza sono il primo luogo di accesso per le vittime di violenza, il personale che vi lavora deve essere informato e formato in merito alla violenza e al miglior approccio con la vittima.

Gli studi internazionali presi in considerazione hanno rilevato la presenza di alcuni fattori ostacolanti l'individuazione e la gestione delle vittime di violenza domestica e da parte di partner intimo. Questi fattori riguardano sia le vittime che gli operatori.

In particolare le vittime di violenza domestica sono reticenti ad ammettere la violenza per paura di essere giudicate, per poca fiducia negli operatori, la mancanza di continuità nelle cure e il tempo limitato con l'operatore sanitario. Inoltre, le vittime hanno incontrato un'ulteriore barriera istituzionale costituita dalla mancanza di privacy, che ha ulteriormente impedito loro di rivelare informazioni agli operatori sanitari.

Per quanto riguarda gli ostacoli rilevati da parte degli infermieri dei dipartimenti di emergenza si rileva soprattutto la scarsa conoscenza del fenomeno della violenza e la poca formazione in merito al giusto approccio nei confronti delle donne. Inoltre sono ancora presenti stereotipi e miti che giudicano la donna colpevole e attribuiscono all'abuso di alcol il motivo che ha scatenato la violenza.

I fattori facilitanti includono un rapporto di fiducia con l'operatore sanitario, domande dirette sugli abusi domestici, la disponibilità di opuscoli e manifesti per i servizi di violenza domestica nelle sale d'attesa, il rispetto della privacy e la possibilità di vedere un operatore sanitario donna per le vittime di sesso femminile. Molti studi hanno dimostrato che le vittime di abusi domestici preferirebbero essere interrogate direttamente sugli abusi.

Pertanto, gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per aiutarli a capire quali domande porre e in quali circostanze. È stato dimostrato che la formazione è più efficace se ai professionisti viene data l'opportunità di osservare e modellare le buone pratiche. Ad esempio, la formazione esperienziale e interattiva si è rivelata efficace in studi precedenti con operatori sanitari hanno dimostrato che la fiducia degli operatori sanitari nel porre domande e nel rispondere alla violenza domestica è notevolmente migliorata dopo aver completato una formazione interattiva. Inoltre, i

servizi sanitari dovrebbero tenere conto degli ostacoli non correlati alla formazione e alle capacità degli operatori sanitari. Ad esempio, la mancanza d'informazioni sulla violenza domestica, la mancanza di privacy o la mancanza di opportunità di rivelarlo a un operatore sanitario di sesso femminile, agiscono tutti come barriere alla divulgazione, ma potrebbero essere affrontate implementando cambiamenti strutturali nelle strutture sanitarie. Ad esempio, la creazione di aree private per il contatto con gli operatori sanitari negli ospedali di pronto soccorso o nelle cliniche di maternità potrebbe ridurre direttamente la barriera alla divulgazione. Ciò potrebbe anche aiutare a ridurre la barriera emotiva dei sentimenti di vergogna e imbarazzo. Cioè, se meno persone interagiscono con una vittima in un ambiente privato, ciò potrebbe farla sentire più a suo agio nel discutere apertamente le sue esperienze.

Per aumentare le probabilità di divulgazione da parte della donna, l'operatore sanitario dovrebbe disporre d'informazioni aggiornate su dove indirizzare la vittima per un supporto adeguato (ad esempio, centri di accoglienza per donne, patrocinio legale) o assistenza (ad esempio, consulenza) in modo che la vittima possa essere informata di tutte le loro opzioni. Gli operatori sanitari dovrebbero idealmente anche essere formati all'uso di strumenti che potrebbero aiutarli a valutare il rischio della vittima, ad esempio misure di screening come lo strumento di screening per l'abuso sulle donne.

In merito all'uso dello screening universale alcuni studi presi in considerazione dalla revisione fatta, evidenziano come l'utilizzo di strumenti di screening contribuisca ad un aumento della individuazione di casi di violenza domestica e violenza da partner intimo.

Lo screening non è uno strumento obbligatorio e può essere somministrato in modo computerizzato, attraverso quesiti faccia a faccia o attraverso domande predisposte su carta, quest'ultimo modo risulta essere quello più apprezzato da parte delle donne vittime di violenza che si sentono meno a disagio. L'uso di strumenti standardizzati va implementato per consentire continuità nelle cure e per uniformare i percorsi di presa in carico delle donne vittime di violenza.

Negli ultimi anni è cresciuto molto l'interesse delle comunità nazionali ed internazionali in merito al fenomeno della violenza, ma molto c'è ancora da fare soprattutto in termini di formazione del personale sanitario a partire dal corso di

laurea per poi continuare durante l'attività lavorativa. Le strutture sanitarie devono trovare le risorse per creare degli spazi dedicati e la possibilità di varie figure quali mediatori culturali formati e psicologi per supportare in toto le donne.

Amadasi A. et al.2019 indica come miglior approccio multidisciplinare *“una combinazione equilibrata tra medicina clinica e forense.”*Prima vi è la necessità di svelare la violenza, accogliere la vittima, informarla sulla prevenzione e sulla rete antiviolenza, in seguito particolare attenzione e cura dovrà essere dedicata alla raccolta e documentazione dettagliata delle prove forensi.” (38)

La gestione della violenza in emergenza è fondamentale per “svelare” la violenza avvenuta, far fronte alle emozioni e ai bisogni delle vittime e fornire informazioni sulla prevenzione e sulla rete antiviolenza. L'accoglienza rappresenta quindi la fase più complessa del rapporto tra operatori sanitari e vittime di violenza

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. New York : UN, 1993
2. WHO, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO: Geneva, 2013
3. WHO, Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.: Geneva, 2021
4. ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie “Sicurezza delle donne” Anno 2006
5. ISTAT Il numero delle vittime e le forme della violenza, <https://www.istat.it>.
6. World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. World Health Organization
7. Alessandra D'Antonio, La violenza come manipolazione mentale, State of Mind, 17 aprile 2019 disponibile al sito <https://www.giuntipsy.it/> ultimo accesso 31 ottobre
8. Salerno, A. (2016). Psicodinamica delle relazioni violente. Aspetti psicologici, clinici e sociali. In S. Vaccaro (a cura di), *Violenza di genere. Saperi contro*. (pp. 53-62). Milano : Mimesis.
9. Codice deontologico dell'infermiere. FNOPI (2019)
10. Who (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*, Who Geneva.
11. Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Academic*

emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 26(9), 1052–1062. <https://doi.org/10.1111/acem.13721>

12. Martínez-García, E., Montiel-Mesa, V., Esteban-Vilchez, B., Bracero-Aleman, B., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Pérez-Morente, M. Á., & Alvarez-Serrano, M. A. (2021). Sexist Myths Emergency Healthcare Professionals and Factors Associated with the Detection of Intimate Partner Violence in Women. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5568. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115568>
13. Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4013–4027. <https://doi.org/10.1111/jocn.13849>
14. Van der Wath, A., van Neltjie, N., & van Rensburg, E. (2013). Emergency Nurses Experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242–2252 <https://doi.org/10.1111/jan.12099>
15. McGarry, J., & Nairn, S. (2014). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65–70 <https://doi.org/10.1016/j.enj.2014.06.003>
16. Ruthie Robinson, Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence, *Journal of Emergency Nursing*, Volume 36, Issue 6, 2010, Pages 572-576, ISSN 0099-1767, <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>.
17. Alshammari, KF , McGarry, J , Higginbottom, GMA . Formazione e comprensione degli infermieri legati alla violenza domestica e agli abusi contro le donne: una revisione integrativa della letteratura . *Infermeria aperta* . 2018 ; 5 : 237 – 253 . <https://doi.org/10.1002/nop2.133>
18. Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris JA, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today*. 2013;33(8):907-911. doi:10.1016/j.nedt.2012.08.004

19. Di Giacomo, P., & Cavallo, A. (2014). La violenza contro le donne. Conoscenze, attitudini e convinzioni di infermieri ed ostetriche. *SCENARIO: ANIARTI* , 31 , 52–53.
20. Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Oliveira, D. C. Marques, S. C., & Fonseca, A. D. D. (2018). Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. *Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. Revista gaucha de enfermagem*, 39, e 61308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>
21. Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>
22. Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabello I. Opinions and experiences of primary healthcare providers regarding violence against women: a systematic review of qualitative studies. *J Fam Violence*. 2018;33(6):405–20.
23. Tarzia, L., Cameron, J., Watson, J. *et al.* Barriere personali nell'affrontare l'abuso del partner intimo: una meta-sintesi qualitativa delle esperienze degli operatori sanitari. *BMC Health Serv Res* 21 , 567 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06582-2>
24. Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & social care in the community*, 29(3), 612–630. <https://doi.org/10.1111/hsc.13282>
25. Duchesne, E., Nathoo, A., Walker, M., & Bartels, S. A. (2023). Patient and Provider Emergency Care Experiences Related to Intimate Partner Violence: A Systematic Review of the Existing Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2901-2921. <https://doi.org/10.1177/15248380221118962>

26. Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in the emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3271–3285.
27. Hinsliff-Smith, K. (2020). Barriers and Opportunities to Effective Identification and Management of Domestic Violence and Abuse. In: Ali, P., McGarry, J. (eds) *Domestic Violence in Health Contexts: A Guide for Healthcare Professions*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29361-1_5
28. Daugherty, J. D., & Houry, D. E. (2008). Intimate partner violence screening in the emergency department. *Journal of postgraduate medicine*, 54(4), 301–305. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.43513>
29. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7):CD007007. Published 2015 Jul 22. doi:10.1002/14651858.CD007007.pub3
30. Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. D. S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 59, 469580211064105. <https://doi.org/10.1177/00469580211064105>
31. Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R, Alcaraz-Córdoba A, et al. Attention Given to Victims of Gender Violence from the Perspective of Nurses: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12925. Published 2022 Oct 9. doi:10.3390/ijerph191912925
32. Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2256–2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

33. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 2002;162(10):1157-1163. doi:10.1001/archinte.162.10.1157
34. Maina GM. Emergency medical response to intimate partner violence in Kenya. *Nurs Stand.* 2009;23(21):35-39. doi:10.7748/ns2009.01.23.21.35.c6766
35. Ramsden C, Bonner M. A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2002;10(1):31-39. doi:10.1054/aaen.2001.0312
36. Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, Sherck JP. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *J Contin Educ Nurs.* 2007;38(1):37-45. doi:10.3928/00220124-20070101-08
37. Wejdan Shaiqi, Fiona Cuthill, Gearóid Brennan, Nursing students' knowledge, attitudes, preparedness and practice towards intimate partner violence against women: a scoping review and thematic synthesis, *Nurse Education Today*, Volume 116, 2022, 105452, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105452>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691722001885>)
38. Amadasi, A., Mazzotti, M.C., Manca, M.C., Pelotti, S. (2019). Prevention of Violence and Emergency Services. In: Tarricone, I., Riecher-Rössler, A. (eds) *Health and Gender*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15038-9_31

ALLEGATI: Tavole sinottiche

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Acosta, D. F., Gomes, V. L. O. Oliveira, D. C. Marques, S. C., & Fonseca, A. D. D. (2018). Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. <i>Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. Revista gaucha de enfermagem</i>, 39, e 61308.</p> <p>https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare e descrivere la struttura e i contenuti delle rappresentazioni sociali degli infermieri riguardo alla violenza domestica contro le donne.</p> <p>Si tratta di uno studio qualitativo condotto con 100 infermieri tra maggio 2014 e settembre 2014 in due ospedali di media entità di Rio de Janeiro in Brasile.</p> <p>Le interviste sono state guidate da un copione contenente domande a risposta aperta sulla percezione e sui vissuti personali e professionali dei soggetti vittime di violenza domestica contro le donne.</p>	<p>L'aggressione fisica rimane il dato più evidente per definire la violenza che viene associata a parole come disprezzo e sottomissione e umiliazione. Sia le vittime sia gli infermieri si rapportano con la paura nell'affrontare queste situazioni, per questo è indispensabile la formazione del personale e individuare un modello di cura che non si limiti solo alla parte clinica ma che includa l'aspetto bio psico sociale, individuale e soggettivo della persona.</p>
<p>Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in the emergency department: a rapid review of the literature. <i>Journal of clinical nursing</i>, 26(21-22), 3271–3285.</p> <p>https://doi.org/10.1111/jocn.13706</p>	<p>Si tratta di una revisione della letteratura attraverso i principi della valutazione rapida delle prove e stata revisionata la letteratura pubblicata tra il 2000 ed il 2015.</p>	<p>Lo screening dell'violenza intima da partner (IPV) nei dipartimenti di emergenza (ED) è solitamente eseguita attraverso l'utilizzo di strumenti elettronici, faccia a faccia o attraverso carta e penna. Lo screening di routine (universale) si traduce in tassi di identificazione più elevati. emergono alcuni fattori che facilitano lo screening della IPV e si possono classificare in fattori legati agli operatori sanitari, fattori organizzativi e fattori legati ai pazienti.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Alshammari, KF , McGarry, J , Higginbottom, GMA . Formazione e comprensione degli infermieri legati alla violenza domestica e agli abusi contro le donne: una revisione integrativa della letteratura . <i>Infermeria aperta</i> . 2018 ; 5 : 237 – 253 . https://doi.org/10.1002/nop2.133</p>	<p>Revisione integrativa della letteratura per esplorare le conoscenze degli infermieri in merito alla violenza domestica e la violenza da partner intimo ed identificare le lacune nella formazione infermieristica.</p>	<p>Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nel riconoscere l'IPV/DVA contro le donne e nel fornire loro supporto pratico, emotivo e psicologico.</p> <p>Le evidenze raccolte indicano che gli infermieri durante la loro formazione non ricevono una formazione istruttiva sufficiente sull'IPV/DVA.</p> <p>Gli infermieri di solito non hanno fiducia nel rispondere all'IPV/DVA principalmente a causa della formazione limitata e dell'esperienza educativa, della paura di offendere, della mancanza di interventi efficaci e di capacità di comunicazione.</p>
<p>Amadasi, A., Mazzotti, M.C., Manca, M.C., Pelotti, S. (2019). Prevention of Violence and Emergency Services. In: Tarricone, I., Riecher-Rössler, A. (eds) Health and Gender. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15038-9_31</p>	<p>capitolo del libro Health and Gender”pag.295-301. Resilience and Vulnerability Factors For Women's Health in the Contemporary Society 2019</p>	<p>In questo capitolo si evidenziano tre punti centrali in merito alla lotta e presa in carico della violenza contro le donne ed i servizi di emergenza.</p> <p>Nella prevenzione della violenza, l'evidenza indica la necessità di implementare un approccio multidisciplinare. La formazione e l'istruzione adeguate degli operatori sanitari sono fondamentali e la ricerca scientifica ha un ruolo cruciale. È necessaria una combinazione equilibrata di medicina clinica e forense.. L'assistenza medica è prioritaria, ma anche la raccolta e la documentazione dettagliata delle prove forensi è della massima importanza. Pertanto il personale sanitario deve essere adeguatamente formato</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris JA, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. <i>Nurse Educ Today</i>. 2013;33(8):907-911. doi:10.1016/j.nedt.2012.08.004</p>	<p>studio con metodo misto (prospettiva qualitativa attraverso i dati narrativi orali provenienti dai focus group; prospettiva quantitativa esplorativa utilizzando i dati nominali di un sondaggio successivo) allo scopo di esplorare le percezioni e la comprensione degli studenti universitari di infermieristica nei confronti della violenza da parte del partner. Hanno partecipato studenti reclutati da tutti i livelli annuali del programma di laurea in infermieristica tramite un invito e messaggi su forum web universitari sicuri.</p>	<p>Sono state somministrate 5 domande inerenti alle percezioni in merito alla violenza da parte di partner intimo(IPV). I risultati ottenuti hanno evidenziato che gli studenti di infermieristica potrebbero non comprendere il significato dell'IPV. Affinché siano meglio preparati a svolgere il loro ruolo, è necessario porre maggiore enfasi sulla soddisfazione dei bisogni emotivi e sulla comprensione dei diversi approcci, soprattutto quelli preventivi. Un'utile strategia educativa potrebbe essere quella di inserire gli studenti in organizzazioni comunitarie che lavorano per prevenire l'IPV, per sviluppare una cultura preventiva e una consapevolezza e capacità di lavorare con gli altri in un ambiente multidisciplinare.</p>
<p>Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. D. S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. <i>Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing</i>, 59, 469580211064105. https://doi.org/10.1177/00469580211064105</p>	<p>studio qualitativo che mira a comprendere come gli operatori sanitari di base forniscono assistenza alle donne vittime di violenza da parte dei partner. La raccolta dei dati è stata fatta in 22 istituzioni che offrono assistenza sanitaria di base, intervistando individualmente e in modo approfondito 31 lavoratrici provenienti da diverse categorie professionali, tra cui medici, infermieri, dentisti, psicologi e assistenti sociali.</p>	<p>I partecipanti : 31 operatori sanitari di diverse categorie (17 infermieri costituivano il primo gruppo campione; e 3 psicologi e 2 assistenti sociali costituivano il secondo gruppo campione). La maggior parte dei partecipanti ha consentito l'interpretazione dell'oggetto di studio da una prospettiva di base, fondamentale capire e conoscere il problema della IPV, creare un legittimo supporto multidisciplinare, informare e guidare la vittima a usufruire del territorio</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Daugherty, J. D., & Houry, D. E. (2008). Intimate partner violence screening in the emergency department. <i>Journal of postgraduate medicine</i>, 54(4), 301–305. https://doi.org/10.4103/0022-3859.43513</p>	<p>Si tratta ricerca effettuate su su Medline per articoli che parlassero dello screening IPV in pronto soccorso.</p> <p>Lo scopo era quello di indagare le statistiche sulla prevalenza dell'IPV, le attuali raccomandazioni e pratiche di screening negli ambienti di pronto soccorso e le direzioni future per migliorare lo screening e l'identificazione delle vittime di IPV che si presentano al pronto soccorso.</p>	<p>Nonostante la disponibilità dichiarata dei pazienti a divulgare queste informazioni, l'identificazione dell'IPV da parte degli operatori sanitari rimane molto bassa, con alcune stime comprese tra il 4 e il 10%. Questo a causa di serie di difficoltà che interessano sia il paziente (vergogna, senso di colpa, paura di ritorsioni future, scarsa fiducia nella sanità), sia l'operatore sanitario (scarsa conoscenza degli strumenti di screening, limitato uso di protocolli solo a lesioni visibili). Per una migliore pratica futura è necessario implementare la formazione degli operatori, rendere lo screening uno strumento a lungo termine e non limitato a pochi mesi dopo l'individuazione di IPV.</p>
<p>Di Giacomo, P., & Cavallo, A. (2014). La violenza contro le donne. Conoscenze, attitudini e convinzioni d'infermieri e ostetriche. <i>SCENARIO: Gazzetta Ufficiale Italiana dell'ANIARTI</i>, 31, 52–53.</p>	<p>studio cross sectional descrittivo attraverso la somministrazione di un questionario su un campione di 80 infermieri che operano in contesti in cui si accolgono donne vittime di violenza. Mira identificare le conoscenze rispetto al fenomeno della violenza contro le donne da parte degli operatori e descrivere se vi sono stati cambiamenti negli ultimi 5 anni.</p>	<p>I risultati di questo studio hanno rilevato che circa l'80% degli infermieri hanno assistito donne vittime di violenza; quasi il 65% dichiara che l'approccio relazionale comunicativo rimane l'ostacolo più grande e che si evidenzia la necessità di una formazione più approfondita. inoltre è ancora presente, soprattutto nel genere maschile, la colpevolizzazione della vittima.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. <i>Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine</i>, 26(9), 1052–1062.</p> <p>https://doi.org/10.1111/acem.13721</p>	<p>disegno qualitativo descrittivo per esaminare le esperienze dei partecipanti riguardo a eventi e azioni specificamente legate all'IPV sul posto di lavoro. Sono stati intervistati 35 operatori sanitari in due ospedali. Ciò includeva 14 interviste faccia a faccia e cinque focus group, da tre a cinque infermieri partecipanti. Tre assistenti sociali CHE lavorano esclusivamente nei PS partecipanti; due hanno lavorato a turni occasionali nell'ED oltre ad altri ruoli. Ventotto partecipanti erano donne. I sette uomini erano medici o infermieri. Le discussioni si sono svolte tra luglio e dicembre 2016 e sono durate dai 13 ai 49 minuti. Le interviste e le discussioni dei focus group sono state registrate audio con il consenso dei partecipanti. Le trascrizioni non contenevano informazioni identificative. Per tutte le discussioni e le interviste dei focus group è stato utilizzato sistematicamente un programma semistrutturato. Questi riguardavano l'esperienza dei partecipanti con donne che hanno subito l'IPV, le politiche e le procedure dell'ED per lavorare con le donne colpite, le sfide nel fornire un'assistenza efficace e suggerimenti per nuove politiche, servizi o processi per la cura delle donne che hanno subito l'IPV.</p>	<p>Obiettivo: esaminare la risposta del team clinico alle donne che hanno avuto IPV in due grandi pronto soccorso ospedalieri metropolitani australiani.</p> <p>I risultati indicano un lavoro di squadra coerente e un impegno per garantire la sicurezza delle donne. Molti infermieri e medici non erano a conoscenza degli strumenti di screening o delle politiche e dei protocolli relativi all'IPV all'interno dei loro ospedali. Non ci sono prove sufficienti per supportare lo screening universale dell'IPV in ambito sanitario; con una recente revisione Cochrane che ha concluso che le strategie mirate potrebbero essere più efficaci. Atteggiamenti e conoscenze adeguati rimangono fondamentali per un'efficace individuazione e comunicazione con le donne. Ciò richiede una formazione professionale mirata e una supervisione di supporto.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p><u>Duchesne, E., Nathoo, A., Walker, M., & Bartels, S. A. (2023). Patient and Provider Emergency Care Experiences Related to Intimate Partner Violence: A Systematic Review of the Existing Evidence. <i>Trauma, Violence, & Abuse, 24(5), 2901-2921.</i></u> https://doi.org/10.1177/15248380221118962</p>	<p>Si tratta di una revisione sistematica della letteratura che mira a riassumere le esperienze di cura nei dipartimenti di Emergenza (ED) per le vittime di violenza intima da partner (IPV) e le esperienze degli operatori che interagiscono con loro. La ricerca è stata condotta tra gennaio 2000 e marzo 2021.</p>	<p>Emergono sia esperienze positive sia negative da parte dei pazienti e degli operatori, in particolare emergono ancora parecchi stereotipi sulla violenza. i pazienti spesso vengono giudicati e incolpati ed hanno difficoltà a instaurare un rapporto di fiducia con gli operatori a loro volta gli operatori spesso lamentano scarsa conoscenza e formazione in merito al tema della violenza.</p>
<p>Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. <i>Health & social care in the community, 29(3), 612-630.</i> https://doi.org/10.1111/hsc.13282</p>	<p>L'obiettivo di questa revisione è quello di fornire una sintesi aggiornata della ricerca qualitativa che identifica barriere e facilitatori, consigli e risultati positivi e negativi della divulgazione della violenza domestica da parte delle vittime adulte agli operatori sanitari (HCP).</p>	<p>Gli ostacoli alla divulgazione nell'ambito di questa revisione possono essere suddivisi in due parti. In primo luogo, ci sono barriere legate alle opinioni e ai sentimenti delle vittime e le barriere legate alle istituzioni. Risulta importante investire su questi fattori implementando la formazione degli operatori</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(7):CD007007. Published 2015 Jul 22. doi:10.1002/14651858.CD007007.pub3</p>	<p>Ricerca su database di studi randomizzati o quasi randomizzati. Obiettivo: valutare l'efficacia dello screening per l'IPV condotto in contesti sanitari sull'identificazione, il rinvio, la riesposizione alla violenza e gli esiti sanitari per le donne, e per determinare se lo screening causa eventuali danni.</p>	<p>Le prove dimostrano che lo screening aumenta l'identificazione delle donne che soffrono di IPV in ambito sanitario. Nel complesso, tuttavia, i tassi erano bassi rispetto alle migliori stime di prevalenza dell'IPV nelle donne in cerca di assistenza sanitaria.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000–2015. <i>Journal of clinical nursing</i>, 26(23-24), 4013-4027.</p>	<p>Revisione della letteratura.</p> <p>Un approccio sistematico attraverso cinque database bibliografici elettronici ha rilevato 35 studi che soddisfacevano i criteri d'inclusione pubblicati tra il 2000 e il 2015.</p>	<p>Dei 35 studi sono stati individuati quattro temi generali che riguardano: il tasso di prevalenza delle donne vittime di violenza domestica e di abuso presso i pronto soccorsi; uso di strumenti di screening per l'individuazione delle vittime di violenza domestica; attuali ostacoli per il personale che lavora nei dipartimenti di emergenza e utenti del pronto soccorso e sopravvissuti. E' importante avere personale formato e qualificato, ciò permette di avere un buon riscontro rispetto all'identificazione delle vittime di violenza.</p> <p>Le caratteristiche fisiche della violenza e dell'abuso domestico sono spesso più facili da identificare e gestire, ma gli aspetti emotivi e psicologici della violenza e dell'abuso domestico sono spesso più complessi e difficili da identificare per il personale. Ciò solleva quindi interrogativi su quali approcci possano essere utilizzati, in questi contesti frenetici, quando spesso i sopravvissuti non vogliono rivelare ciò che hanno fatto.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Hinsliff-Smith, K. (2020). Barriere e opportunità per un'efficace identificazione e gestione della violenza domestica e degli abusi. In: Ali, P., McGarry, J. (a cura di) Violenza domestica nei contesti sanitari: una guida per le professioni sanitarie. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29361-1_5</p>	<p>Lo scopo è quello di esplorare i dibattiti e le prove riguardanti la violenza e gli abusi domestici (DVA), In una serie di contesti clinici e consentirà di comprendere la complessità del processo decisionale in merito allo screening e alle indagini cliniche/di routine.</p>	<p>Vi è un'ampia letteratura che descrive le barriere all'interno dei ED.L'Ed rappresenta il contesto clinico in cui è più probabile che una donna chieda supporto e assistenza perché vittima di violenza domestica. Per fornire cure mirate è necessario condurre uno screening universale; lo screening non è obbligatorio in molti servizi sanitari quali Stati Uniti o Regno Unito, ma è accettato come metodo attraverso domande dirette o tramite questionario standard. Nel regno unito si usa l'approccio indagine clinica RNC 2019, che si basa sul proprio giudizio clinico se si sospetta DVA. Studi recenti rivelano come l'uso dello screening aumenti il numero di rilevamento delle DVA. Inoltre risulta fondamentale inserire DVA all'interno della formazione clinica per preparare alla presa in carico di chi è vittima di violenza domestica.</p>
<p>Ruthie Robinson, Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence, Journal of Emergency Nursing, Volume 36, Issue 6, 2010, Pages 572-576, ISSN 0099-1767, https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008.</p>	<p>Si tratta di uno studio con approccio fenomenologico descrittivo con lo scopo di esaminare il ruolo dell'infermiere che opera all'interno dei dipartimenti di emergenza in relazione alla violenza da parte di partner. Sono state effettuate interviste a tredici infermieri che svolgono la loro attività presso i dipartimenti di emergenza degli Stati Uniti centro-meridionali.</p>	<p>Le interviste hanno fatto emergere quattro temi fondamentali che vanno dalla presenza di miti e stereotipi; al comportamento, alla presenza di frustrazione e infine ai vantaggi in termini di sicurezza. Il dato più significativo che emerge riguarda il minore utilizzo di protocolli aziendali e l'uso delle proprie percezioni sui pazienti per identificare i casi di IPV.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p data-bbox="125 320 568 671">Martínez-García, E., Montiel-Mesa, et al (2021). Sexist Myths Emergency Healthcare Professionals and Factors Associated with the Detection of Intimate Partner Violence in Women. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 18(11), 5568.</p> <p data-bbox="125 687 568 719">https://doi.org/10.3390/ijerph18115568</p>	<p data-bbox="568 320 1267 576">Si tratta di uno studio trasversale che ha utilizzato l'indagine PREMIS sulla disponibilità dei medici a gestire la violenza del partner intimo tra ottobre 2020 e gennaio 2021, con 164 indagini analizzate. Sono state applicate statistiche descrittive e analitiche, progettando tre modelli di regressione multivariata considerando le opinioni sui diversi miti sessisti.</p> <p data-bbox="568 592 1267 807">Questo studio mira ad analizzare la capacità di medici ed infermieri nei dipartimenti di emergenza della città di Granada di rispondere alla violenza del partner (IPV) contro le donne e come alcuni fattori e opinioni legati ai miti sessisti abbiano un ruolo importante nella individuazione dei cas</p>	<p data-bbox="1267 320 1939 576">La presenza di questi stereotipi porta ad un minor tasso di rilevazione di casi di IPV. Emerge quindi la necessità, in ambito infermieristico, di continuare ad affrontare la violenza di genere rafforzando la formazione dei professionisti, tra l'altro, per superare la persistenza di miti e false credenze.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabello I. Opinions and experiences of primary healthcare providers regarding violence against women: a systematic review of qualitative studies. J Fam Violence. 2018;33(6):405–20.</p>	<p>Si tratta di una revisione sistematica di studi qualitativi che mira ad esplorare le opinioni e le esperienze degli operatori sanitari di base in merito alla violenza contro le donne. la ricerca è stata effettuata attraverso nove data base nel marzo 2016. Sono stati individuati tre temi principali: 1) Definire la violenza contro le donne e le sue cause; 2) Consapevolezza della violenza contro le donne e divulgazione, con sottotemi: 3) Azioni intraprese dagli operatori per aiutare le donne</p>	<p>Emerge con lo sviluppo di questi temi come la violenza contro le donne è stata generalmente considerata un atto inaccettabile con importanti conseguenze sulla salute.</p> <p>Gli ostacoli all'affrontare la violenza contro le donne includevano fattori organizzativi, sentimenti soggettivi e ruolo percepito degli operatori, e percezioni degli operatori riguardo alle donne che subiscono violenza contro le donne.</p> <p>I facilitatori includono una relazione di fiducia con le donne, un ascolto attento e non giudicante, la partecipazione alla comunità, il lavoro di squadra e la formazione continua.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Alcaraz-Córdoba, A., Rodríguez-Bonilla, H. A., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., & Ventura-Miranda, M. I. (2022). Attention Given to Victims of Gender Violence from the Perspective of Nurses: A Qualitative Study. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 19(19), 12925. https://doi.org/10.3390/ijerph191912925</p>	<p>Questo studio vuole descrivere e comprendere come gli infermieri percepiscono la violenza di genere nell'assistenza sanitaria per le donne vittime di violenza di genere. Studio descrittivo qualitativo. Sono state seguite le raccomandazioni della guida COREQ per la rendicontazione della ricerca qualitativa. Per partecipare allo studio sono stati selezionati sedici infermieri che lavoravano in diversi servizi sanitari, sia di assistenza primaria che specialistica. Sono stati condotti tre focus group e un'intervista semistrutturata.</p>	<p>Da questo studio emerge come l'ambiente sanitario rappresenta un'importante via di accesso per le donne vittime di violenza. E' fondamentale quindi la preparazione degli infermieri nell'approcciarsi ed identificare le donne vittime di violenza. Per affrontare il problema della violenza è necessario conoscere il fenomeno, le radici culturali, religiose e sociali. Risulta essenziale formare gli infermieri sui temi della violenza di genere, iniziando con l'inclusione del tema della violenza di genere nel curriculum infermieristico e fornendo opportunità di apprendimento continuo agli infermieri. Inoltre, i sistemi sanitari devono fornire istruzione e formare infermieri per prendere decisioni su questo tema e creare spazi nei centri sanitari che forniscano assistenza personalizzata e sicura alle donne vittime di violenza di genere.</p>
<p>Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. <i>Journal of clinical nursing</i>, 26(15-16), 2256–2265. https://doi.org/10.1111/jocn.12992</p>	<p>Uno studio qualitativo utilizzando il metodo della Grounded Theory. Sono state effettuate interviste con 11 infermieri distrettuali dell'assistenza sanitaria di base in Svezia.</p>	<p>Da questo studio emerge che l'esitazione degli infermieri nell'occuparsi della presa in carico delle vittime di violenza domestica ha un ruolo centrale in quanto si ritiene che questo tipo di attività non sia di responsabilità dell'infermiere. Attraverso la formazione e l'organizzazione del reparto gli infermieri hanno acquisito più sicurezza e competenza nel porre domande alle vittime di violenza domestica.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. <i>Women & health</i>, 52(6), 587–605.</p> <p>https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840</p>	<p>Si tratta di una revisione sistematica per esaminare gli ostacoli percepiti dagli operatori sanitari allo screening per la violenza da parte del partner. Sono stati ricavati 22 studi provenienti dalle fonti esaminate.</p>	<p>Sono state identificate cinque categorie di barriere per lo screening della violenza da parte del partner: barriere personali, barriere legate alle risorse, percezioni e atteggiamenti, paure e barriere legate al paziente. Gli ostacoli segnalati più frequentemente includevano il disagio personale riguardo al problema, la mancanza di conoscenza e i limiti di tempo. Le barriere legate ai fornitori sono state segnalate più spesso delle barriere legate ai pazienti. E' quindi necessario investire nella formazione e conoscenza del fenomeno della violenza da parte di partner per eliminare queste barriere e permettere una migliore individuazione e presa in carico delle vittime.</p>
<p>Tarzia, L., Cameron, J., Watson, J. <i>et al.</i> Barriere personali nell'affrontare l'abuso del partner intimo: una meta-sintesi qualitativa delle esperienze degli operatori sanitari. <i>BMC Health Serv Res</i> 21 , 567 (2021).</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12913-021-06582-2</p>	<p>Revisione della letteratura che mira a descrivere quali sono le barriere o fattori ostacolanti degli operatori nella presa in carico delle vittime di violenza intima da partner.</p>	<p>Emergono in questo studio i fattori ostacolanti degli operatori che impediscono di lavorare in modo efficace nei confronti delle vittime di violenza intima da partner. sono barriere che interessano il sistema (tempo/organizzazione) e barriere che riguardano la sfera individuale e personale. Vi è quindi la necessità di investire sulla formazione per affrontare e superare questi ostacoli.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Wejdan Shaqiqi, Fiona Cuthill, Gearóid Brennan, Nursing students' knowledge, attitudes, preparedness and practice towards intimate partner violence against women: a scoping review and thematic synthesis, Nurse Education Today, Volume 116, 2022, 105452, ISSN 0260-6917, https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105452. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691722001885)</p>	<p>Revisione della letteratura con lo scopo di ricercare e rivedere le prove esistenti sulle conoscenze, gli atteggiamenti, la preparazione e la pratica degli studenti d'infermieristica nei confronti della violenza da parte del partner.</p>	<p>Dei 18 studi inclusi nella revisione, dieci sono quantitativi, quattro sono qualitativi e quattro sono studi con metodo misto. Le date di pubblicazione andavano dal 2011 al 2021, producendo risultati aggiornati. Gli studi provenivano da paesi diversi e quindi rappresentavano diverse culture (cinque dalla Turchia, quattro dall'Australia, tre dalla Spagna e uno ciascuno dalla Tanzania, dall'India, dal Regno Unito, dal Brasile, dalla Siria e da Israele). In termini di partecipanti, 17 studi includevano solo studenti. Di questi, 11 sono esclusivamente studenti d'infermieristica e sei studenti d'infermieristica e altri programmi sanitari, principalmente ostetricia.</p> <p>Emerge come sia necessario migliorare la formazione degli infermieri</p> <p>Le scuole per infermieri dovrebbero migliorare la comprensione degli studenti sull'IPV, in particolare sull'abuso psicologico, influenzare il loro atteggiamento e il ruolo infermieristico percepito nei confronti dell'IPV e ottimizzare la loro capacità di riconoscere e gestire l'IPV in contesti clinici. Infine, sono necessari ulteriori studi per indagare le reali conoscenze e pratiche degli studenti infermieristici nei confronti dell'IPV provenienti da diversi paesi che offrono una gamma di prospettive culturali.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, Sherck JP. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. <i>J Contin Educ Nurs.</i> 2007;38(1):37-45. doi:10.3928/00220124-20070101-08</p>	<p>Progetto pilota con lo scopo di identificare le barriere degli operatori sanitari nell'identificazione delle vittime di violenza e il loro background formativo.</p>	<p>è emerso che le barriere potenziali più significative allo screening identificate erano la mancanza di educazione e istruzione su come porre domande sugli abusi, le barriere linguistiche tra infermieri e pazienti, l'esperienza personale di violenza. Questi risultati possono essere utili per implementare la preparazione e la conoscenza degli operatori sanitari.</p>
<p>Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & Garcia-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 5(5), CD012423. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2</p>	<p>Si tratta di una revisione della letteratura attraverso ricerca su database fino a giugno 2020. Obiettivo di questa revisione valutare l'efficacia dei programmi di formazione che cercano di migliorare l'identificazione e la risposta degli operatori sanitari all'IPV contro le donne, rispetto a nessun intervento, lista d'attesa, placebo o formazione come al solito.</p>	<p>Sono stati inclusi 19 studi che hanno coinvolto 1662 partecipanti. Tre quarti di tutti gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti, con singoli studi provenienti da Australia, Iran, Messico, Turchia e Paesi Bassi. I partecipanti allo studio includevano 618 membri del personale medico/studenti, 460 infermieri/studenti, 348 dentisti/studenti, 161 consulenti o psicologi/studenti, 70 ostetriche e 5 assistenti sociali. la formazione su IVP migliora l'Identificazione e la presa in carico della donna vittima di IVP.</p>

AUTORE E TITOLO	TIPO DI STUDIO	RISULTATI
<p>Khatib N, Sampsel K. CAEP Position Statement Executive Summary : Where is the love? Intimate partner violence (IPV) in the Emergency Department (ED). CJEM. 2022 Nov;24(7):691-694. doi: 10.1007/s43678-022-00386-x. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36255657; PMCID: PMC9579564.</p>	<p>Riepilogo esecutivo della dichiarazione di posizione del CAEP intitolata <i>Dov'è l'amore? Violenza intima del partner (IPV) nel Pronto Soccorso (ED)</i> . Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) Obiettivo: l'articolo preso in esame , ha lo scopo di elencare dati in merito al IPV in generale ed in riferimento alla situazione in Canada. Inoltre elenca i benefici di uno screening mirato e le raccomandazioni per la presa in carico delle vittime di IPV.</p>	<p>Per quanto riguarda i benefici dello screening per i pazienti, in letteratura mancano studi sull'intervento e sui risultati dopo l'intervento. Lo screening aumenta l'identificazione dell'IPV in ambito sanitario ma non hanno trovato prove di un effetto su altri risultati, come il rinvio a un servizio specializzato sull'IPV, misure sanitarie o danni derivanti dallo screening. Tenendo conto di tutte le prove, lo screening è a basso costo, a basso rischio (sicuro) e può rilevare un'alta prevalenza di abusi precedentemente non rilevati nel pronto soccorso, dove i pazienti si presentano per cure. Integrare lo screening nelle cure mediche richiede la formazione del personale su quali domande porre e quali risorse locali sono disponibili se qualcuno risulta positivo.</p>