

Mission woman: indagine sulla percezione del “Servizio di Accoglienza e Ascolto” nel Pronto Soccorso dell’Az. Osp. S.Camillo-Forlanini di Roma da parte delle donne vittime di violenza

Mission woman: a survey on the perception of the "Service of Welcome and Listening" offered in the Emergency Department within San Camillo Hospital in Rome by women victims of violence

Cristian Vender¹ Anna Zicca² Tiziana Parasole³ Roberta Delle Fratte⁴ Daniela Battilana⁵ Lucia Mitello⁶

RIASSUNTO

Introduzione. Il progetto Mission Woman nasce per descrivere la percezione del servizio offerto al Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedaliera S.Camillo- Forlanini di Roma alle donne vittime di violenza, o presunta tale.

Il Servizio “Sportello Donna”, istituito nel 2009, ha lo scopo di accogliere e ascoltare donne vittime di violenza attraverso la collaborazione di differenti operatori del Pronto Soccorso: infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali. Gli infermieri di triage sono coloro che attraverso la loro competenza nell’indagine riescono per primi a individuare le vittime di violenza e a introdurle nel percorso.

Obiettivo. L’obiettivo della presente indagine è di fotografare la percezione che hanno le donne vittime di violenza, di aggressione, o presunta tale, del servizio offerto in termini di sensibilità, riconoscimento del fenomeno e gestione; capire quali sono le carenze organizzative e strutturali del servizio, le carenze teoriche e pratiche del personale sanitario nella gestione di un fenomeno che ha valenza, non solo medica, ma anche sociale e giuridica.

Materiali e Metodi. E’ stato condotto, da Maggio 2011 a Dicembre 2011, sul totale delle donne che accedono in Pronto Soccorso con triage per aggressione e prese in carico dallo Sportello Donna Antiviolenza.

Lo strumento utilizzato per registrare e raccogliere i dati è un questionario.

Risultati e discussione. Gli accessi in Pronto Soccorso per aggressione o presunta tale sono stati 368, 205 di questi si sono rivolti allo sportello donna. Dei 205 casi solo 36, il 18 % degli accessi, ha accettato di compilare il questionario. Il 71% è vittima di aggressioni da parte del partner; il 60% subisce aggressioni da almeno 3 anni; il grado di soddisfazione dell’ambiente che ha accolto la paziente in Pronto Soccorso per il 96% è soddisfacente.

La quasi totalità del campione (90 %) ha ottenuto risposte adeguate e chiare dal personale del Pronto Soccorso e dal personale di Sportello Donna. Le manovre assistenziali sono state effettuate rispettando riservatezza e delicatezza del caso. Secondo le pazienti intervistate una consistente percentuale degli operatori ha una buona preparazione/formazione.

Le criticità riscontrate: è necessaria un’azione a breve-medio termine assegnando un codice colore riservato a questo tipo di evenienze e una sala di attesa dedicata e soprattutto ridurre i lunghi tempi di attesa per la visita (superiore alle due ore).

Conclusioni. L’accesso al Servizio di Pronto Soccorso è il primo contatto della vittima con una relazione di aiuto che va al di là della semplice prestazione medica. Per quanto gravi o lievi si presentino le lesioni, chi accede al Pronto Soccorso, per unici o reiterati episodi di violenza, può aver deciso di denunciare e non nascondere il fenomeno e cercare, quindi, nel personale sanitario una forma di aiuto che deve essere soddisfatto con competenza.

Parole chiave: violenza, donne, minori, Pronto Soccorso, infermieri

ABSTRACT

Introduction. The project Mission Woman was set up to describe how the service offered by the Emergency Department of the Hospital San Camillo-Forlanini in Rome was perceived by women victims (or supposed to be) of violence.

The objective of this investigation is to frame clients’ perception about the service offered by staff in terms of sensitivity, recognition and management of the issue. The access to the Emergency Room is the first contact of the client with a helping relationship which goes beyond the simple provision of medical care.

Methods. A questionnaire devised for the purpose was filled in by women who have asked for help to the Service "Door Woman".

The Service "Door Woman", set up in 2009, aimed to welcome and listen women victims of violence with the collaboration of different operators in the emergency department: nurses, doctors, psychologists and social workers. The project developed within the Hospital S. Camillo-Forlanini is managed by both professionals of the Emergency Department together with the Charity “Be Free”.

The service is open 24/7, all year, the clients could be women or children and could receive assistance or medical, nursing, psychosocial and legal counselling. The triage nurses are those who through their expertise could first identify the victims of violence and to introduce them in the path.

Conclusion. Despite the level of injuries, who access to the Emergency Room for single or repeated events of violence, may have decided to claim in court and not hide seeking.. The research aims to understand what are the theoretical and practical deficiencies of staff in the management of a issue which is not only medical but also social and legal, as well as structural and organizational weaknesses of the service.

Keywords: violence, women, children, emergency room, nurses

- 1 Infermiere, PS Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini - Roma
- 2 Infermiera, PS Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini - Roma
- 3 Infermiere, PS Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini - Roma
- 4 Coordinatrice PS Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini - Roma

- 5 Coordinatrice PO DEA, Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini - Roma
- 6 Direttore SITRA (Servizio Infer. Tecn. Riabilit. Assist) Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni

INTRODUZIONE

L'evoluzione culturale e di costume che ha determinato il venir meno della struttura patriarcale della famiglia, l'affermarsi del ruolo della donna nella società, il mutamento dei rapporti familiari, l'accentuato interesse verso le componenti fragili presenti nella comunità e il crescente numero di ricerche e studi sulle vittime e sui processi di vittimizzazione, hanno contribuito alla rivelazione sociale degli abusi sulle donne e in special modo di quelli intra familiari. È opportuno concordare definizioni di tali fenomeni accettate e condivise, riferendosi a quanto stabilito da organi sovranazionali, studiosi e istituzioni, i quali offrono una distinzione tra violenza domestica e di genere.

Francoise Héritier (1997), nel definire la violenza perpetrata sulle donne, dichiara in maniera efficace che: "chiameremo violenza ogni costrizione di natura fisica, o psichica, che porti con sé il terrore, la fuga, la disgrazia, la sofferenza o la morte di un essere animato; o ancora, qualunque atto intrusivo che abbia come effetto volontario o involontario l'espropriazione dell'altro, il danno o la distruzione di oggetti inanimati".

La definizione estesa del termine, dell'antropologa francese, senza fare un preciso riferimento alla violenza sulle donne, cerca di delineare il fenomeno nella sua reale complessità ovvero costrizione non solo fisica, ma anche psichica e come atteggiamento intrusivo, nella vittima di violenza. Definisce inoltre la natura variegata delle conseguenze della violenza.

La conferenza mondiale delle Nazioni Unite (Vienna, 1993) ha definito la violenza contro le donne (o di genere) come: "qualsiasi atto di violenza di 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 in quella pubblica. Per le peculiari caratteristiche, la "violenza domestica", con le sue molteplici manifestazioni costituisce una categoria fenomenologica ben distinta rispetto al più ampio genere della violenza intesa in senso generale" (ONDV, 2010).

È definita, invece, dal World Health Organization (WHO, 1996), violenza domestica: "ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale e riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare, più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo".

Il fenomeno si configura con una serie di interventi e prospettive che si differenziano a seconda delle forme, delle manifestazioni e dei meccanismi con i quali si espleta.

L'OMS sostiene che la violenza nei confronti delle donne è un problema di salute pubblica e una priorità nell'ambito dei bisogni di salute della collettività. Le Linee Guida OMS sulla violenza contro le donne rilevano che: "Accade in tutte le culture, in ogni livello sociale e in ogni paese del mondo. I dati provenienti dalle ricerche nazionali e locali indicano che, almeno in alcune parti del mondo, una donna su cinque nel corso della propria vita ha subito un tentativo di stupro o uno stupro". (WHO, 2003).

Il Consiglio d'Europa e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) hanno dichiarato:

"La violenza subita dal partner, marito, fidanzato, padre, fratello che sia, è la prima causa di morte e invalidità permanente per le donne fra i 16 e i 44 anni; prima anche del cancro, degli incidenti stradali e della guerra".

Alla luce dell'ampia letteratura sull'argomento e per far fronte al dilagare di violenza sulle donne camuffata da incidente domestico, nasce il servizio "Sportello Donna" presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Camillo di Roma e la conseguente necessità di verificare la percezione delle donne che ne hanno beneficiato.

LE FORME DI VIOLENZA

Secondo gli specialisti e i ricercatori che si occupano del problema "si può considerare violenza ogni forma di abuso di potere e di controllo esercitati attraverso il sopruso fisico, sessuale, psicologico ed economico. Spesso, queste azioni sono combinate tra loro (Felini, et., al 2008). Tra le diverse forme di violenza, solo quella fisica viene riconosciuta e percepita immediatamente come tale. Gli altri tipi di maltrattamento (Erickson, et al., 2010), rientrano spesso negli stereotipi comportamentali che caratterizzano i rapporti di coppia.

Pertanto si tratta di metodi di sopraffazione che frequentemente non vengono presi in considerazione quando si parla di violenza. Il DL 11/2009 ha istituito il reato di *stalking*, inserendo l'art. 612bis del Codice Penale che configura come fattispecie penalmente rilevante il delitto di atti persecutori.

Felcini e Forteschi (2008) distinguono la violenza delineando una classificazione:

a) La violenza psicologica

Tra le varie forme di violenza è senza dubbio quella più difficile da individuare e soltanto di recente è stata prevista una forma di tutela giuridica per le vittime.

Denota una relazione priva di equilibrio ed è la più potente strategia di dominio. In questo tipo di violenza il partner si pone l'obiettivo di screditare e respingere l'altra persona per mantenerne il dominio e la supremazia, utilizzando "strategie umilianti e dolorose che

mirano a provocare nella vittima un'affrazione psichica, scompaginandone le strutture di pensiero, il punto di vista e l'immagine che essa ha di sé e del mondo. Per sopravvivere la donna arriva a dubitare delle proprie facoltà critiche e si arrende al punto di vista del partner". Nella violenza psicologica l'autostima della donna viene compromessa ed è difficile, inoltre, riconoscere questa forma di violenza, poiché facilmente confusa con normali litigi di coppia.

b) La violenza economica

La violenza economica è valutata come forma di violenza psicologica. Essa è generalmente messa in atto "ponendo la donna in difficoltà e in stato di bisogno per sé e per gli eventuali figli perché senza lavoro o senza la possibilità di avere accesso al proprio denaro". La violenza economica consiste, quindi, nell'impedire l'accesso alle risorse economiche.

c) La violenza sessuale

La violenza sessuale nella coppia è difficile da riconoscere ed elaborare, perché la società occidentale considera i rapporti sessuali tra coniugi come dei doveri.

"Un rapporto imposto e non desiderato è una violenza sessuale, aggravato quando è connotato da attività considerate dalla donna pericolose e/o degradanti, estorto con la forza, la suggestione o le minacce"

d) La violenza fisica

La violenza fisica viene utilizzata quando l'uomo non riesce a controllare la donna in altri modi. "L'aggressione fisica è considerata violenza: è palese, lascia tracce inconfondibili e può causare gravi danni, spesso è permanente. Viene associata ad una aggressione intenzionalmente lesiva, testimoniata dai segni sul corpo e/o dai referti di pronto soccorso".

VIOLENZA, GENERE E CULTURA

Le donne vittime di violenza: non esiste una letteratura che indichi il contrario, ovvero uomini vittime di violenza, da qui la connotazione di genere del problema che stiamo affrontando. Si tratta di violenza strutturale (violenza esercitata in modo sistematico) del genere maschile all'interno di relazioni solitamente intime e familiari (Merry, 2009). Il tutto giocato all'interno di una cultura maschilista e di una società ancora patriarcale. Una società in cui la sopraffazione del cosiddetto sesso debole (la donna) è tollerata e forse perfino approvata. E' la forma di controllo sociale più diffusa.

Le varie definizioni del fenomeno hanno contribuito a rendere reale, quindi oggettivabile, ciò che da secoli intere generazioni hanno vissuto come "normalità" o meglio come questioni private. L'interesse epistemologico ha reso visibile il problema e le indagini epidemio-

logiche ne hanno definito il campo sanitario: incidenza, esiti sanitari. I dati hanno fatto emergere il sommerso e l'entità, e l'intervento del legislatore ha fatto il resto: ricreare uguaglianza tra i generi.

Il termine inglese *gender-based-violence*, rende bene il concetto che stiamo cercando di delineare. Pur non comparando il termine "donna", quando si parla di violenza di genere è al sesso femminile che si fa riferimento. Questo significa che, pur avendo il concetto di genere un riferimento a ciò che connota culturalmente il sesso maschile e femminile, nel caso della violenza è di esclusiva pertinenza femminile. Si tratta dunque di violenza maschile contro le donne. Violenza di genere perpetrata in virtù delle differenze di ruoli giocati nella società di appartenenza (Bellassai, 2004). Più la società è patriarcale, maggiore è la reticenza a fare emergere l'abuso. Non è confinando il fenomeno della violenza maschile contro le donne alla categoria della devianza che riusciremo a dargli una collocazione ma piuttosto a fenomeni culturali ascrivibili a paradigmi cognitivi e sociali (Tronto, 2006). Solo storicizzando il problema sarà possibile porre fine a una costruzione culturale perpetrata dagli uomini, al loro rapporto con le donne e alla storica divisione tra i due sessi. Bourdieu (1998) nel suo lavoro sul dominio maschile sostiene che tale costruzione culturale è così radicata negli uomini e nelle donne che è difficilissimo riconoscerla e contrastarla. La violenza, come forma di dominio sull'altro sesso, è una modalità di intendere il rapporto di coppia soprattutto quando si avverte la sensazione di perdere il controllo e il potere (Arendt, 2008). Nelle società occidentali, ma anche altrove, lo status di uomo si acquisisce attraverso il dominio sull'altro sesso e quello di donna attraverso la sottomissione: il maschio non può essere sottomesso come la donna non può dominare. Ed è all'interno di questo paradigma culturale che si devono ridefinire i ruoli di uomini e donne. I mutamenti socio-culturali degli ultimi 40 anni, le lotte femministe per l'autodeterminazione e l'autonomia economica hanno messo in crisi tale sistema: mentre le donne assumono il ruolo di protagoniste nel cambiamento, gli uomini in qualche misura perdono potere e questo determina in alcuni sentimenti che innescano la violenza.

La violenza è una "ferita" nel corpo delle donne che, a seconda delle caratteristiche, dell'intensità, della durata, può determinare gravi problemi di salute. Per la diversità delle condizioni in cui la violenza è perpetrata e per le diversissime conseguenze che genera, è importante che gli interventi siano il più possibile personalizzati. Lenore Walker (1984) la descrive come un ciclo che ha inizio, si evolve e termina nelle mura domestiche: il ciclo della violenza.

Le storie di violenza domestica pur nelle differenze, si comportano secondo un copione descritto ormai da

qualche decennio in letteratura: ruoli tradizionali, rapporti familiari intensi, rapporti asimmetrici dove la donna incarna il ruolo subalterno. Il ciclo ha inizio con la tensione crescente, l'episodio improvviso di violenza e la riappacificazione con pentimento. Il ciclo si ripete e provoca nella vittima confusione e fragilità che porta rapidamente a forme di isolamento. La donna inizia a sentirsi inadeguata e si colpevolizza autoaccusandosi (Yule, 2000), Lenore Walker (1979) ha descritto rispetto al ciclo della violenza, la teoria della learned helplessness (teoria della disperazione appresa) per descrivere il senso di vuoto psicologico in cui la donna versa, associata alla mancanza di speranza (hopelessness theory) descritta da Abramson nel 1989. L'esperienza che le donne vivono le porta a credere che nulla potrà mai cambiare. Per scongiurare l'ipotesi di etichettare taluni sintomi come patologie psichiatriche Judith Herman (1992) riunì l'insieme dei disagi descritti in una nuova definizione: *Complex Post-Traumatic Stress Disorder*.

Questo per sottolineare che la sindrome è una risposta fisiologica a uno stress incontrollabile con i normali meccanismi conosciuti. La complessità della situazione che si viene a creare dà ragione alle difficoltà degli operatori sanitari nell'affrontare la relazione e la comunicazione con queste persone sia in situazioni di emergenza, che nella costruzione del nuovo progetto di vita.

I due elementi fondamentali e successivi alla presa di coscienza della violenza subita sono la risignificazione simbolica dell'evento o degli eventi, la riprogettazione della vita attraverso un percorso di empowerment. La consapevolezza e la presa di coscienza nella donna passano anche attraverso il concetto di *agency* ovvero la capacità delle donne di agire con modalità trasformatrice (Donzelli, 2007) per procurare un cambiamento nella propria vita e nel caso specifico nella costruzione dell'identità di genere. È l'occasione in cui la donna si racconta e pone la sua fiducia negli operatori che l'accolgono. Saranno le narrazioni che faranno da filo conduttore agli operatori per la presa in carico della donna fino alla riconquista del controllo della propria vita.

I NUMERI DEL PROBLEMA

Secondo un'indagine dell'ISTAT del 2007 le donne vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della loro vita sono stimate in 6 milioni e 743 mila (dai 16 ai 70 anni), 5 milioni di donne hanno subito violenza sessuale (23,7%), 3 milioni e 961 mila hanno subito violenze fisiche (18,8%). Un totale del 31,9% di donne dai 16 ai 70 anni sono state quindi vittime di violenza fisica o sessuale nella loro vita. Il 96% circa di violenze non

viene denunciato. Gli stupri hanno una percentuale di sommerso di oltre il 91%. Un terzo delle vittime subisce atti di violenza sia fisica che sessuale. La violenza viene ripetuta in diverse occasioni per circa il 60% dei casi.

Le principali violenze fisiche subite sono l'essere spinta, strattonata, afferrata, l'aver avuto storto un braccio, capelli tirati, schiaffeggiata, presa a calci, pugni o morsi. Tra tutte le forme di violenza sessuale, le più diffuse sono l'essere stata toccata sessualmente contro la propria volontà (79,5%) e l'aver avuto rapporti sessuali non desiderati (19%).

Gli effetti della violenza sono riferibili a perdita di fiducia e autostima, sensazione di impotenza, disturbi del sonno, ansia, depressione, difficoltà nella concentrazione, dolori ricorrenti e difficoltà a gestire i figli. Per ultimo, un 12% ha idee di suicidio e autolesionismo. Lo stalking, il subire comportamenti persecutori, riguarda oltre 2 milioni di donne (Gainotti et.al, 2008).

Il 6,6% delle donne tra i 16 e i 70 anni (1 milione e 400 mila) hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni.

Rossella Gemma in *Piccole vittime di grandi violenze*, analizza i dati del rapporto Save the children, 2011 e rileva che le vittime di violenza sono maggiormente donne separate e divorziate. Il 68,3% delle violenze domestiche avvengono in casa. Rispetto alla media nazionale, nel Lazio il fenomeno della violenza domestica femminile appare più accentuato con il 16,3% delle donne fra i 16 e i 70 anni che ha subito violenza da parte del partner, a fronte del 13,9% del Piemonte e il 10,1% della Calabria.

L'8% delle donne che hanno subito violenza nel Lazio sporgono denuncia, contro il 5,8% in Piemonte e il 4,2% in Calabria.

La Comunità Europea ha indetto programmi d'azione preventivi attraverso la collaborazione di organizzazioni non governative e la sensibilizzazione dei Governi sul tema della violenza e della prevenzione della violenza contro i bambini, le donne e gli adolescenti.

Fin dagli anni '70 le ricerche rilevano che le donne vittime di violenza necessitano di un maggior numero di cure mediche e assistenza e utilizzano i servizi sanitari con più frequenza rispetto alle altre, sia per le lesioni dirette che per la tendenza ad ammalarsi in seguito alle lesioni subite (Kilpratic, 1997).

LE LEGGI ITALIANE

Prima di riconoscere la donna come soggetto di diritto, la legislazione italiana ha compiuto un lungo percorso:

- Nel 1975 la riforma del Diritto alla famiglia, mette

in discussione il ruolo di patria potestà da parte del marito sulla moglie. La riforma modifica radicalmente la struttura dei rapporti giuridici della coppia, privilegiando un modello che si basa sulla parità sostanziale. I coniugi acquisiscono con il matrimonio gli stessi diritti e gli stessi doveri; entrambi devono collaborare allo sviluppo e alla crescita del nucleo familiare, conservando la libertà ed autonomia nelle relazioni sociali, sulla base del principio di uguaglianza assoluta.

- Nel 1977 viene approvata la Legge n. 903 sulla parità di trattamento di uomini e donne in materia di lavoro.
- Nel 1978 il Senato approva la Legge n. 194: “norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza”.
- Nel 1981 viene promulgata la Legge n. 442 che abolisce l’attenuante del delitto d’onore: la legge, infatti, condonava un terzo della pena a chi uccideva la moglie, la figlia o la sorella per salvaguardare l’onore della famiglia.
- Nel 1984 sono istituiti in Umbria i primi rifugi per le donne vittime di violenza domestica. Nello stesso anno viene emessa la Legge n. 863: “misure urgenti a sostegno e a incremento dei livelli occupazionali” (istituisce il ruolo delle consigliere di parità). E’ dello stesso anno l’istituzione della Commissione Nazionale per la realizzazione della parità tra uomo e donna e il Comitato Nazionale per le Pari Opportunità presso il Ministero del Lavoro.
- Il 1985 segna una tappa importante nel percorso giuridico sulla violenza contro le donne: per la prima volta la Corte di Assise condanna per violenza carnale un marito denunciato dalla propria moglie.
- Nel 1991 viene emanata la Legge n. 125, riguardo l’adempimento di azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro, allo scopo di accelerare il processo di uguaglianza tra i sessi e combattere le forme di discriminazione dirette e indirette nei confronti delle lavoratrici.
- Nel 1996, dopo 20 anni di dibattito parlamentare, viene approvata la Legge n. 66: “norme contro la violenza sessuale”, in cui la violenza non è più considerata reato contro la morale pubblica, ma contro la persona. Nel corso del processo, non è più la vittima a dover dimostrare di essere stata stuprata, ma è l’aggressore che deve esibire prove per comprovare la sua innocenza. In tal modo la vita privata della donna non viene più utilizzata dalla difesa per sminuire le accuse, per insinuare la dubbia moralità della vittima come causa dell’aggressione.
- Nel 2001 entrano in vigore le misure contro la

violenza nelle relazioni familiari, Legge n. 154. Violenza e maltrattamento vengono definiti “atti lesivi dell’integrità fisica o psichica, o della libertà o del decoro della vittima, nei confronti della quale viene posta in atto una condotta di sopraffazione sistemica o programmatica (art. 572 C.P.). Se il fatto viene inoltre commesso con abuso di autorità, di relazione domestica, di ufficio, di coabitazione, di ospitalità, la condotta viene considerata circostanza aggravante del reato.

- Nel 2009 il Decreto Legge n. 11 individua le Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori, ed introduce nell’ordinamento giuridico il reato di *stalking*.
- Nel 2013 sono state introdotte nuove norme per il contrasto della violenza di genere, che hanno l’obiettivo di prevenire il femminicidio e proteggere le vittime. Sulla base delle indicazioni provenienti dalla Convenzione del Consiglio d’Europa, stipulata ad Istanbul l’11 maggio 2011, concernente la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e in ambito domestico, recentemente ratificata dal Parlamento, il Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93 mira a rendere più incisivi gli strumenti della repressione penale dei fenomeni di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale e di atti persecutori (*stalking*). Viene stabilito che i reati di maltrattamenti ai danni di familiari o conviventi e di *stalking* sono inseriti tra i delitti per i quali la vittima è ammessa al gratuito patrocinio anche in deroga ai limiti di reddito. Ciò al fine di dare, su questo punto, compiuta attuazione alla Convenzione di Istanbul, recentemente ratificata, che impegna gli Stati firmatari a garantire alle vittime della violenza domestica il diritto all’assistenza legale gratuita. Sempre in attuazione della Convenzione di Istanbul, si prevede il rilascio di un permesso di soggiorno per motivi di protezione. Infine, a completare il processo, si è provveduto a varare un nuovo piano straordinario di protezione delle vittime di violenza sessuale e di genere che prevede azioni di intervento multidisciplinari, a carattere trasversale, per prevenire il fenomeno, potenziare i centri antiviolenza e i servizi di assistenza, formare gli operatori.

LEGGE REGIONALE DEL LAZIO

Il Consiglio Regionale del Lazio, il 2 marzo 2011, ha approvato all’unanimità una mozione che ribadisce

l'impegno nel proseguire le iniziative istituzionali e politiche di contrasto alla violenza sulle donne.

In particolare, la mozione impegna la Regione Lazio a potenziare e consolidare la rete dei Centri antiviolenza presenti sul territorio regionale, quale luogo privilegiato per l'assistenza e il sostegno delle donne vittime di violenza e dei loro bambini e di realizzare iniziative di sensibilizzazione dell'opinione pubblica attraverso campagne informative sul tema della violenza contro le donne, pianificare un programma di educazione e formazione nelle scuole incentrato sul rispetto della persona, adottare iniziative specifiche per la formazione del personale socio-sanitario delle Asl affinché sia garantito un approccio specialistico alle emergenze derivanti dalla violenza contro le donne.

RUOLO DEL PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso è la struttura più frequentemente coinvolta dalle persone vittime di violenza in ambito familiare; ad esso afferiscono:

- tutti coloro che si trovano per la prima volta ad affrontare la realtà e le conseguenze (talora più emotive che fisiche) di un atto violento subito da un familiare
- coloro che hanno deciso di non nascondere i continui episodi di violenza.

Secondo una ricerca della Regione Veneto in collaborazione con l'Assessorato ai diritti delle pari opportunità (gruppo di lavoro ONDV, Individuare la violenza domestica, Regione del Veneto Verona, 2010), il ruolo del personale sanitario di Pronto Soccorso, nell'ambito della violenza sulle donne, deve assolvere a cinque compiti fondamentali:

- 1) identificare la violenza in tutti i suoi aspetti e protagonisti;
- 2) supportare la vittima;
- 3) stimare il rischio al fine della sua tutela;
- 4) documentare con precisione la violenza, assolvendo anche agli obblighi previsti ex lege;
- 5) informare e indirizzare la vittima all'Autorità competente o ai servizi sociali preposti indicando nominativi, numeri di telefono, e indirizzi delle strutture alle quali potrà rivolgersi.

Alcuni studi hanno evidenziato come il Pronto Soccorso sia il contesto dove questa problematica si manifesta, in termini numerici, in proporzioni maggiori rispetto ai servizi sociali e alle stazioni di polizia messi insieme.

Studi recenti confermano l'idea che il Pronto Soccorso rimanga il primo contatto per le donne vittime di violenza e quindi l'importanza di incontrare personale sanitario adeguatamente formato.

Il progetto Daphne VERSO (Daphne, Verso l'incontro che genera violenza. Violenza alle donne e presa in carico sanitaria. Uno studio incrociato a Palermo e Pescara, 2011), per esempio, è un lavoro di accompagnamento e monitoraggio del percorso di sviluppo dei protocolli interni e di rete, attraverso incontri mensili e giornate di sensibilizzazione estese a tutti i medici del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri coinvolti nel processo di presa in carico di donne e minori che subiscono violenza.

Il progetto ha coinvolto alcuni Pronto Soccorso di Milano e alcuni ospedali francesi.

La violenza si manifesta 10 volte più frequentemente di quanto non sia percepita dai medici di Pronto Soccorso.

Una ricerca condotta presso alcuni Pronto Soccorso del Piemonte ha rilevato che nella maggioranza dei casi, gli infermieri e i medici coinvolti non si sentono abbastanza preparati ad affrontare i casi di violenza, l'elaborazione di programmi formativi specifici del personale in alcuni ospedali del Piemonte, ha portato a miglioramenti sostanziali nella percezione della violenza sulle donne e quindi aumentato anche la percezione di presa in carico da parte delle donne vittima di violenza (Schinco, 2010).

MATERIALI E METODI

La ricerca ha l'obiettivo di indagare e descrivere la percezione, relativamente al servizio offerto e al livello di preparazione del personale sanitario, della donna che effettua triage per aggressione nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Camillo di Roma e successivamente viene presa in carico dallo Sportello Donna Antiviolenza presso lo stesso Ospedale.

Campionamento

Condotto sul totale delle donne che accedono in Pronto Soccorso adulti con triage per aggressione e successivamente prese in carico dallo Sportello Donna Antiviolenza per un periodo di otto mesi: da Maggio 2011 a Dicembre 2011.

Strumenti e metodi

Lo strumento utilizzato per registrare e raccogliere i dati è un questionario (metodo quantitativo, survey strutturato).

La somministrazione del questionario avviene con intervista diretta effettuata dalle operatrici dello Sportello Donna al termine del primo colloquio o al termine dell'iter sanitario.

Il questionario include una prima parte conoscitiva di tipo anonima, 9 domande a risposta chiusa e 1 domanda a risposta aperta.

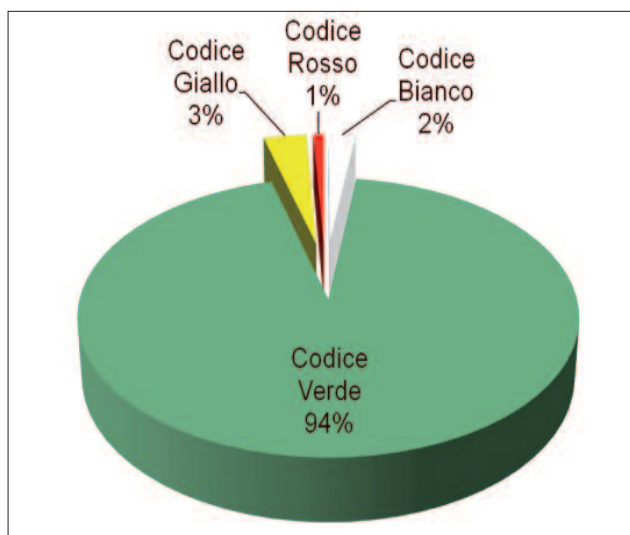


Figura 1. Accesso al pronto soccorso per violenza e aggressione per codice colore

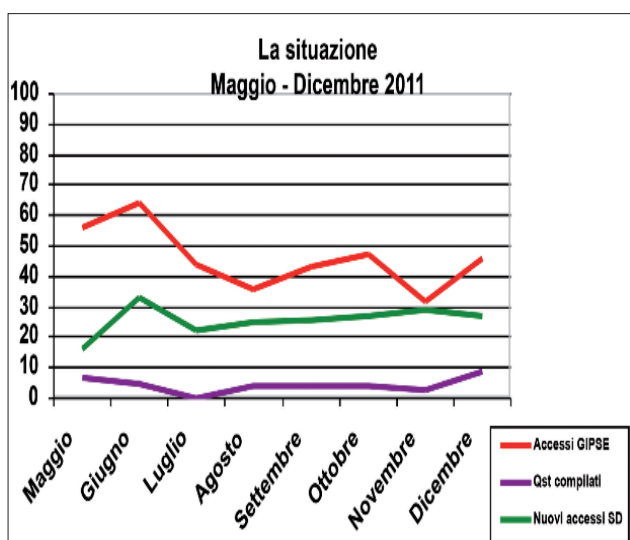


figura 2. Situazione maggio-dicembre

RISULTATI

Gli accessi in Pronto Soccorso per aggressione o presunta tale nel periodo considerato sono stati 368. (Figura 1).

Gli Accessi allo Sportello Donna sono stati 205.

I Questionari compilati: 36 (9 % degli accessi per aggressione o presunta tale) (Figura 2).

Il 71% è vittima di aggressioni da parte del partner.

Il 60% delle donne aggredite ha un'età compresa tra 26 e 40 anni.

Oltre il 50% è italiana.

Il 40 % è coniugata.

Solo 7 donne su 36 non hanno figli.

Oltre il 60% effettua lavori a bassa complessità (operaie, badanti, colf, casalinghe).

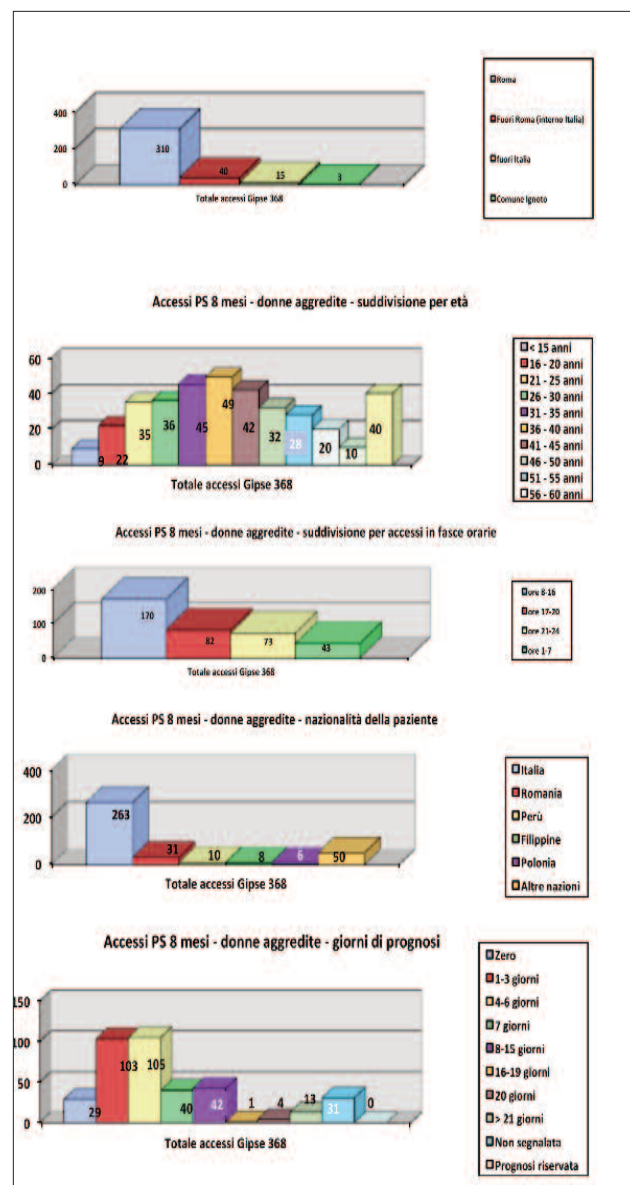


Figura 3. Gli accessi in pronto soccorso delle donne vittime di violenza in 8 mesi

Il 60% subisce aggressioni da almeno 3 anni (Figura 3)

Il caso di violenza è stato riferito all'infermiere triagista e accertato dal medico durante la visita nel 91 % dei casi.

La paziente ha facilmente identificato i diversi ruoli (infermiere, medico, personale di supporto) nel 88 % dei casi.

Grado di soddisfazione dell'ambiente che ha accolto la paziente in pronto soccorso: il 50 % molto soddisfatta, il 46 % soddisfatta, il 4 % non soddisfatta.

La media attesa dal triage alla visita è stata di circa 2 ore, il 54 % degli accessi attende oltre 1 ora, il 38 % degli accessi attende oltre 2 ore.

La quasi totalità del campione (90 %) ha ottenuto risposte adeguate e chiare dal personale del pronto

soccorso e da Sportello Donna;

Le manovre assistenziali sono state effettuate rispettando riservatezza e delicatezza del caso.

Secondo le pazienti intervistate: il 37 % del personale ha una buona preparazione/formazione per farsi carico dei casi mentre il 59 % ha un'ottima/eccezionale preparazione.

DISCUSSIONE

Nel periodo da Maggio a Dicembre 2011 gli accessi in Pronto Soccorso da parte di donne aggredite sono stati 368, nella quasi totalità dei casi viene attribuito, in sede di triage, un codice verde, con prognosi finale per oltre i 2/3 da 1 a 6 giorni.

Gli accessi di questa tipologia di utenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Camillo di Roma sono per la maggior parte caratterizzati da donne di nazionalità italiana e quasi il 90% abitano a Roma.

Il 68% degli accessi in Pronto Soccorso avviene dalle 8 alle 20; quasi il 50% degli accessi avviene nella fascia oraria 8-16; probabilmente tale affluenza nella fascia mattutina è dovuta al fatto che in tale orario i coniugi/partner (maggiori responsabili delle violenze contro le donne) sono al lavoro.

I questionari compilati sono stati nel periodo di riferimento 36, pari al 18% dei nuovi contatti dello Sportello Donna provenienti dal Pronto Soccorso di riferimento.

Le criticità riscontrate nella domanda aperta del questionario per cui è necessaria un'azione a breve-medio termine sono: la mancanza dell'assegnazione di un codice colore riservato a questo tipo di evenienze, una sala di attesa dedicata e soprattutto i lunghi tempi di attesa per la visita (superiore alle due ore). Quest'ultima criticità è stata segnalata da buona parte del campione.

Infine un'azione di formazione e sensibilizzazione del personale certamente potrebbe essere una modalità per aumentare le competenze sia per intercettare situazioni di violenza sia per assistere meglio le donne vittime di violenza, fornire opportune indicazioni e raccogliere più segnalazioni possibili per un fenomeno sommerso.

CONCLUSIONI

Gli operatori sanitari sono coloro che per primi possono intervenire e denunciare fenomeni diffusi e allo stesso tempo sommersi. Le competenze relazionali e professionali rappresentano i prerequisiti indispensabili per affrontare una questione che coinvolge un numero notevole di donne che si rivolgono ai

Pronto Soccorso. Il fenomeno deve essere affrontato con un approccio multiculturale e multi professionale che consenta la presa in carico del problema fino alla sua naturale soluzione che non è mai scontata e univoca ma è legata alla cultura di provenienza delle donne, al loro status sociale, alla scolarizzazione, alle condizioni economiche e a molteplici altre variabili. Al di là dei risultati, non generalizzabili per l'esiguo numero di partecipanti, il punto importante da condividere e da sottolineare non può che essere quello del riconoscimento del fenomeno da parte degli operatori della salute e delle strutture sanitarie deputate all'accoglienza dei casi di violenza, alla presa in carico globale del caso, al riconoscimento di un percorso dedicato per la peculiarità del problema e soprattutto al non sottovalutare l'aspetto sociale e sanitario del problema. Gli strumenti informativi sanitari (cartelle clinica, infermieristica, psicologica, sociale) devono porre le basi per un'informazione completa e fruibile da tutti gli stakeholders coinvolti (donne, sanitari, psicologi, assistenti sociali, giudici); Rita Charon (2006) la definisce la "cartella parallela" (parallel chart). Inoltre sono indispensabili la sospensione del giudizio sui fatti dei quali si viene a conoscenza e il rispetto dell'imparzialità nella formalizzazione (referto). È necessario appropriarsi di un linguaggio simbolico riconosciuto dalle donne che realizzi il "prendersi cura" senza sconfinare nel paternalistico. Passare dal concetto di compliance a quello di negoziazione delle soluzioni. Non ci sono infatti soluzioni predefinite ma solo percorsi da inventare con gli strumenti del nursing, della clinica, psicologici-sociali-culturali e normativi.

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo morale di definire tali percorsi e le strutture hanno il dovere di metterli nelle condizioni di offrire un servizio con una grande valenza etica e sociale.

La violenza sulle donne dove innescare negli operatori della salute un ragionamento riorganizzativo che tenga conto delle conoscenze attuali, dei modelli e degli strumenti necessari alla risoluzione dei problemi che possono presentarsi.

L'utilizzo di buone pratiche clinico-organizzative che evitino la parcellizzazione delle cure, una presa in carico reale delle vittime di violenza, una valutazione attraverso indicatori di processo e di esito sono le misure minime che una struttura ospedaliera deve adottare per essere efficace. Jeannie L. Haggerty (2003), affrontando le problematiche rispetto alla continuità assistenziale, rileva che deve esserci una continuità informativa, una gestionale e infine una relazionale.

Prevedere i temi della violenza sulle donne nella programmazione delle politiche sanitarie per garantire una continuità assistenziale alle vittime deve

essere una delle priorità del sistema che si occupa della salute delle persone, considerate le gravi conseguenze che la violenza determina nella sanità pubblica. Conseguenze a breve e lungo termine sia fisiche che psicosociali. Cossutta (2011), in un suo contributo al libro “No, non sono scivolata nella doccia...”, due anni di attività di Sportello Donna, ritiene che il non riconoscimento della violenza come causa di malattia determini una forte incidenza di esiti a distanza. Anche dal punto di vista economico il non percorrere buone pratiche e progetti innovativi, come quella dello Sportello Donna presso il Pronto Soccorso, rispetto alle violenze sulle donne e sui minori, fa aumentare la spesa pubblica, infatti le donne vittime di violenza ricorrono alle cure sanitarie 3-4 volte di più rispetto alle altre.

“Integrazione delle competenze e delle attività, condivisione degli obiettivi sono state le parole chiave di una progettualità inedita, che ha prodotto cambiamenti nelle culture organizzative, fino alla stesura di un protocollo assistenziale per la presa in carico globale delle donne vittime di violenza domestica” (Cossutta, 2011).

Il progetto “Sportello Donna” e la percezione che di esso hanno avuto coloro che vi si sono rivolte devono essere l’inizio di un impegno degli infermieri e degli operatori che lavorano in ospedale ma proiettati verso una imprescindibile integrazione con il territorio e con le figure professionali che a ogni livello si fanno carico dei problemi delle donne e dei minori.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y., Metalsky, G., & Alloy, L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based sub-type of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Amman, G., & Pallini, S. (2008). *La violenza domestica*. Roma: Edizioni Magi.
- Arendt, H. (2008). *Sulla violenza*. Milano: Edizioni Guanda.
- Bellassai, S. (2004). *La mascolinità contemporanea*. Roma: Edizioni Carocci.
- Bourdieu, P. (1998). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. University of Oxford Press.
- Coluccia, A., Lorenzi L., & Strambi, M. (2002). *Infanzia Mal-Trattata. Politiche e servizi sociali*. Milano: Franco Angeli.
- Cossutta, M. (2011) in Gargano, O. “No, non sono scivolata nella doccia... Due anni di Sportello Donna H24 nel Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Be Free cooperativa sociale.” Roma: Ed. S.Camillo-Forlanini.
- Daphne. (2004). *Verso l’incontro che genera violenza; Violenza alle donne e presa in carico sanitaria. Uno studio incrociato a Palermo e Pescara*. <http://www.leonde.org/progetti/daphne/ricerca>. Ultimo accesso 20-02-2012.
- Donzelli, A., & Fasulo, A. (2007). *Agency e linguaggio*. Roma: Meltem.
- Erickson, M.J., Gittelman, M.A., & Dowd, D. (2010). Risk factors for dating violence among adolescent females presenting to the pediatric emergency department. *J Trauma*, 69(4), 227-32.
- European Commission. (2010). *La violenza domestica contro le donne, dati statistici*.
- Felcini, B., & Forteschi, A. (2008). *Io sono una mela intera. Il colloquio d’aiuto come trattamento per superare la violenza domestica*. Roma: Aracne.
- Gainotti, M.N., & Pallini, S. (2008). *La violenza domestica*. Roma: Edizioni Magi.
- Gemma, R. (2011). *Piccole vittime e grandi violenze. I dati del rapporto Save the Children*. Roma: L’Opinione.
- Gruppo di lavoro Osservatorio nazionale violenza domestica. (2009). *Individuare la violenza domestica. Manuale per operatori*. Assessorato ai Diritti pari opportunità, Regione Veneto. http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get. Ultimo accesso 18-02-2012.
- Kilpratck, D., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B., & Best, C. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violence and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 834-847.
- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H., & Helweg-Larsen, K. (2010). Identifying victims of violence using register-based data. *Scand J Public Health*, 38(6), 611-7.
- Haggerty, L.J., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1219-21.
- Herman, J. (1992). Editorial, *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-779.
- Héritier, F. (1997). *Sulla Violenza*. Roma: Meltemi.
- Istat (2007). In convenzione con il ministero per i diritti e le Pari Opportunità. *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia, dati statistici*
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *Int Emerg Nurs.*, 19(1), 27-36.
- Mason, R., Schwartz, B., Burgess, R., & Irwin, E. (2010). Emergency Medical Services: a resource for victims of domestic violence?. *Emerg Med J*, 27(7), 561-4.
- Merry, S.E. (2009). *Gender violence: a cultural perspective*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Messina, V. (2010). *Violenza alle donne e presa in carico sanitaria*. Daphne VerSO.
- Ponzio, G. (2004). *Crimini segreti*. Milano: Dalai.

Schinco, P. (2011). *Violenza domestica contro le donne e pronto soccorso*. FCE News.it

Tronto, J.C. (2006). *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*. Reggio Emilia: Diabasis.

United Nations, General Assembly. (1993). Resolution 48/104. *Declaration on the elimination of violence against women*. <http://www.unhcr.org/refugees/doc/4a104.html> (symbol) /A.RES.48.104.En. Ultimo accesso 23-02-2012.

Ufficio stampa e media Azienda Usl Modena. (2011).

Violenza domestica alle donne. I dati del Pronto Soccorso. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Walker, L.E.A. (1984). The Battered Woman Syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(1), 21-29.

Women's Aid Federation of England. (2008). Making the links, disabled women and domestic violence.

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

