

“VIOLENZA ALLE DONNE E AI MINORI: UNA QUESTIONE DI SALUTE PUBBLICA”

27 aprile 2020

Fabiana Nascimben
Dirigente medico pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza
Responsabile Gruppo Aziendale Violenza
Azienda Sociosanitaria Friuli Occidentale
Pordenone
fabiana.nascimben@asfo.sanita.fvg.it

*Dedicato a Touria, 31 anni, e Hiba, 7 anni
Assassinate per mano del marito e padre
15 aprile 2015, Pordenone*

L'ESPERIENZA COME MEDICO DI PRONTO SOCCORSO



Posto riservato a donne in gravidanza e/o con bambini piccoli

Posto riservato a uomini con la pacia a cui piace fare il BBQ

Giorgia, 24 anni
Stipsi da 4 gg
Sportiva, nessuna
modificazione stile di vita

Maria, 38 anni
Caduta in cucina facendo
pulizie di casa
Preoccupata, vestita in
modo dimesso

Anna, 68 anni
Storia di ansia da anni
Accesso per cardiopalmo e
dolore toracico

Laura, 48 anni
Nota per etilismo cronico
Fratture costali multiple
Ecchimosi da contusioni multiple

Luisa, 55 anni
Cistiti ricorrenti
Accesso per ritenzione acuta
d'urina



2009

2010

2012

PROGETTO INTEGRA: IL
TERRITORIO SI FA RETE

PROTOCOLLO DI INTESA
CON LA PREFETTURA di
PORDENONE

INTRODUZIONE SCHEDA
RILEVAZIONE DATI

Integra

DALLE BUONE INTENZIONI
ALLE BUONE PRATICHE.
Verso un modello integrato d'intervento
sui casi di violenza domestica.

SEZIONE DATI PERSONALI

ID Utente						
Cod. Punto di Accesso						
1) Prima di oggi, si è mai rivolta ad un punto di ascolto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
2) Se sì, quale?						
3) Quando?						
4) Comune di Residenza						
5) Comune dell'evento	Lo stesso <input type="checkbox"/>			Altro <input type="checkbox"/>		
6) Nazione di provenienza						
7) Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/>		Comunitaria <input type="checkbox"/>		non comunitaria <input type="checkbox"/>	
8) Età	0/17 <input type="checkbox"/>	18/24 <input type="checkbox"/>	25/34 <input type="checkbox"/>	35/49 <input type="checkbox"/>	50/59 <input type="checkbox"/>	60 e oltre <input type="checkbox"/>
9) Stato Civile	Nubile <input type="checkbox"/>	Nubile convivente <input type="checkbox"/>	Sposata <input type="checkbox"/>	Separata <input type="checkbox"/>	Divorziata <input type="checkbox"/>	Vedova <input type="checkbox"/>
10) Stato di convivenza	Sola <input type="checkbox"/>	Sola con figli <input type="checkbox"/>	Con partner <input type="checkbox"/>	Con partner e figli <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine e figli <input type="checkbox"/>
11) Titolo di studio	nessun titolo <input type="checkbox"/>	licenza elementare <input type="checkbox"/>	licenza media <input type="checkbox"/>	Diploma <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	
12) Stato occupazionale	Studentessa <input type="checkbox"/>		In cerca di occupazione <input type="checkbox"/>		Occupata <input type="checkbox"/>	
	Inattiva <input type="checkbox"/>		Casalinga <input type="checkbox"/>		Pensionata <input type="checkbox"/>	
13) Numero figli	n. _____					
14) Di cui figli minori conviventi	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
15) Gravidanze in atto	S <input type="checkbox"/>			N <input type="checkbox"/>		
16) Livello di comprensione ed espressione nella lingua italiana	Scarso <input type="checkbox"/>		Sufficiente <input type="checkbox"/>		Buono <input type="checkbox"/>	
17) Accompagnata da familiari o amici	Sì <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
18) Soggetto	Accesso diretto <input type="checkbox"/>					

Inviante	DSM <input type="checkbox"/>	Ser.T. <input type="checkbox"/>	Consulenti <input type="checkbox"/>
	SSC <input type="checkbox"/>	Centri Anti violenza <input type="checkbox"/>	Altri Soggetti Privati <input type="checkbox"/>
	Forze dell'ordine <input type="checkbox"/>	MMG <input type="checkbox"/>	Pr. Soc. <input type="checkbox"/>
16) In carico ad altri servizi	DSM <input type="checkbox"/>	Ser.T. <input type="checkbox"/>	Consulenti <input type="checkbox"/>
	SSC <input type="checkbox"/>	Centri Anti violenza <input type="checkbox"/>	Privati/specialisti <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	Non risponde <input type="checkbox"/>	

SEZIONE RILEVAZIONE EVENTO

ID Utente					
Cod. Punto di Accesso					
20) Motivazione all'Accesso					
21) Tipo di maltrattamento	Fisico <input type="checkbox"/>	Sessuale <input type="checkbox"/>	Psicologico/emozionale <input type="checkbox"/>	Economico <input type="checkbox"/>	Stalking <input type="checkbox"/>
	22) Esito del maltrattamento (In caso di Pronto Soccorso)		Ricovero <input type="checkbox"/>		Dimissioni <input type="checkbox"/>
23) Luogo del maltrattamento	In casa <input type="checkbox"/>			Fuori casa <input type="checkbox"/>	
	Padre <input type="checkbox"/>		Figlio <input type="checkbox"/>		Marito <input type="checkbox"/>
24) Soggetto maltrattante	Convivente <input type="checkbox"/>		Fidanzato <input type="checkbox"/>		Altro familiare <input type="checkbox"/>
	ex marito/convivente /fidanzato <input type="checkbox"/>		Amico <input type="checkbox"/>		Conoscente <input type="checkbox"/>
	Collega/datore di lavoro <input type="checkbox"/>		Sconosciuto <input type="checkbox"/>		
25) I figli assistono	Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
26) Pregressi evento	Precedente denuncia <input type="checkbox"/>		Episodio isolato <input type="checkbox"/>		Episodio ripetuto <input type="checkbox"/>

SEZIONE PERCORSO ATTIVATO

27) Presenza di problematiche di salute (solo per i punti d'accesso P3 e ASS6)	Malattia cronica <input type="checkbox"/>		Uso abituale di farmaci <input type="checkbox"/>	
	Problemi psicologici / psichiatrici <input type="checkbox"/>		Uso di alcool <input type="checkbox"/>	
	Uso di stupefacenti <input type="checkbox"/>		Invalidità civile <input type="checkbox"/>	
	Altro _____			
28) Rete di supporto	Nessuno <input type="checkbox"/>		Non risponde <input type="checkbox"/>	
	Famiglia di origine <input type="checkbox"/>		Rete Amicale <input type="checkbox"/>	

Scheda di Rilevazione Unica del Protocollo per la Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne

29) Rete di supporto disponibile	Entrambe <input type="checkbox"/>	Nessuna <input type="checkbox"/>
	Rete Familiare disponibile <input type="checkbox"/>	Rete Amicale disponibile <input type="checkbox"/>
30) Sono stati coinvolti altri soggetti?	Entrambe <input type="checkbox"/>	Nessuna <input type="checkbox"/>
	DSM <input type="checkbox"/>	Ser.T <input type="checkbox"/>
	Consultori <input type="checkbox"/>	SSC <input type="checkbox"/>
	Centri Anti violenza <input type="checkbox"/>	Forze dell' Ordine <input type="checkbox"/>
31) Modalità di coinvolgimento	Altro <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Telefonico <input type="checkbox"/>	Scritto <input type="checkbox"/>
	Accompagnata <input type="checkbox"/>	Informazioni alla persona <input type="checkbox"/>

Data ____/____/____

Punti di forza:

Anonima

Unica scheda per tutti i punti di accesso

Confrontabile

Veloce e intuitiva

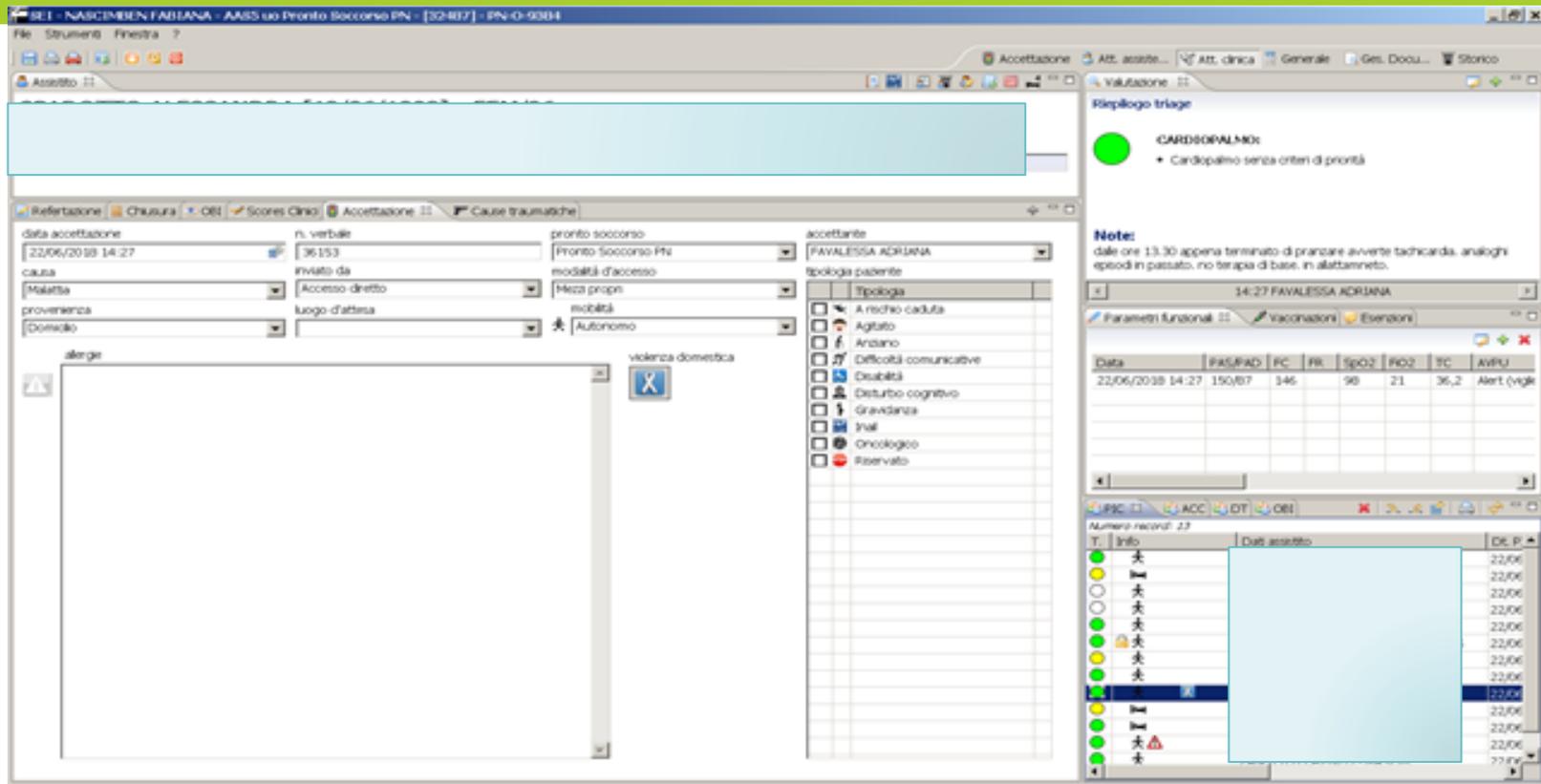
Contiene molti dati

Criticità:

Ulteriore carico burocratico

Compilazione >> PS e CAV

Punto di vista delle FFOO



- «fiocco rosa»
- Problemi di rilevazione dati con la scheda della Prefettura → carico di lavoro?
- Difficile l'estrapolazione dei dati
- Decisa sottostima dei dati

2009

2010

2012

2013

PROGETTO INTEGRA: IL

PROTOCOLLO DI INTESA
CON LA PREFETTURA di
PORDENONE

INTRODUZIONE SCHEDA
RILEVAZIONE DATI

CONVEGNO: LA
VIOLENZA DI GENERE IN
PRONTO SOCCORSO

Integra

DALLE BUONE INTENZIONI
ALLE BUONE PRATICHE.
Verso un modello integrato d'intervento
sui casi di violenza domestica.



società italiana
medicina
d'emergenza-urgenza

Sezione regionale
Friuli Venezia Giulia

convegno

la
violenza di genere
in
pronto soccorso

VENERDÌ 18 OTTOBRE 2013

Sala Consiliare della Provincia di Pordenone
PORDENONE

violenza



AZIENDA OSPEDALIERA
"SANTA MARIA DEGLI ANGELI"
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia PORDENONE



Provincia di Pordenone



Comune di Pordenone

2009

2010

2012

2013

2014

PROGETTO INTEGRA: IL

PROTOCOLLO DI INTESA
CON LA PREFETTURA di
PORDENONE

INTRODUZIONE SCHEDA
RILEVAZIONE DATI

CONVEGNO: LA
VIOLENZA DI GENERE IN
PRONTO SOCCORSO

PRIMA EDIZIONE I VOLTI
DELLA VIOLENZA

Integra

DALLE BUONE INTENZIONI
ALLE BUONE PRATICHE.
Verso un modello integrato d'intervento
sui casi di violenza domestica.

OPERATORI FORMATI

	03/14-10/15 (7 ed)	11/15 (1 ed)	18nov2015.31 maggio 2016 (4 ed)	2016 (ott-nov)	2017	2018	2019 (4 ed)	tot
Medici	27	4	15	4	8	3	5	66
Infermieri	106	12	54	35	83	35	68	393
OSS	15	4	1		13			33
Tecnici ospedalieri	10		16	10	5		5	46
ostetriche	5		2	3	6	7		24
Ass sociali	11	5			11		20	46
psicologi		4	3	1	5		2	15
Altre professioni	8	2	15	13	8	18	11	75
fisioterapisti				4	3	3	7	17
totale	182	31	106	70	142	66	118	715

2009

2010

2012

2013

2014

2015

PROGETTO
INTEGRA: IL



Integra

DALLE BUONE INTENZIONI
ALLE BUONE PRATICHE.
Verso un modello integrato d'intervento
sui casi di violenza domestica.

PROTOCOLLO
CON LA PREFE
PORDENONE

INTRO
RILEVA

Carta
di
Pordenone

Media e Rappresentazione di Genere

VIOLENZA DI GENERE IN
PRONTO SOCCORSO

PRIMA EDIZIONE I VOLTI
DELLA VIOLENZA

2009

2010

2012

2013

2014

2015

2017

PROGETTO
INTEGRA: IL

DPCM
24 novembre 2017

PROTOCOLLO DI INTESA
CON LA PREFETTURA di
PORDENONE

INTRODUZIONE SCHEDA
RILEVAZIONE DATI

CONVEGNO: LA
VIOLENZA DI GENERE IN
PRONTO SOCCORSO

PRIMA EDIZIONE I VOLTI
DELLA VIOLENZA

Integra

DALLE BUONE INTENZIONI
ALLE BUONE PRATICHE.
Verso un modello integrato d'intervento
sui casi di violenza domestica.

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI 24 novembre 2017.

Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio d'Europa del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, sottolineando che le vittime di reato dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni di sorta fondate su motivi quali razza, colore della pelle, origine etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politi-

I dati...non sempre rosa...

Survey nei PS di FVG Giugno-Settembre 2017

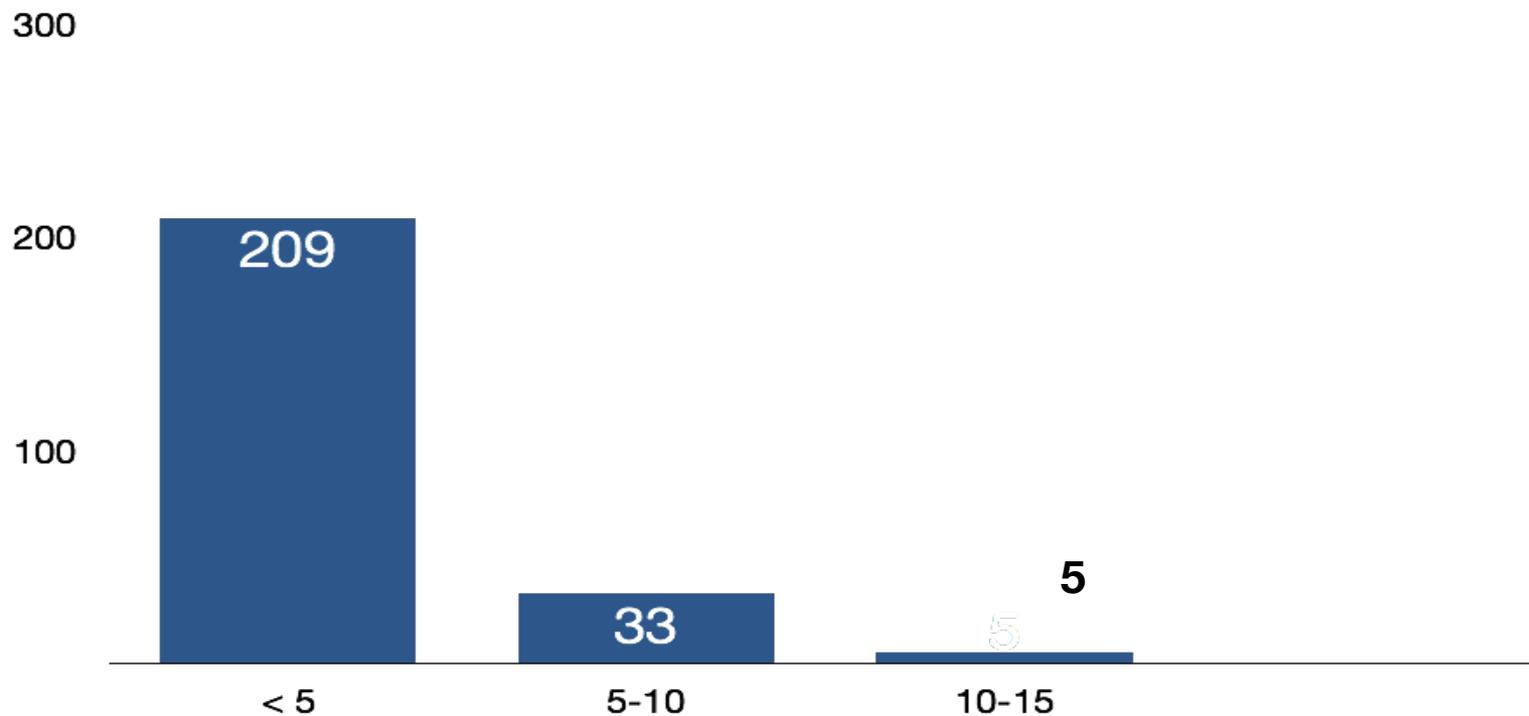
Questionari anonimi

Campione di intervistati tot: 245

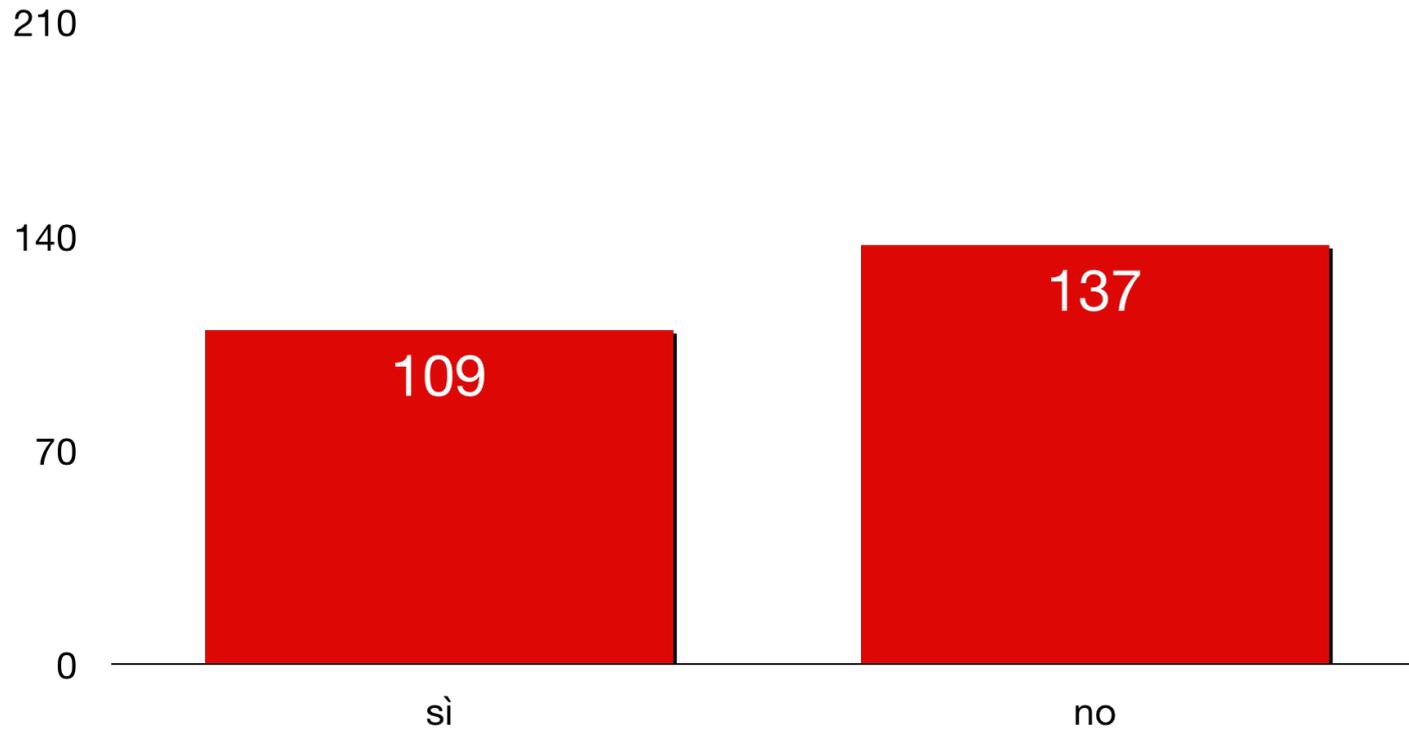
Medici 76	Infermieri 169
Donne 167	Uomini 78

Per gentile concessione dott. Ciro Paolillo

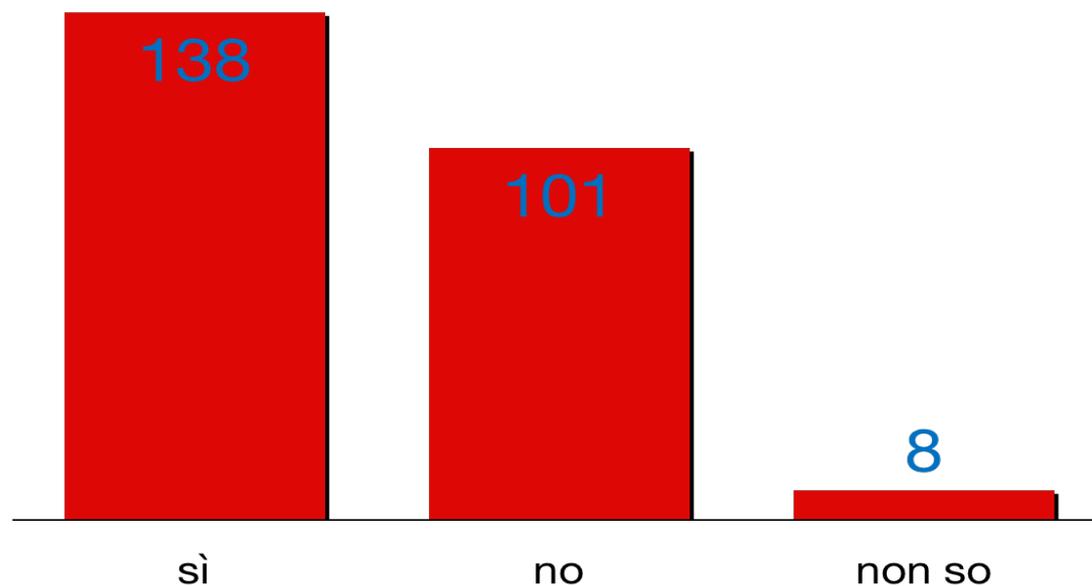
Quanti pazienti di abusi e maltrattamenti tratti in media mensilmente



Hai partecipato e/o stai partecipando ad un corso aziendale per il riconoscimento della violenza di genere e della violenza domestica?



Ritieni di possedere gli strumenti per riconoscere ed affrontare le diverse problematiche relative all'accompagnamento, all'accoglimento e alla valutazione della vittima (Codice Rosa) nell'ambito del Pronto Soccorso?



Database SIMMG 2009:

Solo **20 su 1000** medici di famiglia intervistati hanno registrato un problema legato alla violenza → *progetto VIOLA*

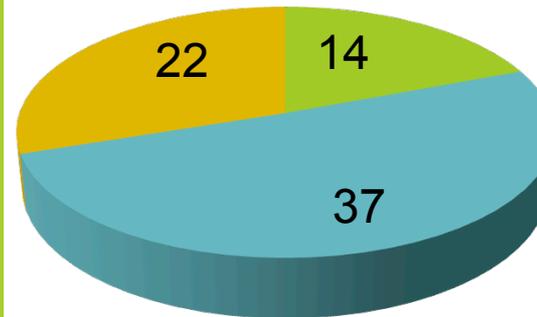
- Circa 30% delle donne che vanno dal MMG fa esperienza di violenza

Scheda di Rilevazione Unica del Protocollo per la Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne

SEZIONE DATI PERSONALI

ID Utente						
Cod. Punto di Accesso						
1) Prima di oggi, si è mai rivolta ad un punto di ascolto?	Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			
2) Se sì, quale?						
3) Quando?						
4) Comune di Residenza						
5) Comune dell'evento	Lo stesso <input type="checkbox"/>			Altro <input type="checkbox"/>		
6) Nazione di provenienza						
7) Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/>		Comunitaria <input type="checkbox"/>		non comunitaria <input type="checkbox"/>	
8) Età	0/17 <input type="checkbox"/>	18/24 <input type="checkbox"/>	25/34 <input type="checkbox"/>	35/49 <input type="checkbox"/>	50/59 <input type="checkbox"/>	60 e oltre <input type="checkbox"/>
9) Stato Civile	Nubile <input type="checkbox"/>	Nubile convivente <input type="checkbox"/>	Sposata <input type="checkbox"/>	Separata <input type="checkbox"/>	Divorziata <input type="checkbox"/>	Vedova <input type="checkbox"/>
10) Stato di convivenza	Sola <input type="checkbox"/>	Sola con figli <input type="checkbox"/>	Con partner <input type="checkbox"/>	Con partner e figli <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine e figli <input type="checkbox"/>
11) Titolo di studio	nessun titolo <input type="checkbox"/>	licenza elementare <input type="checkbox"/>	licenza media <input type="checkbox"/>	Diploma <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	
12) Stato occupazionale	Studentessa <input type="checkbox"/>		In cerca di occupazione <input type="checkbox"/>		Occupata <input type="checkbox"/>	
	Inattiva <input type="checkbox"/>		Casalinga <input type="checkbox"/>		Pensionata <input type="checkbox"/>	
13) Numero figli	n. _____					
14) Di cui figli minori conviventi	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
	0/5 anni n. _____	6 - 11 anni n. _____	12 - 14 anni n. _____	15-17 anni n. _____		
15) Gravidanze in atto	Sì <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
16) Livello di comprensione ed espressione nella lingua italiana	Scarso <input type="checkbox"/>		Sufficiente <input type="checkbox"/>		Buono <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
17) Accompagnata da familiari o amici						
18) Soggetto	Accesso diretto <input type="checkbox"/>					

2018, totale 73 schede compilate



- spilimbergo/ maniago
- pordenone/sacile
- san vito

Una percentuale compresa **tra il 19 e il 30% delle donne ferite** è stata vista nei dipartimenti di emergenza.

Il **14% delle** donne è visitata negli ambulatori interni alle cliniche mediche

Le donne maltrattate sono **tra il 22% e il 35% delle donne che** richiedono assistenza nei Pronto Poccorsi per una qualsiasi ragione

Diagnosi dal SEI 2018: maltrattamento di adulto: 101

- 68 F
- 32 M
- 2 violenze sessuali

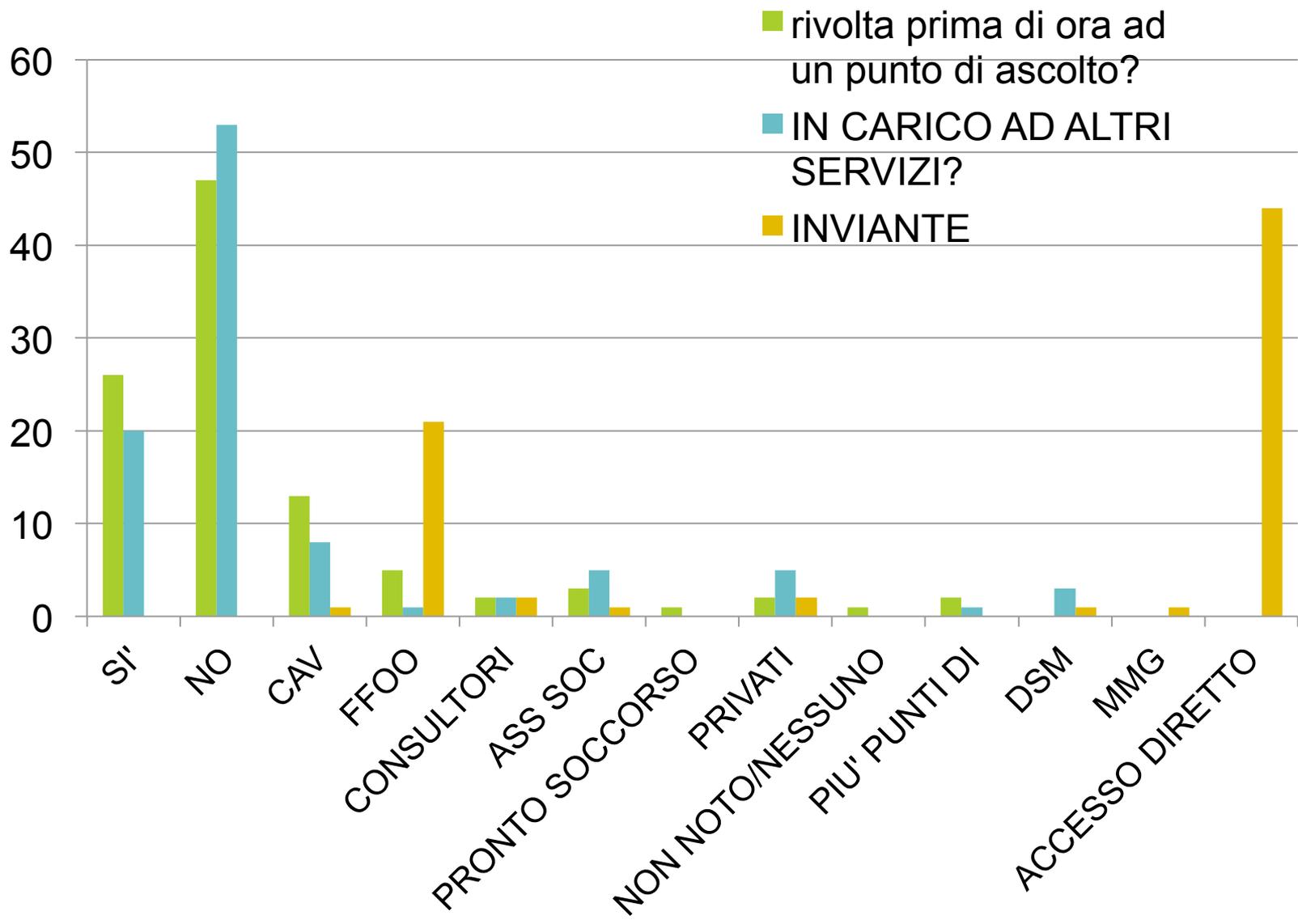
Schede della Prefettura:

- 73 schede

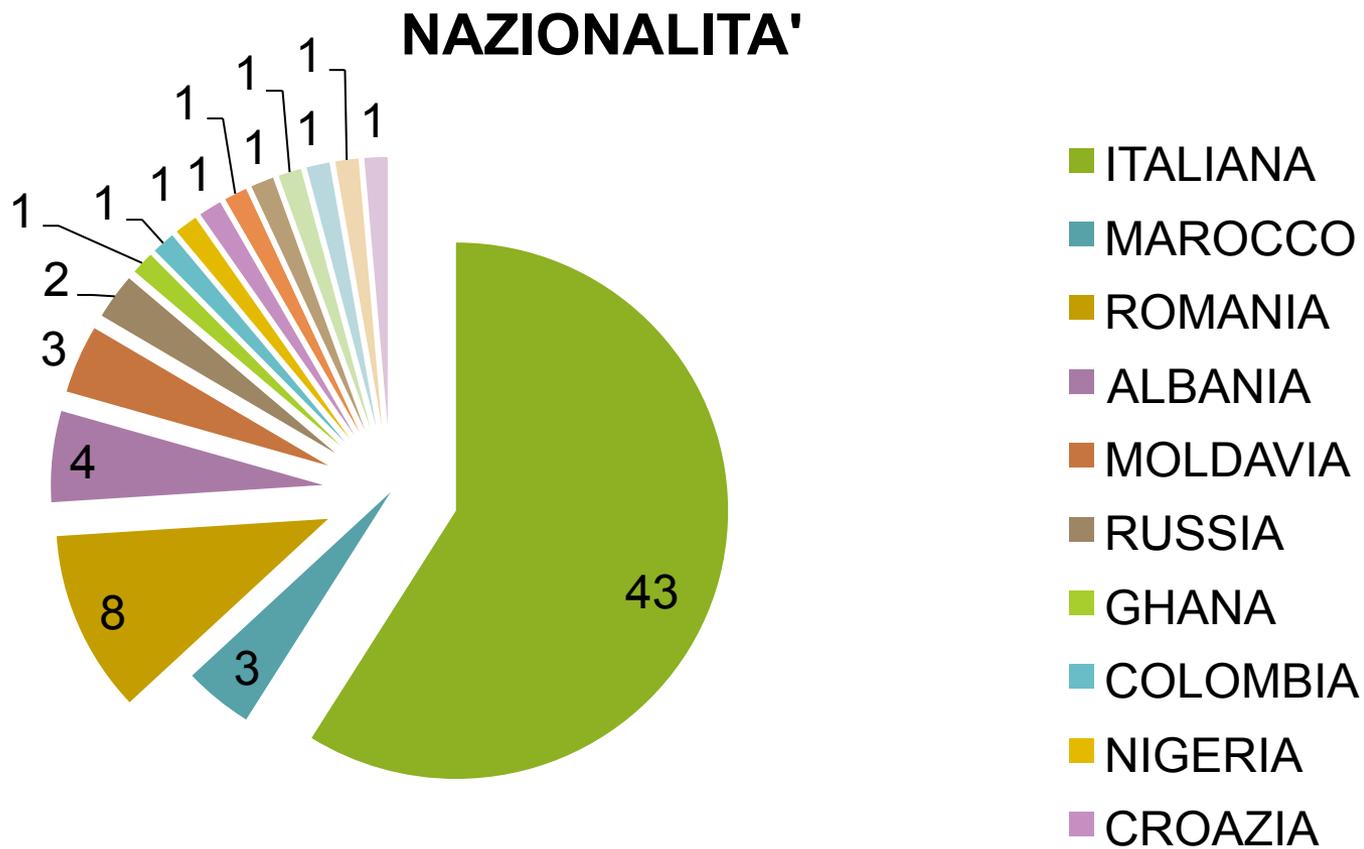
Scheda di Rilevazione Unica del Protocollo per la Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne

SEZIONE DATI PERSONALI

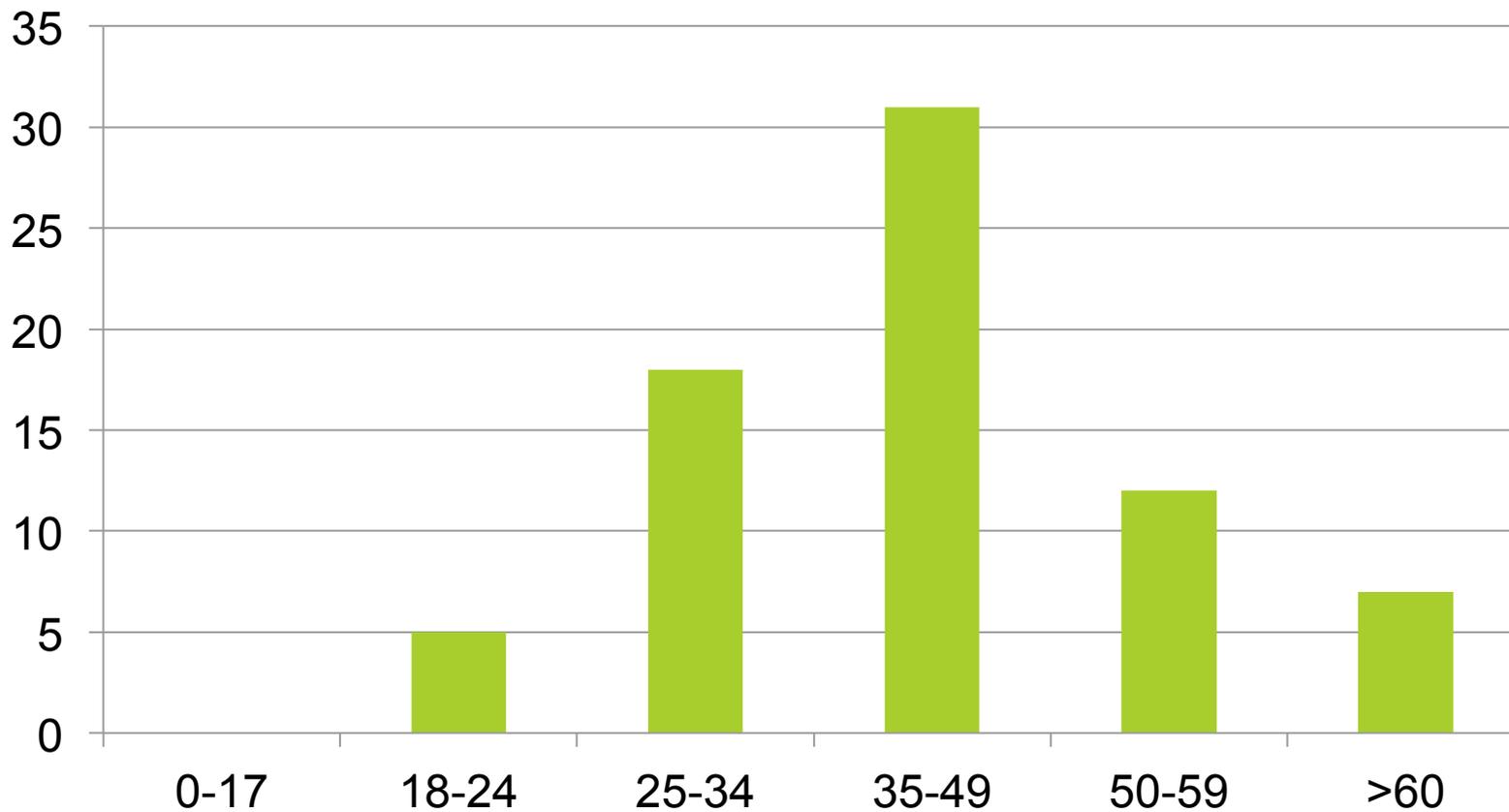
ID Utente						
Cod. Punto di Accesso						
1) Prima di oggi, si è mai rivolta ad un punto di ascolto?	Sì <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
2) Se sì, quale?						
3) Quando?						
4) Comune di Residenza						
5) Comune dell'evento	Lo stesso <input type="checkbox"/>			Altro <input type="checkbox"/>		
6) Nazione di provenienza						
7) Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/>		Comunitaria <input type="checkbox"/>		non comunitaria <input type="checkbox"/>	
8) Et�	0/17 <input type="checkbox"/>	18/24 <input type="checkbox"/>	25/34 <input type="checkbox"/>	35/49 <input type="checkbox"/>	50/59 <input type="checkbox"/>	60 e oltre <input type="checkbox"/>
9) Stato Civile	Nubile <input type="checkbox"/>	Nubile convivente <input type="checkbox"/>	Sposata <input type="checkbox"/>	Separata <input type="checkbox"/>	Divorziata <input type="checkbox"/>	Vedova <input type="checkbox"/>
10) Stato di convivenza	Sola <input type="checkbox"/>	Sola con figli <input type="checkbox"/>	Con partner <input type="checkbox"/>	Con partner e figli <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine <input type="checkbox"/>	Con famiglia d'origine e figli <input type="checkbox"/>
11) Titolo di studio	nessun titolo <input type="checkbox"/>	licenza elementare <input type="checkbox"/>	licenza media <input type="checkbox"/>	Diploma <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	
12) Stato occupazionale	Studentessa <input type="checkbox"/>		In cerca di occupazione <input type="checkbox"/>		Occupata <input type="checkbox"/>	
	Inattiva <input type="checkbox"/>		Casalinga <input type="checkbox"/>		Pensionata <input type="checkbox"/>	
13) Numero figli	n. _____					
14) Di cui figli minori conviventi	0/5 anni n. _____		6 - 11 anni n. _____		12 - 14 anni n. _____	
	0/5 anni n. _____		6 - 11 anni n. _____		12 - 14 anni n. _____	
	0/5 anni n. _____		6 - 11 anni n. _____		12 - 14 anni n. _____	
	0/5 anni n. _____		6 - 11 anni n. _____		12 - 14 anni n. _____	
15) Gravidanze in atto	S <input type="checkbox"/>			N <input type="checkbox"/>		
16) Livello di comprensione ed espressione nella lingua italiana	Scarso <input type="checkbox"/>		Sufficiente <input type="checkbox"/>		Buono <input type="checkbox"/>	
17) Accompagnata da familiari o amici	Sì <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
18) Soggetto	Accesso diretto <input type="checkbox"/>					

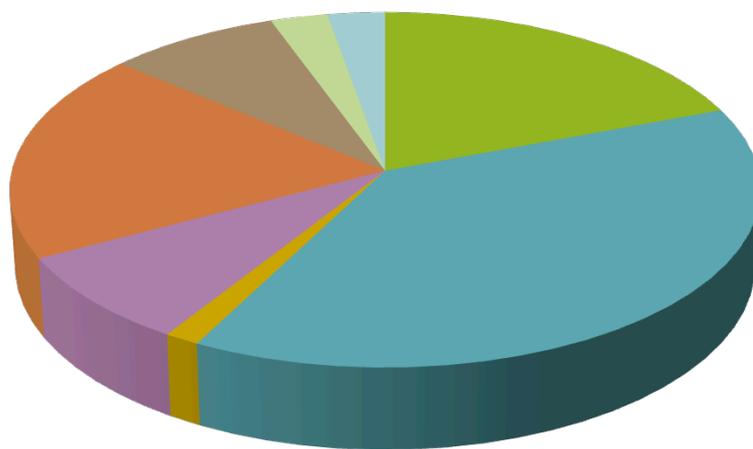


PROVENIENZA

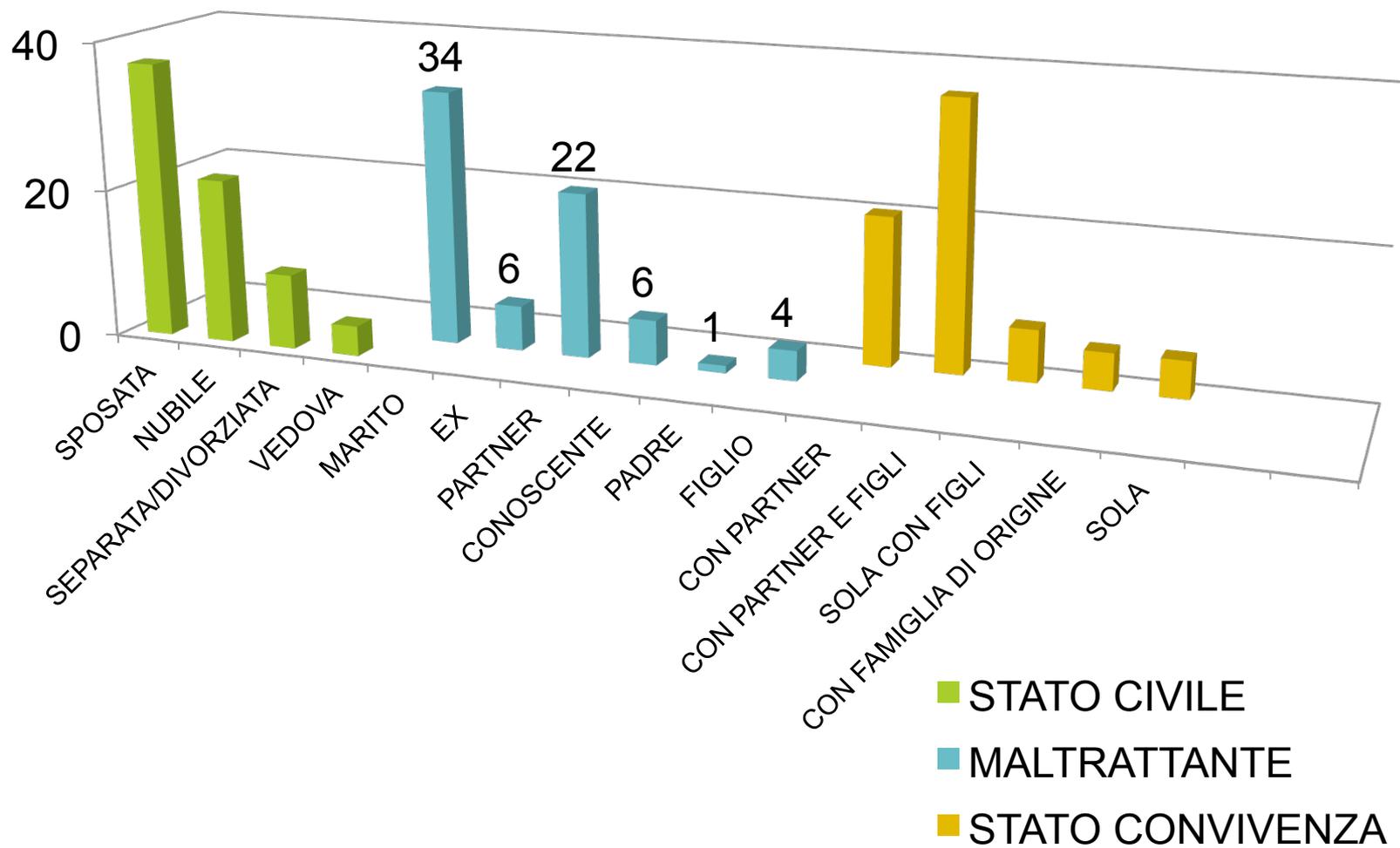


Età

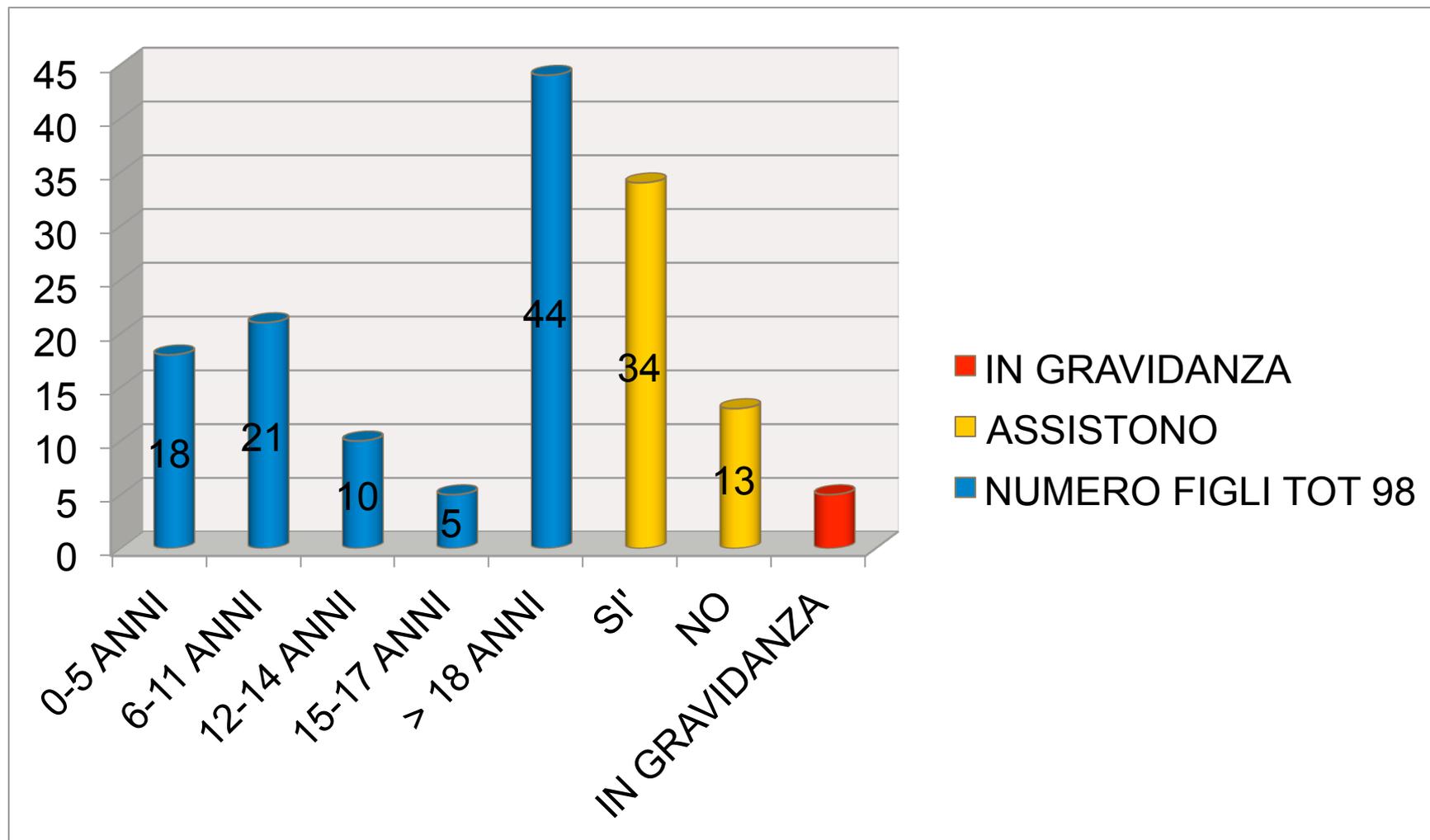




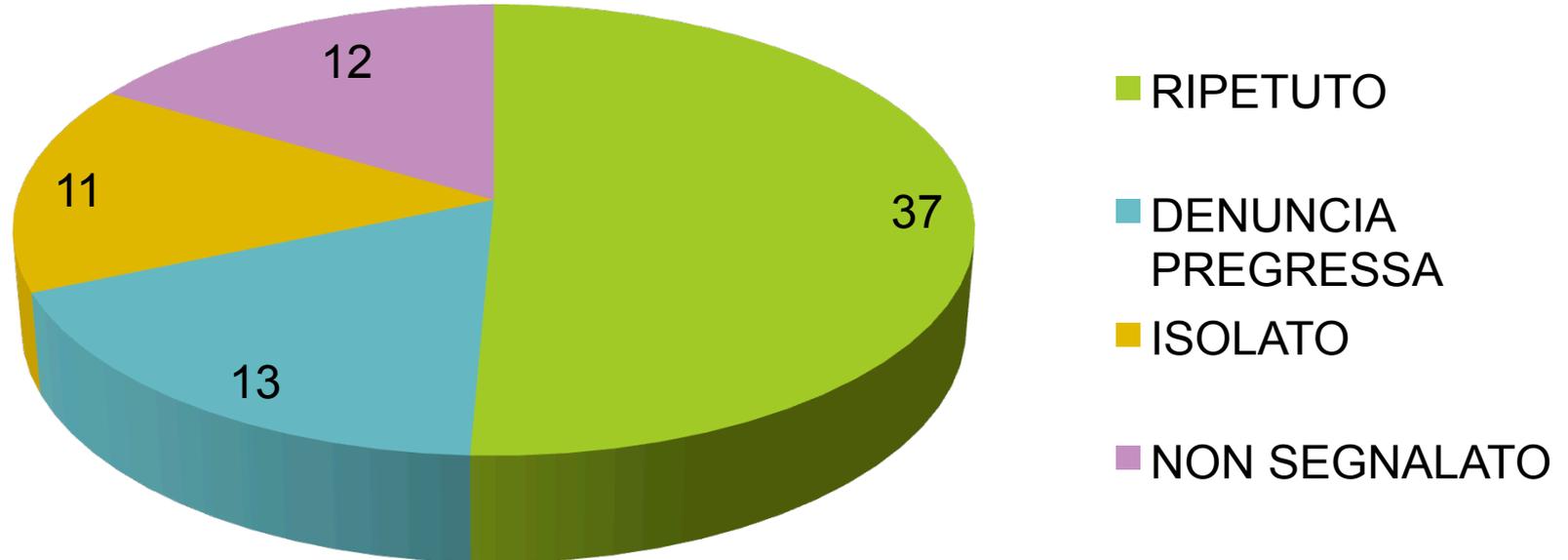
- CASALINGA
- OCCUPATA
- STUDENTESSA
- PENSIONATA
- IN CERCA
- INATTIVA
- SOTTOCUPATA
- NON NOTO



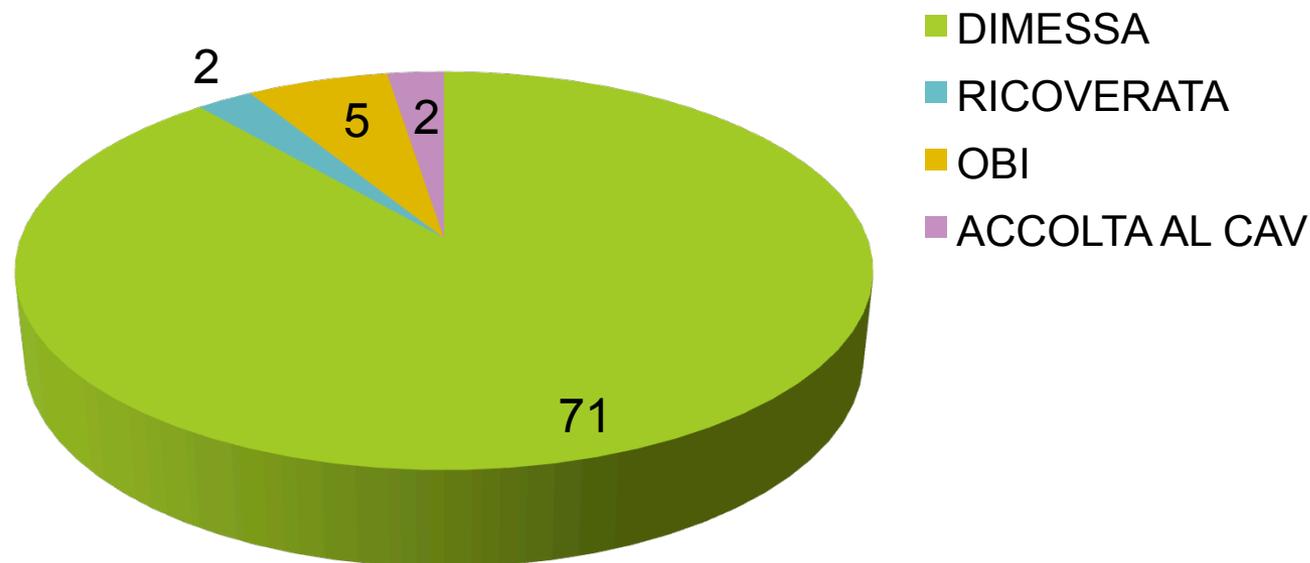
Presenza figli e gravidanza



Eventi precedenti?



Esito



- 2 ricoveri: PNX traumatico, aborto traumatico
- 1 Violenza sessuale
- 1 tentativo anticonservativo buttandosi con la carrozzina dalle scale
- Percosse con tubo di ferro, ombrelli, mani, calci etc

- Tavolo regionale sulla violenza domestica e di genere
- Convegno: affrontare la violenza sulle donne: l'esperienza e il possibile
- Formazione sul campo (Grosseto e Torino)



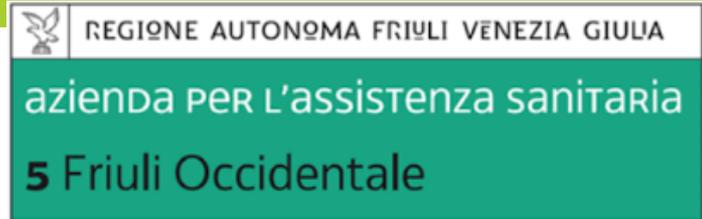
Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità” 2015-2016 di cui all’art. 5 del Decreto-Legge 14 agosto, 2013, n. 93, convertito con legge 15 ottobre 2013, n. 119

2018

2019

- tavolo regionale sulla violenza domestica e di genere
- convegno: affrontare la violenza sulle donne: l'esperienza e il possibile
- formazione sul campo (Grosseto e Torino)





Costituzione Gruppo Aziendale Violenza

- Multidisciplinare
- Protocollo violenza domestica
- Protocollo violenza sessuale → inserimento soggetti sesso maschile
- Formazione continua
- Stanza rosa
- Collaborazione
- Partecipazione a Tavolo Regionale





REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
DIPARTIMENTO EMERGENZA
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Ed. 1 Rev. 1
Nov 2019

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE

AAS 5 Friuli Occidentale

Violenze sessuali gestite dalla ginecologia

Pordenone

- 2015: 4 casi
- 2016: 16 casi
- 2017: 11 casi
- 2018: 3 casi
- **2019: 13 casi,**

4



9



- Modalità di presentazione:
 - autopresentazione
 - provenienza a Pordenone da 118 o servizi territoriali
 - provenienza da PS di rete

- Sono possibili tre condizioni cliniche:
 1. condizioni cliniche non critiche, che consentono l'esecuzione dell'intero percorso diagnostico e medico-legale
 2. condizioni cliniche critiche che richiedono azioni salva-vita che hanno priorità rispetto alle valutazioni medico legali che verranno completate successivamente
 3. decesso della paziente in PS: salma a disposizione dell'AG; astenersi da ogni rilievo.
-



3.12 a: Accoglimento della paziente in PRONTO SOCCORSO A PORDENONE

Operatore	Azioni
Infermiere triage	<ul style="list-style-type: none">- Accoglie la persona rispettando la privacy e raccogliendo solo le informazioni necessarie- Assegna codice Giallo, salvo condizioni cliniche critiche (Rosso)- Fa accomodare la persona in ambulatorio per prima valutazione
Medico di PS	<ul style="list-style-type: none">- Raccoglie l'anamnesi e valuta lo stato clinico e farà solo le azioni necessarie- Se ritiene di dover procedere visiterà la paziente su un lenzuolo bianco che andrà conservato assieme agli abiti- Richiede la cons. ginecologica allertando telefonicamente al n° 4444- Contatta il Medico Legale telefonando alla. C.O. di 118- Redige il Referto AG- valuta la copertura antitetanica- valuta la copertura HBV: se paz non vaccinata, propone la sieroprofilassi HBV- Collabora con il ginecologo sulla decisione di dimettere o trattenere la paziente
Infermiere di ambulatorio	<ul style="list-style-type: none">- Si assicura che la paziente non rimanga mai sola- Accompagna la paziente in ginecologia ove la affiderà ad altra collega- Identifica e consegna eventuali reperti (abiti, lenzuolo etc) al personale della ginecologia, che provvederà a custodirli sino alla fine della visita

I ginecologo di guardia, affiancato da ostetrica e/o infermiera

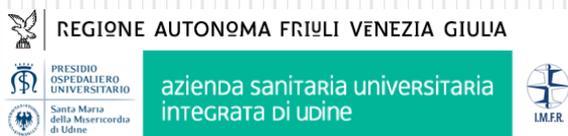
- Raccoglie il consenso
- Verbalizza e documenta la situazione della paziente, se necessario con l'ausilio fotografico (vedi Scheda Clinica) e la registrazione dell'anamnesi
- Preleva prima i reperti medico legali:
 - accoglie gli indumenti della vittima: essi vanno riposti, asciutti, singolarmente in buste di carta numerate e redige un elenco. Ripone le buste in un contenitore di cartone per i rifiuti pericolosi che chiude ed etichetta con il nome della paziente.
 - Raccoglie i peli pubici in un contenitore sterile per urine
 - Raccoglie i capelli in un contenitore sterile per urine
 - Taglia le unghie della mano destra e sinistra raccogliendole in due distinti contenitori sterili per urine (o scraping ungueale)
 - Raccoglie le urine per ricerca degli spermatozoi in un contenitore sterile per urine
 - Preleva due provette di urina per esami tossicologici, sigillate con etichetta antieffrazione, a tempo zero e dopo due ore
 - Preleva due provette di sangue per esami tossicologici, sigillate con etichetta antieffrazione, a tempo zero e dopo due ore
 - Preleva due tamponi vaginali (a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi perivaginali (a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi anali(a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi perianali (a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi del cavo orale (a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi periorali (a secco) per ricerca DNA
 - Preleva due tamponi in regione di controllo posta in sede controlaterale e priva di lesioni
 - Ulteriori tamponi a secco vanno prelevati da aree ritenute sede di lesione
 - Lavaggio vaginale con sol fisiologica in 2 contenitori sterili per urine
- Etichetta tutti i campioni con le etichette barcode corrispondenti prodotte dal sistema informatico di laboratorio (in alternativa appone su ogni contenitore una etichetta con nome, cognome e data di nascita del paziente, tipologia e data di raccolta del campione)
- Compila la check list (allegato 3) di accompagnamento ai materiali raccolti
- Raccoglie tutti i campioni in una busta di plastica richiudibile per campioni biologici e li ripone in appositi contenitori per il trasporto forniti dall'Azienda e li consegna al laboratorio urgenze della Patologia Clinica (2 piano pad H) compilando la check list.
- Successivamente, preleva i campioni per le indagini cliniche da inviare al laboratorio di Patologia Clinica, settore Urgenze
 - Un campione di sangue (provetta tipo A) per ricerca su siero di HCG e altri analiti di chimica clinica
 - Un campione di sangue (provetta tipo B) per emocromo
 - Un campione di sangue (provetta tipo H) per serologia HBV, HCV e HIV.
 - Un campione di sangue (provetta tipo H) per VDRL e TPHA
 - Un campione di sangue (provetta tappo grigio) per alcolemia
 - Un campione di urine per screening tossicologico
 - Un tampone vaginale in terreno di trasporto (Copan ESwab tappo rosa COD. 480 CE, etichette COLTV + NEIGV) per esame microscopico e colturale germi comuni e N.gonorrhoea
 - Un tampone vaginale in terreno di trasporto (Copan UTM tappo rosso da 3 mL COD. 346C, etichetta UMCOL) per ricerca Trichomonas vaginalis, Micoplasmi, Chlamydia trachomatis
 - Un tampone faringeo in terreno di trasporto (Copan tappo rosa COD. 480 CE, etichetta NEIGF) per esame colturale N.gonorrhoea
 - Un tampone rettale in terreno di trasporto (Copan tappo rosa COD. 480 CE, etichetta NEIGR) per esame colturale N.gonorrhoea
- i campioni a scopo clinico vengono consegnati al laboratorio Urgenze della Patologia clinica con le modalità già in uso.

II Ginecologo

- prescrive la profilassi antibiotica post-esposizione.
- valutata la necessità di profilassi HIV. E' necessario che venga tenuto a disposizione il kit di trattamento HIV per 3 giorni predisposto dalla Farmacia.
- Consegna (quando necessario) il kit di trattamento post esposizione per 3 giorni per consentire alla paziente di arrivare con la copertura antivirale fino alla visita infettivologica.
- Consegna alla paziente le indicazioni per presentarsi alla visita dal consulente infettivologo prima del termine di 3 giorni di profilassi.
- Valuta la copertura vaccinale per tetano e HBV e, se paziente non vaccinata, la invia in PS per sieroprofilassi (se non già eseguita)
- Decide, assieme al medico di PS, se indicazione a ricovero o accoglienza in stanza rosa o allertamento del Centro Antiviolenza

Le Forze dell'Ordine

- acquisiscono e custodiscono il contenitore di cartone con gli indumenti e il materiale non biologico (check- list firmata)



Il PDTA regionale sulla violenza di genere nel contesto ospedaliero

Udine, 19 novembre 2019

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI 24 novembre 2017.

Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio d'Europa del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, sottolineando che le vittime di reato dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni di sorta fondate su motivi quali razza, colore della pelle, origine etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politi-

PRONTO SOCCORSO

Postazione di Triage

Modalità di accesso al PS:

- Mezzi/Operatori 118
- Mezzi/Operatori 118 e FF.OO.
- Accesso spontaneo (sola o con prole)
- Accompagnata da operatrici dei servizi
- Accompagnata da autore violenza o altra persona

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

Triage

Violenza?

NO

Attribuzione codice appropriato alla sintomatologia riferita

SI

Attribuzione codice:
2 - Arancione

Entro 20 minuti dall'assegnazione del codice di Triage

Visita medica

Visita medica

- Avvio iter diagnostico
- Rilevazione del rischio
- Attivazione **Team dedicato**

Violenza?

NO

Altro percorso

SI

Ambulatorio

Cond. cliniche medio/gravi?

SI

NO

Informare i servizi territoriali

Dimissione

Rischio medio/alto?

SI

Ricovero

Contattare CAV per soluzioni possibili

Dimissione con messa in protezione della donna

Servizi territoriali

Dimissione al domicilio con info sui Servizi antiviolenza

Dimissione presso casa rifugio/domicilio protetto

ATTIVAZIONE RETE ANTIVIOLENZA TERRITORIALE

Triage

alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - **codice giallo** o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del Percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice di *triage* verrà assegnato un *identificativo di Percorso definito nell'ambito della organizzazione del Pronto Soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso.*

3.2.1.1 TRAUMA: FATTORI DI RISCHIO SITUAZIONALI

CODICE	SINTOMO
2	INCASTRATO / PROIETTATO
2	PEDONE / CICLISTA / MOTOCICLISTA INVESTITO
2	DECEDUTO NELLO STESSO VEICOLO
2	CADUTA DALL'ALTO > 2 METRI
2	GRAVE DANNO ALL'ABITACOLO
2	CADUTA DI CICLISTA O MOTOCICLISTA A VELOCITÀ > 30KM/ORE / SEPARAZIONE DEL CONDUCENTE DAL MEZZO
2	AUTOVEICOLO CAROTTATO
2	VIOLENZA SESSUALE
2	GRAVIDANZA
3	CADUTA DA PIÙ DI CINQUE GRADINI

3.3.1 PROBLEMA SPECIFICO - MEDICINA GENERALE

CODICE	SINTOMO
2	VIOLENZA DI GENERE
3	DOLORE E GONFIORE ARTO
3	CONTRAZIONE DELLA DIURESI
3	VERTIGINE / CAPOGIRO
3	COAGULOPATIE / ANTICOAGULANTI
3	PROBLEMI CORRELATI A PATOLOGIA NEOPLASTICA

MATRICE 1: ACCESSO DELLA DONNA A SERVIZIO/STRUTTURA TERRITORIALE

Azioni (da svolgere in Equipe)	setting	professionisti
<p>Accogliere la donna Riconoscere e accertare la violenza tramite intervista e osservazione di segni e sintomi (lesioni traumatiche ripetute, trascuratezza, abbandono, ...).</p> <p>Documentare il danno e redigere referto all'autorità giudiziaria nei casi previsti.</p> <p>Fornire informazioni sui percorsi di uscita dalla violenza.</p> <p>Attivare la rete nei casi sospetti.</p> <p>Procedere alla stratificazione del rischio secondo la scala <u>DA5 Brief Risk Assessment for the Emergency Department</u>. È fondamentale verificare se la donna può rientrare o meno al domicilio. In presenza di Rischio elevato o evidente insicurezza / paura per l'incolumità della donna o, nel caso di necessità clinica e organizzativa, inviare la donna in Pronto Soccorso garantendone la protezione: spiegare alla donna la necessità di rivolgersi al PS; contattare il Pronto Soccorso (medico o infermiere di triage) comunicando la situazione di dubbio o di dichiarata violenza; gestire la comunicazione con la donna evitando che il soggetto maltrattante, se presente, venga a conoscenza delle motivazioni dell'invio in PS e resti solo con la donna; verificare, nel caso ci siano minori, dove sono al momento della visita e, se presenti farli restare con la madre, se in altra sede verificare le condizioni di sicurezza; inviare la donna in PS attivando le risorse più idonee (parenti non maltrattanti, mezzi a disposizione della struttura accogliente, NUE 112 o FF.OO.).</p> <p>Monitorare nel tempo la situazione.</p>	<p>Ambulatorio MMG/PLS Dipartimento o Salute mentale. CSM. SPDC Dipartimento i Dipendenze Alcologia SERT Ambulatori distrettuali Consultorio Familiare</p>	<p>Medici e pediatri Psichiatri Psicologi Infermieri Assistenti Sociali Assistenti Sanitari Fisioterapisti Logopediste Educatori Psicologi Ostetriche Mediatori culturali OSS</p>

MATRICE 1: ACCESSO DELLA DONNA A SERVIZIO/STRUTTURA

TERRITORIALE

Azioni (da svolgere in Equipe)

Accogliere la donna

Garantire ascolto attivo e accompagnamento nell'esame della situazione personale e nella valutazione dell'opportunità di attivare gli accertamenti sanitari del caso.

Procedere alla stratificazione del rischio secondo la scala

DA5 Brief Risk Assessment for the Emergency Department. (o S.A.R.A. *Spousal Assault Risk Assessment*) (verificare con CAV se usano il DA5). In presenza di **Rischio elevato o evidente**

insicurezza / paura per l'incolumità della donna, o nel caso di necessità clinica e organizzativa inviare la donna in Pronto Soccorso garantendone la protezione:

spiegare alla donna la necessità di rivolgersi al PS;

contattare il Pronto Soccorso (medico o infermiere di triage) comunicando la situazione di dubbio o di dichiarata violenza;

verificare, nel caso ci siano minori, dove sono al momento della visita e, se presenti farli restare con la madre, se in altra sede verificare le condizioni di sicurezza;

inviare la donna in PS attivando le risorse più idonee (parenti non maltrattanti, mezzi a disposizione della struttura accogliente, NUE 112 o FF.OO.).

Monitorare nel tempo la situazione.

setting

Centri Anti
Violenza

professionisti

Operatrici di accoglienza

Fase ospedaliera

L'accesso della donna vittima di violenza in Ospedale può avvenire o direttamente ai servizi di PS e PPI o agli Ambulatori Ospedalieri per effettuare una prestazione o essere ricoverata anche con motivazioni diverse dalla violenza subita. La donna può presentarsi sola o accompagnata da:

- Persone/ conoscenti (anche l'autore della violenza) che andranno identificati;
- operatori del servizio di emergenza urgenza territoriale;
- operatori delle Forze dell'ordine (FFOO);
- operatori delle strutture/servizi cui si è rivolta in prima istanza.

Le condizioni cliniche di presentazione in PS/PPI della donna possono essere:

- ✓ critiche - richiedono manovre salvavita che hanno priorità rispetto alle valutazioni medico-legali, che andranno completate successivamente
- ✓ non critiche - permettono di eseguire la visita e gli accertamenti nei tempi e modi appropriati
- ✓ in caso di arrivo in PS di donna vittima di violenza già deceduta, la salma deve restare a disposizione dell'autorità giudiziaria (AG)

Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Gestione della donna in condizioni critiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire la gestione clinica-assistenziale del caso. • Allertare contestualmente le FF.OO. • Attivare il <i>Team dedicato</i>, se disponibile. • Costatare eventualmente il decesso; la salma deve rimanere a disposizione dell'A.G. • Redigere ed inviare referto A.G. 	Pronto soccorso	Medico di PS e Infermieri <i>Team dedicato</i>	immediato

Trattamento diagnostico – terapeutico

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/ dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.

L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua privacy.

Competenze l'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà:

- ✓ Utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale;
- ✓ Garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante;
- ✓ Instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa;
- ✓ Attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche;
- ✓ Attivare per donne affette da disabilità, ove necessario, la presenza di figure di supporto;
- ✓ Informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso;
- ✓ Acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso.

Azioni	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Accettazione e Triage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettuare il Triage e, in caso di dichiarata violenza, assegnare codice di priorità: 2 - arancione (a meno che la situazione clinica non richieda l'attribuzione di un codice 1 - rosso). • Selezionare l'icona con il fiocco per la violenza. • Attivare l'icona “privacy” per non fornire informazioni a terzi sulla paziente. • Far entrare immediatamente la vittima ed eventuali minori o accompagnatori, dei quali la donna gradisca la presenza, all'interno dei locali di PS (la paziente non deve sostare in sala d'attesa per il pericolo che il maltrattante la raggiunga o la induca ad allontanarsi). • Attivare il <u>Team dedicato</u> (se presente). 	<p>PS (Area triage)</p>	<p>Infermiere/a</p>	<p>Immediato</p>

Azioni	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Presa in carico in Ambulatorio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedere alla valutazione clinico-assistenziale della paziente rispetto ai sintomi e/o a lesioni riferite (presenza congiunta del medico e dell'infermiere). • Raccolta accurata dell'anamnesi generale, di quella relativa all'aggressione e ad eventuali eventi precedenti e valutazione clinica come indicazioni DPCM . • Acquisire il consenso, informato della donna per procedere alla verifica sul sistema informatico se esistano precedenti accessi di PS per motivazioni riconducibili ad una possibile violenza di genere anche non dichiarata: <ul style="list-style-type: none"> • effettuare un esame obiettivo completo con descrizione accurata delle lesioni con eventuale documentazione fotografica (acquisizione ed archiviazione secondo il DL 101 del 10 agosto 2018), previo consenso della paziente. In caso di violenza sessuale si rimanda a protocolli specifici aziendali; • garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante, e utilizzare una comunicazione adeguata con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o psichica. • Porre le basi per instaurare con la donna un rapporto di fiducia: in casi selezionati ed in base alla situazione dedicare personale femminile alla valutazione; <ul style="list-style-type: none"> • tutelare la privacy e la sicurezza: limitare il numero degli operatori, le procedure e gli spostamenti a quelli strettamente necessari alla sicurezza della persona; • in caso di preoccupazione della donna che il maltrattante abbia accesso alla prestazione di PS: registrare le dichiarazioni relative alla violenza ed eventuali dati anamnestici ed obiettivi che la donna non vuole far conoscere al maltrattante nella sezione "OBI", da stampare eventualmente su richiesta della paziente ed utilizzare per la compilazione dell'eventuale referto; • eseguire accertamenti clinico strumentali se ritenuto opportuno. • Attivare se necessario mediatrici culturali e linguistiche 	<p>Ambulatorio dedicato in PS</p>	<p>Infermiere di ambulatorio Medico di Pronto Soccorso</p> <p>Medico</p> <p>Tutti gli Operatori coinvolti (se già presente l'Operatrice del <i>Team dedicato</i> collabora all'accogliimento della donna)</p> <p>infermiere/a</p>	<p>Tempi rapidi (<20 min)</p>

Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<p>Informazione alla donna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informare la donna sulle varie fasi del percorso. • Acquisire il consenso libero ed informato per ogni fase del percorso ed annotarlo sul verbale di PS. • Informare la donna sulla presenza nel : Consultori Familiari, CAV, Servizi Sociali e fornire eventuale materiale informativo (depliant, opuscoli, ...) con informazioni per il contatto, ecc. • Offrire alla donna, se è d'accordo, la possibilità di contattare direttamente il CAV qualora non siano disponibili e/o presenti Operatrici specializzate. • Contattare, previo assenso della donna, i Servizi Sociali. • Informare la donna sulla possibilità di sporgere denuncia e sui tempi utili: <ul style="list-style-type: none"> • <i>12 mesi (365 giorni) per la violenza sessuale</i> • <i>6 mesi (180 giorni) per lo stalking</i> • <i>nessun termine per la violenza domestica e la violenza sessuale con minori fino a 14 anni o violenza di gruppo</i> • <i>nessun termine per lo stalking contro minori o disabili,</i> • Informare che si può sporgere denuncia o querela anche in caso di un singolo episodio di violenza. 	<p>Ambulatorio dedicato in Pronto Soccorso</p>	<p>Operatore sanitario che prende in carico la donna e/o Team dedicato</p>	

Azioni (continua)	Setting	Professionisti	Timing
<ul style="list-style-type: none"> Procedere alla stratificazione del rischio secondo la scala <u>DA5 Brief Risk Assessment for the Emergency Department</u> per verificare se la donna possa rientrare o meno al domicilio. 	Ambulatorio dedicato in PS	Infermiere di ambulatorio Medico di Pronto Soccorso Medico Tutti gli Operatori coinvolti (se già presente l'Operatrice del <i>Team dedicato</i> collabora all'accoglimento della donna) infermiere/a	Tempi rapidi (<20 min)

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)

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

>3 = alto rischio

Altri indicatori di pericolosità della situazione

- Periodo vicino alla separazione /divorzio
- Un aggravarsi o un aumento di frequenza degli episodi di violenza
- Comportamenti violenti anche all'esterno della famiglia
- Possesso di armi
- Minacce di omicidio/ suicidio in caso di abbandono
- Uso di sostanze da parte del maltrattante
- Tentativi di strangolamento
- Gelosia ossessiva
- Lui ha accesso a lei e ai suoi figli
- Storia precedente di abusi anche con altre donne
- Minaccia di fare del male ai figli, agli animali domestici, di distruggere la casa
- L'ha picchiata, tentato di strangolarla

- Lei non possiede un telefono o non ha accesso al telefono
- Non ha familiari o amici
- E' in una situazione di isolamento per altri motivi (non parla la lingua, si è appena trasferita, è un'irregolare)
- Lui sta attraversando un periodo di crisi (depressione, separazione, perdita/ cambio del lavoro)
- Lui le spia la posta, le mail, il telefono, la segue
- Lei teme per la propria incolumità e per quella dei figli, opp non è in grado di vedere che è in pericolo
- Lei sta chiedendo la custodia dei figli, opp ha figli da una relazione precedente
- Lei ha un'altra relazione

Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso: L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri anti violenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete anti violenza territoriale.

Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto: possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza.



Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Messa in protezione della donna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporre, in collaborazione con CAV e FF.OO. la messa in protezione della donna. In presenza di rischio elevato o evidente insicurezza/paura: <ul style="list-style-type: none"> • accoglienza in Casa Rifugio/albergo; • Se CAV non reperibile OBI in ospedale (stanza Rosa, o Pediatria o Ginecologia in base a situazione) o accoglienza presso familiari/amici. • Contattare i Servizi sociali territoriali (il primo giorno utile) qualora il caso non sia già preso in carico dal <i>Team dedicato</i>. • Se la donna NON ACCETTA le proposte di protezione in PS: <ul style="list-style-type: none"> • attuare tutte gli atti sanitari previsti dal caso e redigere referto e lettera di dimissione e attivare contestualmente FF.OO.; • fornire indicazioni e informazioni utili (come da paragrafo precedente); • proporre alla donna di ritornare per un colloquio con gli operatori del <i>Team dedicato</i> e, se possibile, concordare una data; • informare la donna della presenza sul territorio di servizi e strutture quali: Consultori Familiari, CAV, Servizi Sociali e fornire eventuale materiale informativo (depliant, opuscoli) con le informazioni per il contatto. 	<p>Ambulatorio dedicato in PS</p>	<p>Operatore /trice che prende in carico la donna</p>	<p>Tempi rapidi (<20 min)</p>

Azioni (continua)	Setting	Professionisti	Timing
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Se minore/i con la madre è prioritaria la protezione del/ della minore assieme alla madre:</u> <ul style="list-style-type: none"> • fare segnalazione immediata all'AG per violenza assistita (anche se non sono fisicamente presenti durante gli agiti violenti); • inserire anche il/i minore/i come caso di Pronto Soccorso e procedere a valutazione pediatrica (se disponibile e ritenuto necessario) per eventuale attivazione del percorso specifico; • valutare se tenere in protezione la donna e il/i minore/i in ospedale (o presso struttura del CAV se disponibile) • in caso di ricovero della madre deve essere attivata la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori (Procuratore di turno) per la messa in sicurezza del/i minore/i • Se minore/i rimasto/i a casa con il maltrattante: <ul style="list-style-type: none"> • attivare le FF.OO. che su indicazione del magistrato di turno decideranno se prelevare il/i minore/i e portarlo/i in PS/Ospedale; • ricoverare madre e minori presso la Pediatria di riferimento se non è disponibile una struttura che li accolga. 	<p>Ambulatorio dedicato in PS</p>	<p>Infermiere di ambulatorio Medico di Pronto Soccorso</p> <p>Medico</p> <p>Tutti gli Operatori coinvolti (se già presente l'Operatrice del <i>Team dedicato</i> collabora all'accoglimento della donna)</p> <p>infermiere/a</p>	<p>Tempi rapidi (<20 min)</p>

Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<ul style="list-style-type: none"> Nel caso in cui, a fronte di un oggettivo pericolo anche per il/i minore/i, la donna rifiuti la messa in protezione è obbligatoria la messa in sicurezza del minore (art. 403 C.C.) contattando la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori (Procuratore di turno). Inviare referto all'AG come previsto. Avvisare la donna della redazione ed invio del referto e di quanto ne consegue. Attivare il <i>team dedicato</i>, se disponibile e non attivato in precedenza. 	<p>Ambulatorio dedicato in PS</p>	<p>Infermiere di ambulatorio Medico di Pronto Soccorso</p> <p>Medico</p> <p>Tutti gli Operatori coinvolti (se già presente l'Operatrice del <i>Team dedicato</i> collabora all'accoglimento della donna)</p> <p>infermiere/a</p>	<p>Tempi rapidi (<20 min)</p>

Art 403 CC: intervento di pubblica autorità a favore dei minori. Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone che per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi sono incapaci di provvedere alla sua educazione, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Dimissione dal Pronto Soccorso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refertare tutti gli esiti della violenza subita in modo dettagliato e preciso • Redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) <p>ICD9-CM:</p> <p>995.50 abuso/maltrattamento minore; 995.53 abuso sessuale minore; 995.80 abuso/maltrattamento adulto; 995.83 abuso sessuale adulto; 995.51 violenza psicologica su minore.</p>	<p>Pronto Soccorso</p>	<p>Medico</p>	<p>)</p>

Azioni (continua)	Setting	professionisti	Timing
<p><i>Ricovero della donna in area di degenza ospedaliera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accogliere la donna, procedere alla valutazione clinica e alla pianificazione degli interventi clinico-assistenziali in relazione al quadro clinico presente. • Garantire la privacy alla donna e mettere in atto le misure di allontanamento dal maltrattante e/o in caso di visite dello stesso garantire la presenza di un Operatore con la donna. • Garantire, durante la degenza, il supporto delle operatrici del <i>Team dedicato</i>. • Contattare i servizi territoriali per pianificare congiuntamente la dimissione individuando il <i>setting</i> più appropriato così come identificato nel progetto personalizzato concordato con la donna. • Attivare la Rete dei servizi (già durante la degenza ospedaliera). • Fornire alla donna tutte le informazioni rispetto ai Servizi contattati e ai tempi di intervento • Predisporre, se necessario, dimissione in situazione di protezione: <ul style="list-style-type: none"> • in collaborazione con le FFOO per residenza protetta • con mezzo sanitario (ambulanza) se destinazione struttura territoriale (RSA) • verso residenza o verso altro domicilio (es. amici, familiari, ecc..) • Se alla dimissione la donna non accetta la prosecuzione del percorso di cura fornire comunque le informazioni del caso e lasciare aperta la possibilità di una rientro/rivalutazione. • In presenza di minori va garantita la loro tutela (vedi sopra). 	<p>Reparto di destinazione</p>	<p>Equipe del reparto</p> <p><i>Team dedicato</i></p>	

Giorgia, 24 anni
Stipsi da 4 gg
Sportiva, nessuna
modificazione stile di vita

Maria, 38 anni
Caduta in cucina facendo
pulizie di casa
Preoccupata, vestita in
modo dimesso

Anna, 68 anni
Storia di ansia da anni
Accesso per cardiopalmo e
dolore toracico

Laura, 48 anni
Nota per etilismo cronico
Fratture costali multiple
Ecchimosi da contusioni multiple

Luisa, 55 anni
Cistiti ricorrenti
Accesso per ritenzione acuta
d'urina

Recente esordio di
aggressione da parte del
compagno

Storia di almeno 10 anni di
maltrattamenti
Precedenti fratture
Splenuetomia

Abusi verbali, denigrazioni
continue da parte del marito
25 anni di matrimonio

Storia di almeno 15 anni di
maltrattamenti da parte del
marito

Stalking



Violenza domestica in era Sars-Co2



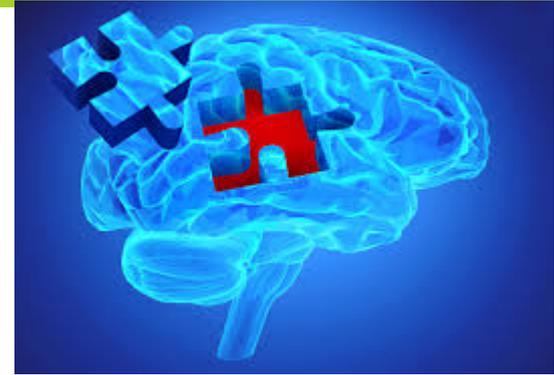
Per molte donne #stareacasa non è un invito rassicurante.

Il numero nazionale dei centri antiviolenza 1522 è attivo.

#nonseisola #nudm



Protocolli sperimentali nello studio dello Stress in modelli animali e umani



Lo stress cronico come quello che deriva da situazioni di disagio familiare e maltrattamento inibisce la produzione di NGF a livello dell'Ippocampo e del Giro dentato determinando una riduzione della neurogenesi e della produzione di neurotrasmettitori a livello di queste strutture nervose deputate alla memoria a breve termine e all'apprendimento.

Gambarana C.: Nutrients, Stress, and Medical Disorders. Edited by S. Yehuda and D. I. Mostofsky Humana Press Inc., Totowa, NJ

Infiammazione, malattia cardiovascolare e sindrome metabolica come conseguenze della violenza contro le donne: il ruolo nella depressione, ostilità e disturbi del sonno



Le donne che subiscono violenza hanno più probabilità di avere gravi problemi di salute oltre le lesioni fisiche . Perché ciò accade?

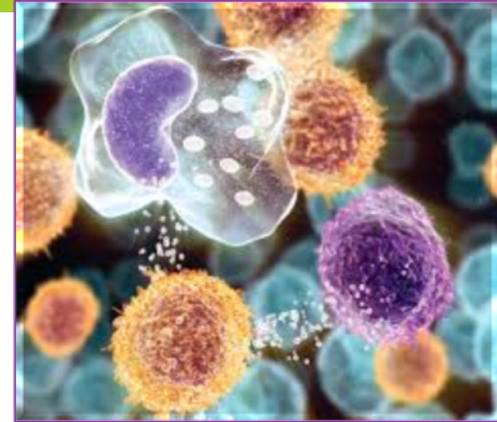
Le sequele di violenza contro le donne (depressione, ostilità e disturbi del sonno) possono aumentare il rischio di malattia.

Possibile meccanismo è l'elevato livello di **citochine infiammatorie**.

Le citochine hanno una funzione adattativa nel combattere le infezioni e riparare tessuti danneggiati. Elevati livelli cronici di citochine infiammatorie sono implicati in molte malattie fra cui Mal. cardiovascolari e S. Metabolica .

Kendall-Tackett KA Trauma, Violence, and Abuse, 2007, 8(2):117–126

Correlazione tra markers infiammatori in plasma, saliva e mucosa orale nelle donne in post-menopausa con pregressa violenza domestica.



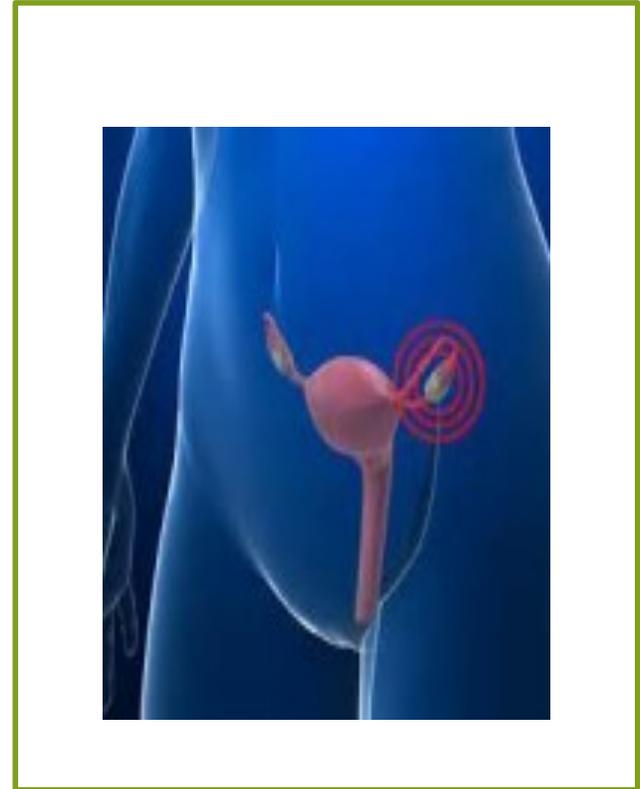
Questo studio ha esaminato le correlazioni tra livelli plasmatici di PCR e livelli del recettore solubile dell'IL-6 (SIL-6R) nel plasma, nella saliva e trasudato della mucosa orale in una popolazione di donne di mezza età con storie di violenza domestica (IPV).

La relazione tra fattori psicosociali e aumentato rischio di malattia è correlata ad uno **stato pro-infiammatorio** elevato che riflette un aumento dei livelli di citochine pro-infiammatorie e PCR.

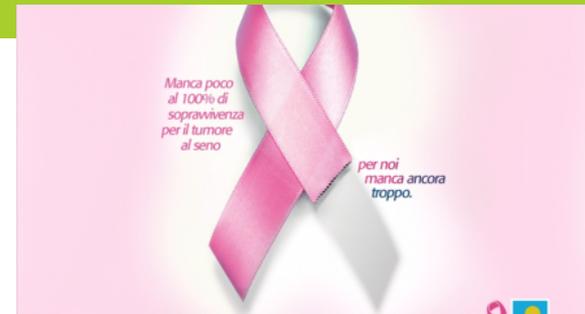
K Fernandez-Botran R et al. Brain, Behavior, and Immunity, 2011,25(2):314–321.

Ptsd e rischio di tumore ovarico

Uno studio pubblicato da Cancer Research ha evidenziato un legame tra alcuni sintomi del **disturbo post traumatico da stress e lo sviluppo di tumore ovarico**. Secondo i ricercatori, è ipotizzabile che gli ormoni dello stress influiscano sull'attività delle cellule potenzialmente tumorali



Impatto negativo della violenza domestica in donne con cancro al seno, cervicale, endometriale ed ovarico



La prevalenza di storia di violenza era del **48.5%** (49/101 donne), e, all'interno di questo gruppo il **46.9%** (23/49) aveva un storia di violenza subita nell'infanzia, il **75.5%** (37/49) aveva una storia di violenza in età adulta, e il **55%**(27/49) ha riportato violenza sessuale in qualsiasi età. Le donne con storia di violenza, rispetto agli uomini, erano più giovani ($P = .031$), più spesso divorziate ($P = .012$), più spesso fumatrici ($P = .010$), e più spesso senza lavoro ($P = .036$), ed erano in uno stadio più avanzato di malattia ($P = .013$).

CONCLUSIONI: molto spesso in pazienti con cancro di mammella, ovaio ed endometrio si ritrova una storia di violenza, e in queste pazienti lo stadio di malattia è generalmente più avanzato.

Associazione tra IPV e Abusi Sessuali nell'Infanzia con lo stato di benessere in donne affette da neoplasia



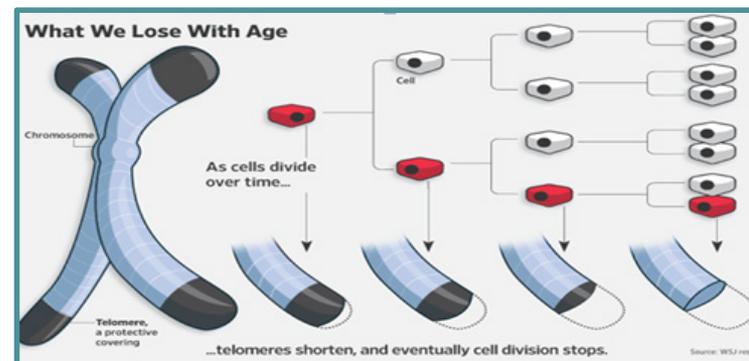
Sia la violenza domestica che gli abusi sessuali nell'infanzia infuenzano in modo negativo gli indicatori di benessere correlati al cancro.

I dati suggeriscono che identificare una storia lunga di IPV e altri eventi strssanti possono fornire informazioni utili per il supporto alle pazienti con cancro e potenzialmente possono implentarne il benessere durante la malattia

*AL Coker, D Follingstad, LS Garcia, CM Williams, TN Crawford, HM Bush
J Womens Health .2012 November;21(11): 1180-1188*

Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women

(Premio Nobel della Medicina del 2009 assegnato alla ricerca sull'invecchiamento cellulare a Carol Greider, Elizabeth Blackburn, Jack Szostak)



Lo stress psicologico cronico può accelerare l'invecchiamento a livello cellulare. I telomeri sono componenti di protezione che stabilizzano le estremità dei cromosomi e modulano l'invecchiamento cellulare. Le donne esposte a violenza domestica subiscono uno stress cronico ed hanno salute peggiore. La **lunghezza dei telomeri nelle donne maltrattate era significativamente più breve rispetto ai controlli.**

Humphreys J, Epel ES, Cooper BA, Lin J, Blackburn EH, Lee KA: Biol Res Nurs. 2012 Apr; 14(2):115-23

L'esposizione alla violenza durante l'infanzia è associata all'accorciamento dei telomeri tra i 5 e i 10 anni di età: uno studio longitudinale

Sono stati esaminate le erosioni dei telomeri in relazione all'esposizione dei bambini alla violenza: 236 minori (49% femmine, 42% maschi con una o più episodi di violenza), sono stati valutati a 5 e a 10 anni.

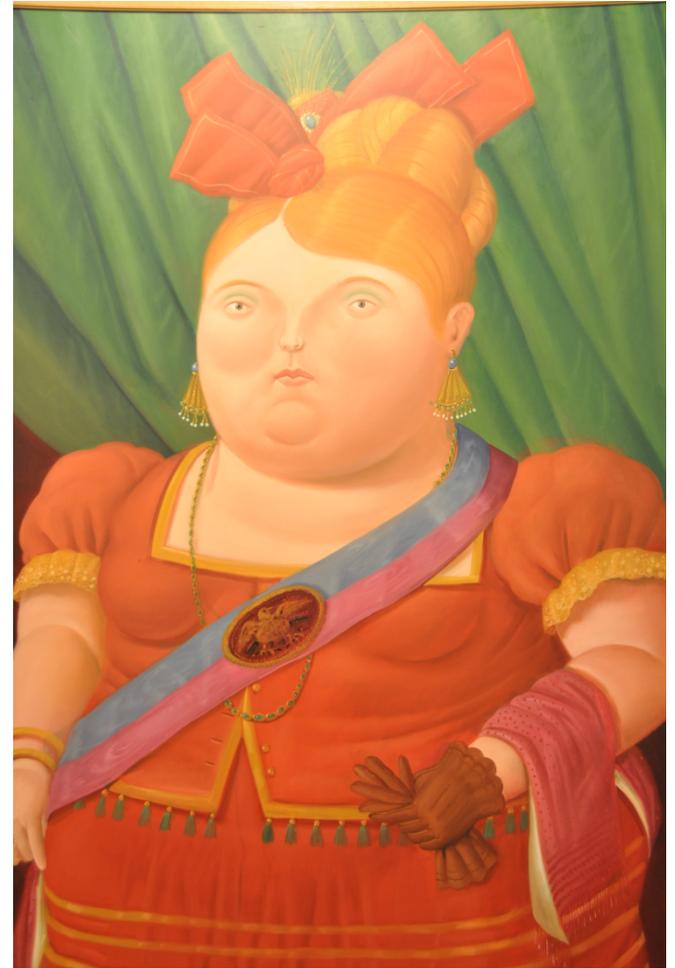
Rispetto a bambini di stessa età, quelli che hanno sperimentato la violenza hanno mostrato un significativo accorciamento dei telomeri nel periodo studiato. Questo risultato supporta che vi sia un meccanismo correlato tra lo stress persistente e cumulativo nell'infanzia e la persistenza dell'accorciamento dei telomeri, osservato già in giovane età con potenziale importante impatto nel resto della vita.

I Shalev, T E Moffitt, K Sugden, B Williams, R M Houts, A Danese, J Mill, L Arseneault and A Caspi- Molecular Psychiatry 18, 576-581 (May 2013) |

Il BMI delle donne maltrattate risulta significativamente più alto di quello delle donne che non hanno sperimentato il maltrattamento.

La media del BMI delle donne non maltrattate era normale solo due donne di questo gruppo erano classificate come obese ($BMI \geq 30$).

Al contrario la media del BMI ($M = 30.4$, $SD = 8.0$) delle donne maltrattate è quella delle obese. 32 delle 66 donne maltrattate (49%) avevano un BMI maggiore di 30, 7 avevano un BMI che superava 40.



*Humphreys J, Epel ES, Cooper BA, Lin J, Blackburn EH, Lee KA:
Biol Res Nurs. 2012 Apr; 14(2):115-23.*

Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse - but vary with socio-economic circumstances.



Anche solo assistere alla violenza da bambini crea danni a volte non riparabili tramite processi di epigenetica .Alcuni Autori hanno individuato nei processi di Metilazione delle molecole biologiche il meccanismo attraverso il quale si generano malattie come l'ansia e la depressione nei soggetti che sono stati esposti alla violenza da bambini come vittime e come spettatori. La salute peggiora nei bambini che assistono la violenza rispetto a quelli che la subiscono.

Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment.

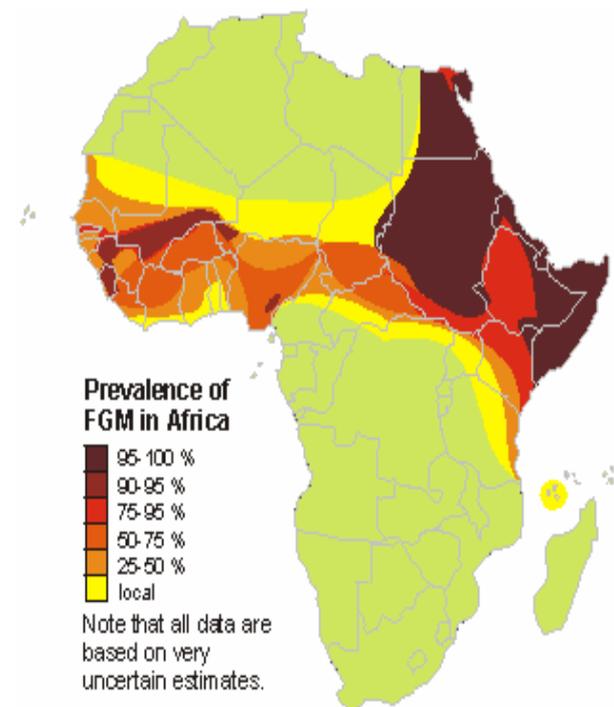


Milioni di bambini ogni anno sono esposti a violenza domestica insieme ad altre forme di violenza e di aggressione: associati sono disturbi psichici e problemi comportamentali di tipo aggressivo

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche
Vari gradi di gravità. La più grave è l'infibulazione

Mutilazione (e non *circoncisione femminile!*): gravità, irreversibilità, danni permanenti fisici psicologici e relazionali (Comitato Interafricano sulla salute dei bambini, 1991)



FONTE: © afrol News Afrol Archives Based on UN agencies, Amnesty, US govt.

*In tutte le lacrime indugia
una speranza*

Simone de Beauvoir

GRAZIE PER L'ATTENZIONE