

“VIOLENZA DEGLI UOMINI CONTRO LE DONNE: UNA QUESTIONE DI SALUTE”

29 marzo 2021

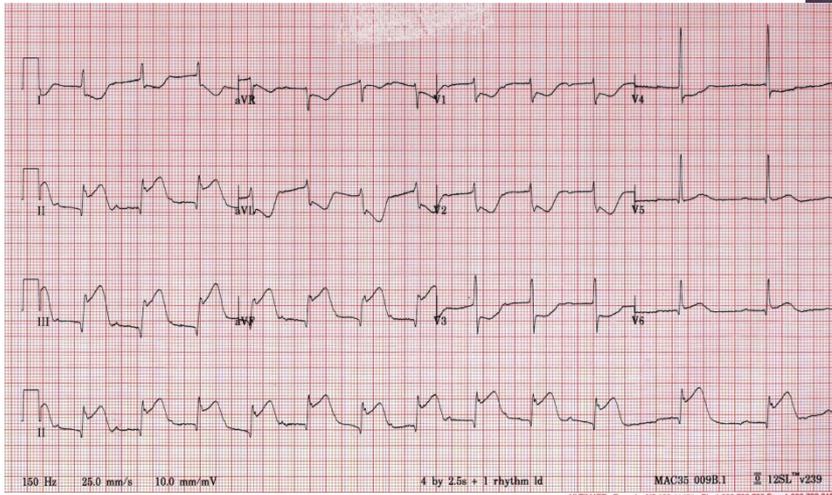
Fabiana Nascimben
Dirigente medico pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza
Responsabile Gruppo Aziendale Violenza
Azienda Sociosanitaria Friuli Occidentale
Pordenone
fabiana.nascimben@asfo.sanita.fvg.it

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

15 aprile 2015

Aurelia Aurenti, accoltellata dal marito, 26 novembre 2020

L'ESPERIENZA COME MEDICO DI PRONTO SOCCORSO



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

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

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

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"/>			N <input type="checkbox"/>		
18) Soggetto	Accesso diretto <input type="checkbox"/>					

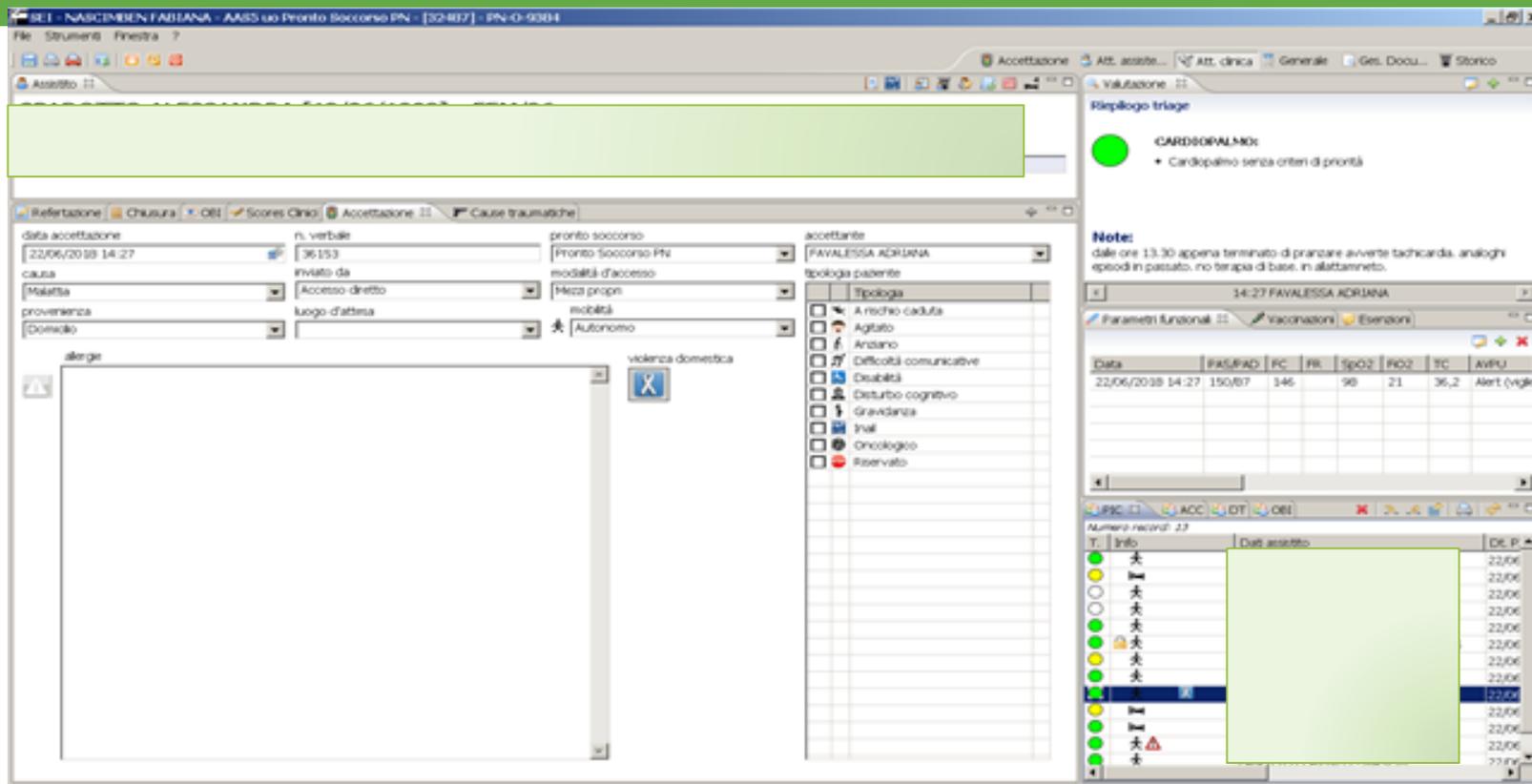
Inviante	DSM <input type="checkbox"/>	Ser.T. <input type="checkbox"/>	Consulenti <input type="checkbox"/>
	SSC <input type="checkbox"/>	Centri Anti violenza <input type="checkbox"/>	Altri Soggetti Privati <input type="checkbox"/>
	Forze dell'ordine <input type="checkbox"/>	MMG <input type="checkbox"/>	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"/>	



- «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

Integra

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



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
fisioterapist i				4	3	3	7	17
totale	182	31	106	70	142	66	118	715

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-

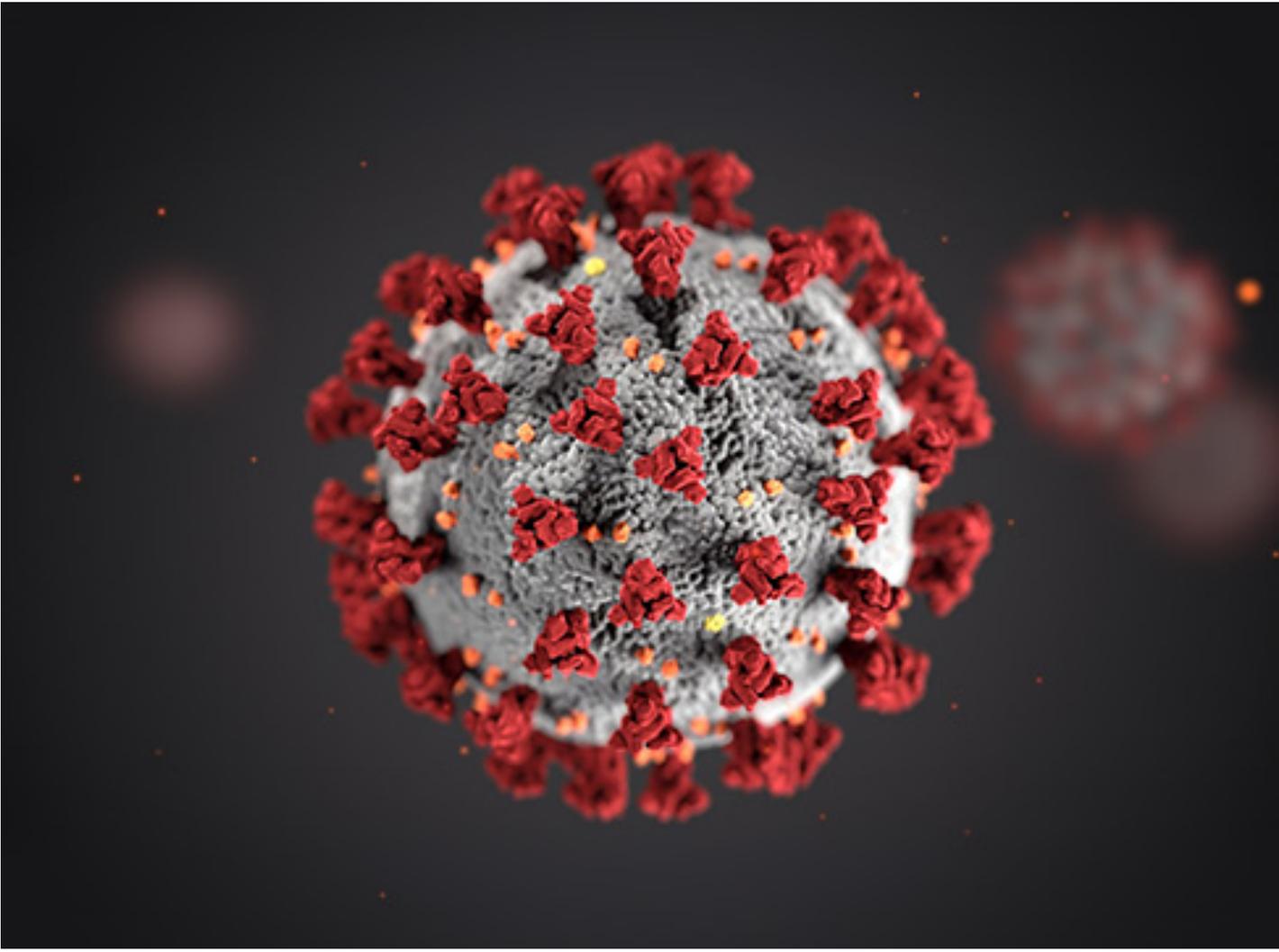
2018

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)



2020



La violenza domestica incide sullo stato di salute?

VIOLENCE AGAINST WOMEN: HEALTH IMPACT

Women exposed to intimate partner violence are →

Mental Health

TWICE
as likely to experience depression

ALMOST TWICE
as likely to have alcohol use disorders

Sexual and Reproductive Health

16%
more likely to have a low birth-weight baby

1.5 TIMES
more likely to acquire HIV and 1.5 times more likely to contract syphilis infection, chlamydia or gonorrhoea

Death and Injury

42%
of women who have experienced physical or sexual violence at the hands of a partner have experienced injuries as a result

38%
of all murders of women globally were reported as being committed by their intimate partners

All statistics can be found in the report entitled Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, by the World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the South African Medical Research Council, found here:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>



- Tra il 19 e il 30% delle donne ferite è stata vista nei dipartimenti di emergenza.
- Il 14% delle donne è visitata negli ambulatori
- Tra il 22% e il 35% delle donne che richiedono assistenza nei pronto soccorsi per una qualsiasi ragione sono vittime di violenza

- Ricorso frequente a trattamenti sanitari presso istituzioni differenti
- Accessi molteplici e reiterati
- Abuso di farmaci, tentati suicidi
- Lasso di tempo
- Negazione, racconto contraddittorio dell'atto lesivo
- Paura
- Reazioni fortemente difensive rispetto a domande mirate
 - presenza contemporanea di lesioni in più parti del corpo
 - lesioni multiple in vari stadi di guarigione
- descrizioni dell'accaduto incongrue rispetto alla lesione presentata
- ferite inveterate, mal cicatrizzate, trascurate
 - sintomi aspecifici e variegati non supportati da cause organiche evidenti
 - patologie croniche mal controllate

LESIONI SOSPETTE

- lesioni al lobo dell'orecchio, dell'attaccatura dell'orecchio
- ferite in zone corporee atipiche
- lesioni labiali (superficie interna)
- lesioni al braccio e avambraccio (da presa con violenza, compressione)
- lesioni al dorso e alle articolazioni di mani e piedi (da legatura)
- lesioni con impronte cutanee (con profilo di oggetti come scarpe, cinture, bastoni)
- segni di strangolamento
- rottura o lesione del timpano
- frattura blow out del pavimento orbitario
- lesioni da scottatura/segni di sigaretta
- trauma addominale con dinamica e in circostanze non chiare
- perdita di ciocche di capelli da strappo

Violenza durante la gravidanza

90% dei casi le donne subiscono violenza **anche** durante la gravidanza
nel **24%** la violenza **comincia** durante la gravidanza
nel **26% aumenta**
nel **3%** si interrompe

Violenza associata a:

- aborto spontaneo
- nascita di un feto morto
- travaglio e parto prematuri
- lesioni fetali
- basso peso alla nascita
- Morte della madre



Mutilazioni genitali femminili

Le MGF provocano alterazioni
IRREVERSIBILI della anatomia
femminile con gravi conseguenze
psicologiche, fisiche a breve medio e
lungo termine

Malattie infiammatorie

Malattie ostetriche

Esiti cicatriziali

Dolori durante rapporti, ciclo
mestruale, parto

Rischio di morte per complicanze

Le MGF violano:

- Il diritto alla salute
- Il diritto a non essere
soggetto a pratiche
crudeli o degradanti
- Il diritto all'integrità
fisica e sessuale
- Il diritto alla
riproduzione

Conseguenze a lungo termine dell'IPV

- **Aumenta il rischio di disabilità, artrite, asma, infarto, problemi cardiaci**

(CDC 2008)

- **Incremento rischio tumore cervicale**

(Coker AL, et al: Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer.- J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1179-85)

- **Aver subito violenza è alla base del 7.9% dei problemi di salute, ed è un fattore di rischio più importante di ipertensione, fumo e obesità**

(Vos et al, 2006)

- **Aumentato rischio di immunodepressione**

(Woods AB, et al. The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. Am J Community Psychol. 2005 Sep;36(1-2):159-75)

(Constantino RE, et al: Negative Life Experiences, Depression, and Immune Function in Abused and Nonabused Women - Biol Res Nurs, January 2000; vol. 1, 3: pp. 190-198)

Disturbi gastroenterici cronici: 22 – 44%

- associati a patologia organica: 31%
- su base funzionale: 32%

- *Delvaux M et al: Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive disease or control. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 345-352*

- *Talley NJ et al: Self reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. Am J Gastroenterol 1995; 9:366-371*

- *Baccini F et al.: Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. Dig Liver Dis 2003 Apr;35(4):256-61*

..

Intimate Partner Violence e salute fisica e mentale delle donne; studio multicentrico WHO sulla salute delle donne in relazione alla violenza domestica.

THE LANCET

Volume 378 - Number 9714 - Page 9-08 - July 2/8, 2010

www.thelancet.com

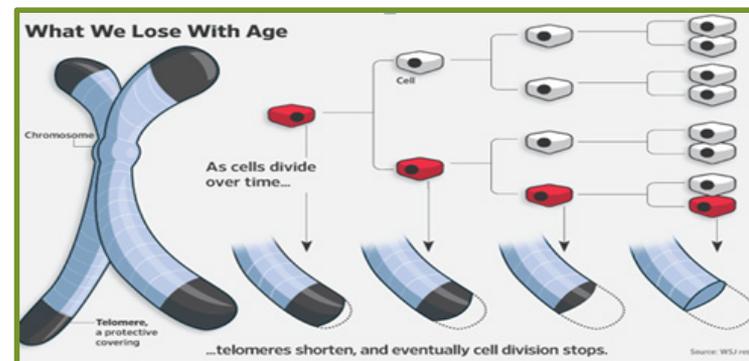
Hanno risposto **24.097 donne**: corrispondenza tra violenza subita nel corso della vita e basso stato di salute (autodiagnosi) (odds ratio 1.6 [95% CI 1.5-1.8]), e a tipi specifici di problemi nelle 4 settimane precedenti: difficoltà a camminare, difficoltà nelle azioni quotidiane, dolore, perdita di memoria, vertigini e perdite vaginali.

Le donne con storia di IPV hanno riportato in modo più significativo stress emotivo, pensieri suicidi, tentativi di suicidio rispetto alle donne non abusate.

Ellsberg M et al, The WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Study Team, Lancet 2008 Apr 5;371(9619):1165-72. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X

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) |



Nel 50% dei casi la depressione è attribuita alla violenza domestica o allo stupro.

World Bank Discussion Paper (1994) Violence Against Women: The Hidden Health Burden. The World Bank, Washington, D.C.

Negli Stati Uniti le donne maltrattate ricorrono a trattamenti psichiatrici 4 o 5 volte di più che le donne non maltrattate

Il 10% delle vittime di violenza domestica tenta il suicidio con una frequenza 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate

Stark, E., & Flitcraft, A. H. (1991). Spouse abuse. In M. Rosenberg & M. A. Fenley (Eds.), Violence in America: A public health approach. (pp. 123-157). New York: Oxford University Press

La depressione è la principale causa di disabilità delle donne tra i 14 e i 44 anni

World Health Report Database, OMS, 1999

- depressione 6 volte maggiore
- consumo di psicofarmaci 5 volte maggiore
- tentato suicidio 19 volte maggiore (26 volte nei casi di violenza sessuale).

Comunità Europea

la depressione è la principale causa di disabilità delle donne tra i 14 e i 44 anni

World Health Report Database, OMS, 1999

In Italia è:

- 3 volte superiore alla depressione maschile
- associata al consumo di psicofarmaci

5.5 milioni di persone fanno uso di tranquillanti e antidepressivi di cui 3.7 sono donne e 1.7 maschi

ISTAT, 2014

Mediation of the influence of childhood maltreatment on depression relapse by cortical structure



110 pazienti (tra 2010 e 2016) ricoverati e in terapia per disturbo depressivo maggiore.

Valutazione con questionari, colloqui e RNM strutturali al basale e dopo due anni.

Al follow-up, 75 pazienti avevano avuto una recidiva della depressione e 35 erano liberi da recidive.

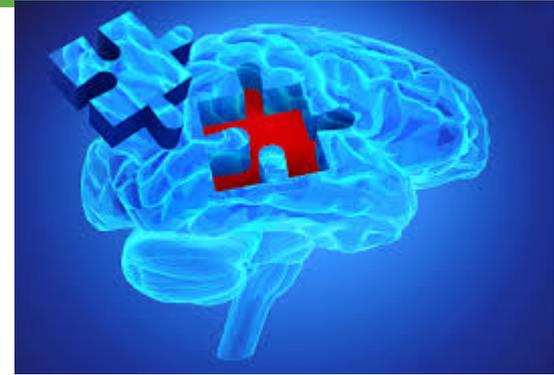
Il maltrattamento infantile era significativamente associato alla ricaduta (odds ratio, 1.035; $P = 0.045$).

Sia le precedenti esperienze di maltrattamento infantile che le successive recidive di depressione erano significativamente associate con una ridotta superficie corticale (OR, 0.996).

I ricercatori hanno scoperto che la superficie dell'insula cerebrale ha mediato l'associazione tra maltrattamento e successiva recidiva da depressione.

Opel N. et al. Mediation of the influence of childhood maltreatment on depression relapse by cortical structure: a 2-year longitudinal observational study. April 2019, Lancet Psychiatry

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.

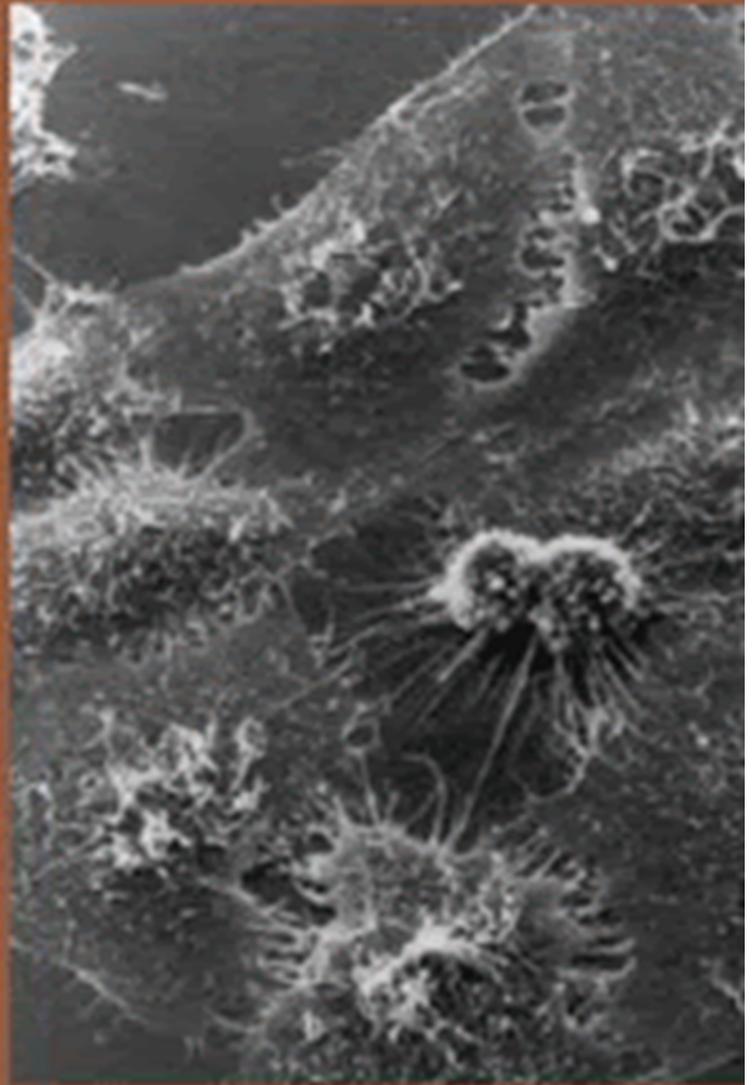
Gambarana C.: Nutrients, Stress, and Medical Disorders. Edited by S. Yehuda and D. I. Mostofsky Humana Press Inc., Totowa, NJ

-Le donne si ammalano di depressione piu'degli uomini (2:1)

-maggiore utilizzo psicofarmaci→ rischio di abuso



Violenza domestica→Depressione



Posttraumatic stress disorder (PTSD) is associated with increased risk of ovarian cancer: a prospective and retrospective longitudinal cohort study

Legame tra 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. PTSD anche decenni prima > 6 sintomi → maggior invasività tumorale



A Roberts et al, Posttraumatic stress disorder (PTSD) is associated with increased risk of ovarian cancer: a prospective and retrospective longitudinal cohort study , Canc Res , 2019

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 influenzano in modo negativo gli indicatori di benessere correlati al cancro.

I dati suggeriscono che identificare una storia lunga di IPV e altri eventi stressanti possono fornire informazioni utili per il supporto alle pazienti con cancro e potenzialmente possono implementarne 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*

Si ammalano di più

Giungono più tardi
alla diagnosi

Hanno qualità di vita
peggiore

Sono più esposte ad
HPV e MST



**Violenza domestica/sessuale →
modificazioni genetiche → rischio per
neoplasia**



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?

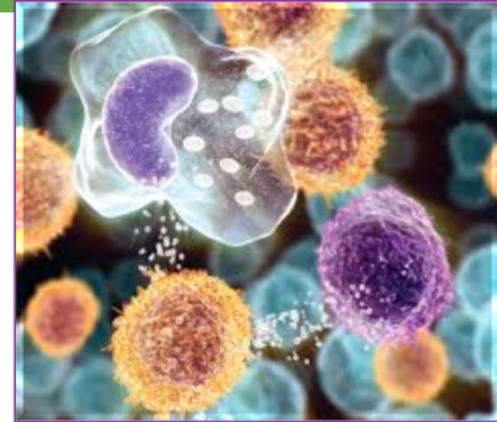
Le sequele psichiche di violenza contro le donne possono aumentare il rischio di malattia.

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

→ **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.



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.

Minor variabilità della frequenza cardiaca associata con il trauma da stupro nelle militari e disturbo post-traumatico da stress.



Vissuti di violenza e abusi sessuali associati al PTSD sono un fattore di rischio per malattie cardiovascolari.

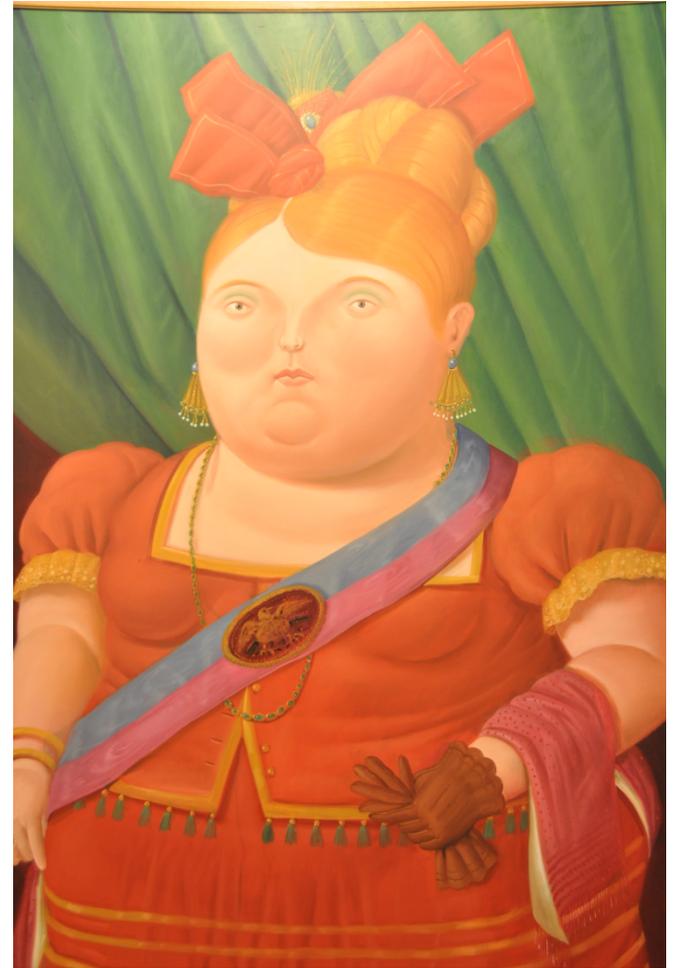
Davis Lee EA, Theus SA : - Biol Res Nurs, October 2012; vol. 14, 4: pp. 412-418

Elisheva R. Danana et al: An Evidence Map of the Women Veterans' Health Research Literature (2008–2015), Journal of general internal medicine, dec 2017

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 quello delle obese. 32 delle 66 donne maltrattate (49%) donne 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.*

Le donne muoiono soprattutto di cardiopatia ischemica

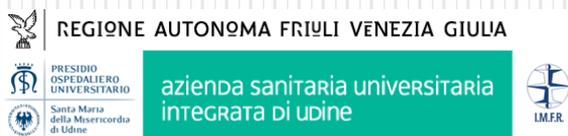
Giungono più tardi alla diagnosi

Hanno fattori di rischio genere-specifici



**Violenza domestica/
sessuale → Infiammazione → fattore di
rischio cardiovascolare**

Percorso ospedaliero



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-

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

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)

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). 	PS (Area triage)	Infermiere/ a	Immediato

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>Am bula tori o dedi cato in PS</p>	<p>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</p>	<p>(<2 0 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 antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza 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.

Attivazione di Servizi presenti nell'Azienda: GAV



Messa in protezione della donna

- Proporre, in collaborazione con CAV e FF.OO. la messa in protezione della donna. In presenza di rischio elevato o evidente insicurezza/paura:
 - 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 *Team dedicato*.
- **Se la donna NON ACCETTA** le proposte di protezione in PS:
 - 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 *Team dedicato* 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.

Ambulatorio
dedicato in PS

Operatore/trice
che prende in carico la donna

Azioni (continua)	Setting	Professionisti	Timing
<ul style="list-style-type: none"> • Se minore/i con la madre è <u>prioritaria la protezione del/della minore</u> assieme alla madre: <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'accogliimento della donna)</p> <p>infermiere/a</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. 	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)

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) ICD9-CM: <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>	Pronto Soccorso	Medico	

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

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

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

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
Splnectomia

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

Storia di almeno 15 anni di
maltrattamenti da parte del
marito

Stalking

