

Riconoscere, accogliere e accompagnare
le persone vittime di violenza relazionale
GUIDA PER OPERATORI DI PRONTO SOCCORSO

Progetto REVAMP

realizzato con il supporto finanziario del **Ministero della Salute CCM**

MATERIALE INFORMATIVO A CURA DEI TAVOLI DI LAVORO

Versione 1.0 | 14 Novembre 2017

Coordinamento realizzazione materiale informativo:

Eloise Longo - Dipartimento di Neuroscienze - Istituto Superiore di Sanità

Si ringraziano per la collaborazione Paolo Cremonesi, Alessio Pitidis, Anna De Santi

Veste grafica: Paolo Sbraga | www.paoloesse.it

INDICE

Tavolo di lavoro 1 Sorveglianza ed epidemiologia	
EPIDEMIOLOGIA DELLA VIOLENZA IN AMBITO RELAZIONALE	7
1.1 SOGGETTI VULNERABILI: IMPATTO SANITARIO E DETERMINANTI SOCIO-DEMOGRAFICI.....	8
1.2 RAZIONALE E OBIETTIVI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE.....	37
1.3 LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO DELLA VIOLENZA SECONDO LO STANDARD DELL'INJURY DATABASE EUROPEO (IDB).....	45
1.4 STUDIO DI FOLLOW-UP DELLE DONNE ADULTE VITTIME DI GRAVE VIOLENZA DOMESTICA E SESSUALE.....	60
1.5 SPUNTI EPIDEMIOLOGICI PER LA PREVENZIONE ED IL RICONOSCIMENTO DELLE VITTIME IN SETTING SANITARI.....	65
Tavolo di lavoro 2 Riconoscimento, diagnosi e presa in carico	
VIOLENZA: RICONOSCIMENTO E DIAGNOSI	71
2.1 PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: LA COMPLESSITA' DEL PROBLEMA.....	84
2.2 ACCOGLIENZA, TRIAGE E PRESA IN CARICO DELLE PERSONE VULNERABILI VITTIME DI VIOLENZA NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO E PRIMO INTERVENTO.....	93
Tavolo di lavoro 3 - Colloquio e accoglienza	
COLLOQUIO E ACCOGLIENZA PSICOLOGICA	127
Tavolo di lavoro 4 - Accompagnamento	
PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO AI SERVIZI TERRITORIALI SOCIO-ASSISTENZIALI PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA	133
Tavolo di lavoro 5 - Pediatrico	
RICONOSCIMENTO, ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO, FOLLOW-UP E ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE VITTIMA DI VIOLENZA	151
Prospettive di ricerca	
EPIGENETICA DELLA VIOLENZA: PROTOCOLLI PER LA RACCOLTA DEI CAMPIONI	195

Tavolo di lavoro 1

EPIDEMIOLOGIA DELLA VIOLENZA IN AMBITO RELAZIONALE

Carlo Mamo | Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3
Fabio Voller | Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Maria Pia Randazzo | Sistema Informat. AOR Papardo Piemonte, Messina
Sara Farchi | Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio
Giovanni Fossa | Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova
Selene Bianco | Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3
Alessio Pitidis | Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento Ambiente e Salute, Reparto Epidemiologia Ambientale e Sociale

INTRODUZIONE

La violenza interpersonale rappresenta un problema di particolare rilevanza per la sanità pubblica, non solo per le crescenti responsabilità di natura legale che interessano gli operatori sanitari, ma per la difficoltà di rendere operative procedure efficaci di riconoscimento e presa in carico dei pazienti che non intendono (o non sono in grado di) denunciare la violenza subita. I soggetti a maggior rischio sono le donne in età fertile, i minori, gli anziani, gli adulti con disabilità fisica o mentale, quindi fasce di popolazione particolarmente vulnerabili a violenze compiute in ambito familiare, relazionale e di comunità. Intendendo per ambito relazionale il rapporto con persone con cui si entra solitamente in contatto nel contesto di vita quotidiana: quindi in ambito familiare (coniugi, partner, genitori, parenti, caregiver) e di comunità (amici, conoscenti, colleghi).

Il contesto sociale e culturale, l'esposizione a comportamenti devianti, influenzano l'occorrenza del problema.

Le vittime di maltrattamenti ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggior frequenza del resto della popolazione. Tuttavia, il problema della violenza in ambito relazionale è caratterizzato da una sistematica sottorilevazione, dovuta alla tendenza di vittime e maltrattanti a non esternalizzare le situazioni di abuso occorrenti nell'ambito familiare, amicale e comunitario.

Dai dati di letteratura scientifica internazionale, si stima che la prevalenza dei casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al Pronto Soccorso ospedaliero sia compresa tra il 2 e il 10% (Teeuw, 2012). Una recente revisione sistematica di studi statunitensi sull'abuso sessuale del minore stima una prevalenza del problema compresa tra il 7,5 e l'11,5% (con percentuali maggiori tra le ragazze) (Townsend, 2013).

Secondo i dati dell'Injury Database europeo, si può stimare che l'1,8% delle donne accedute in Pronto Soccorso ospedaliero per traumatismi o avvelenamenti lo siano quali vittime di violenza (Eurosafte, 2016).

Una sorveglianza statunitense su un vasto campione di centri di Pronto Soccorso ha osservato che il 38,8% delle donne accedute quali vittime di violenza erano state soggette a intimate partner violence, sottolineando la necessità di un miglioramento della refertazione dei casi di violenza e maltrattamento su donne (Biroscak, 2006). In Italia, tale percentuale potrebbe aggirarsi sul 14% (Romito, 2009).

1.1

LA VIOLENZA VERSO SOGGETTI VULNERABILI: IMPATTO SANITARIO E DETERMINANTI SOCIO-DEMOGRAFICI

RAZIONALE E OBIETTIVI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Il problema delle violenze interpersonali, soprattutto se di origine familiare e a carico di soggetti più deboli e vulnerabili (donne, bambini, anziani) rimane poco conosciuto nelle sue reali dimensioni, essendo l'identificazione dei casi di violenze rivolte verso tali soggetti per sua natura complessa e sottostimata. L'alta sottonotifica caratteristica dei gruppi di popolazione vulnerabili rende difficoltosa una stima del reale *burden of disease* associato a episodi di violenza domestica o da intimate partner (WHO 2002).

Secondo i dati OMS, il 25,4% delle donne dell'Unione Europea ha subito una violenza fisica e/o sessuale dal partner o da altro uomo (WHO, 2013a). Secondo l'indagine multiscopo Istat sulla violenza contro le donne condotta nel 2014, il 31,5% delle donne italiane di 16-70 anni ha dichiarato di aver subito violenze fisiche o sessuali almeno una volta negli ultimi cinque anni (Istat, 2015). Le grandi aree metropolitane sono quelle a maggior prevalenza del problema. Le conseguenze sullo stato di salute delle vittime assumono diversi livelli di gravità, andando da condizioni di morbidità fisica (conseguenti a trauma, ustione, avvelenamento, intossicazione) e psicologica (con problemi che includono il *Post Traumatic Stress Disorder*) a esiti fatali (ad es. femminicidio o interruzione di gravidanza) (Campbell, 2002). Data la cospicua percentuale di sottonotifica, le conseguenze fisiche e psicologiche derivanti da tali eventi sono difficilmente quantificabili (Dillon, 2013).

Secondo le indicazioni dell'OMS, "The health sector must expand its role in violence prevention, increase services for victims and improve the collection of data on violence" (WHO, 2014). I metodi di natura epidemiologica possono dare un contributo utile alla prevenzione della violenza su soggetti vulnerabili, favorendo la definizione di sistemi precoci di riconoscimento delle situazioni a maggior rischio, che ne permettano una presa in carico da parte del sistema di sicurezza e di protezione sociale.

Gli obiettivi perseguiti dalle unità operative partecipanti al tavolo epidemiologico del progetto CCM REVAMP¹ fanno riferimento all'obiettivo specifico 4: "I determinanti socio-culturali della violenza sulla donna e sul bambino: uso delle informazioni di contesto dai registri analitici di Pronto Soccorso (secondo

1 http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_465_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf

scheda europea IDB di rilevazione violenze²) e dai protocolli di riconoscimento; valutazione dell'incidenza e identificazione dei gruppi di popolazione ad alto rischio". Tali obiettivi possono essere così sintetizzati:

- dimensionare il problema degli accessi a setting sanitari e della mortalità da violenze nelle fasce vulnerabili di popolazione;
- validare criteri sufficientemente sensibili di stima e riconoscimento dei casi di violenze domestiche attraverso i flussi informativi sanitari disponibili;
- contribuire alla valutazione dei fattori di rischio individuali e contestuali (figure A-B);
- contribuire alla tipizzazione e stima degli esiti a lunga latenza;
- contribuire alla validazione di un protocollo di screening applicabile in Pronto Soccorso.

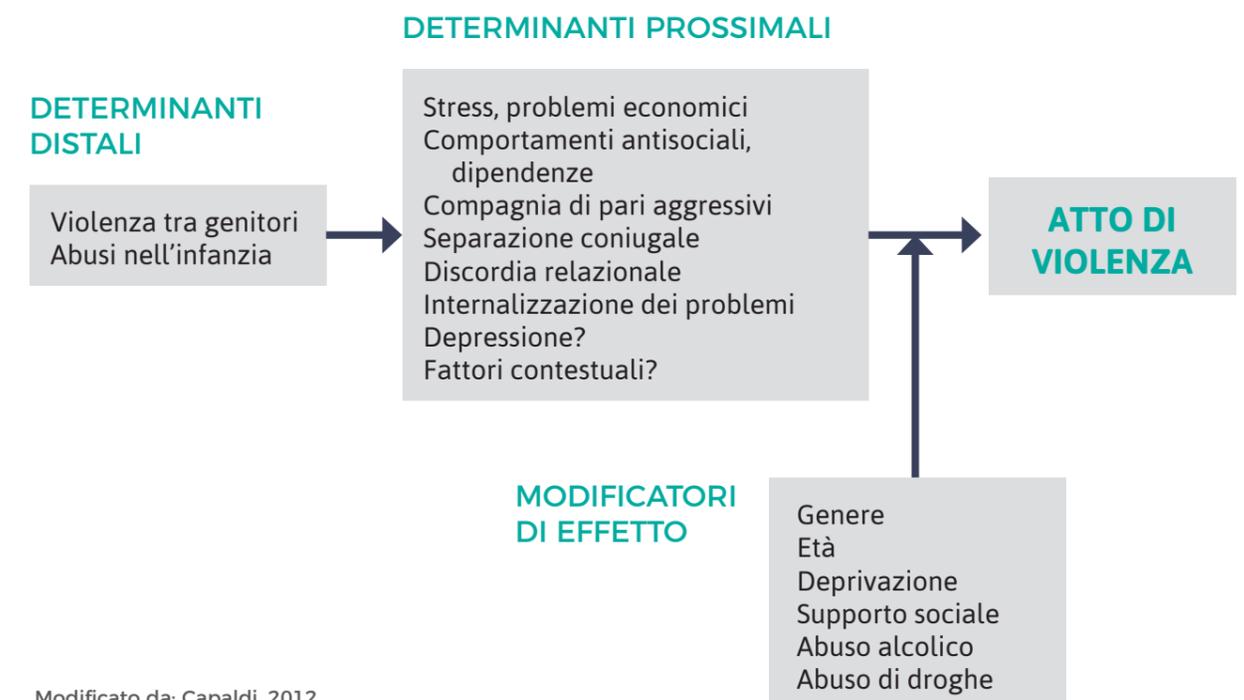
La classificazione delle cause di morte e malattia (*International Classification of Diseases: ICD*), nelle sue successive versioni e modifiche, consente la rilevazione nei registri sanitari di popolazione delle diagnosi di abuso o maltrattamento, delle patologie croniche a esse correlabili e dei traumatismi e avvelenamenti secondari a violenza.

Il tavolo ha potuto fornire supporto, in termini di metodologia epidemiologica, alle attività degli obiettivi 1 e 2 del progetto REVAMP relativi, rispettivamente: 1) alla sorveglianza nei Pronto Soccorso degli eventi violenti secondo gli standard dello *Injury Database* europeo, che consentono di caratterizzare le cause esterne di tali eventi in conformità con le linee guida OMS sulla sorveglianza delle *injuries* (Holder, 2001); 2) alla conduzione di uno studio di follow-up sulle pazienti vittime di violenza domestica o sessuale, per valutarne lo stato di salute psico-fisico, nonché la storia di violenza e rischio di recidiva.

2 https://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb_en

Figura A.

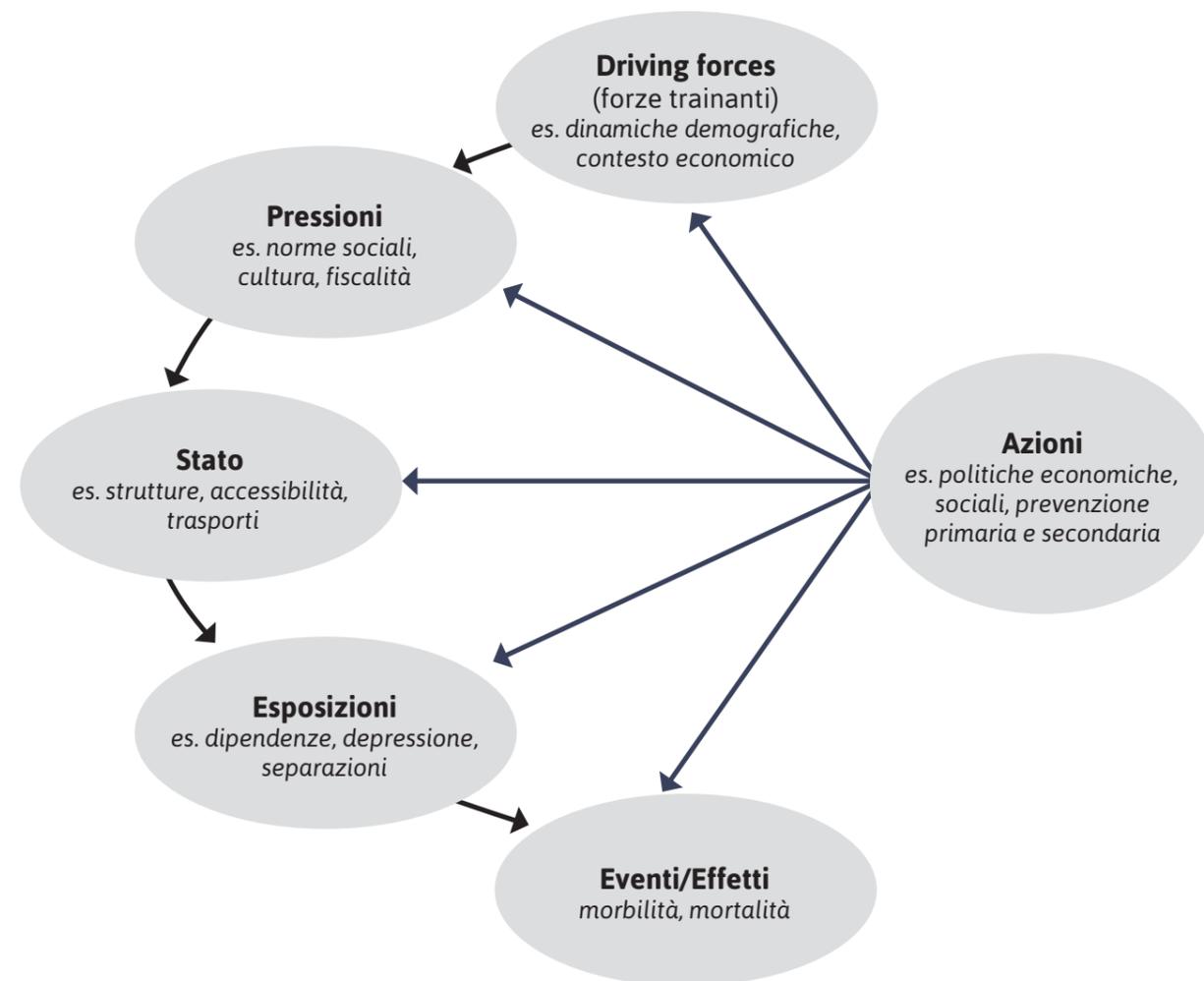
FRAMEWORK CONCETTUALE: FATTORI INDIVIDUALI



Modificato da: Capaldi, 2012

Figura B.

FRAMEWORK CONCETTUALE: FATTORI CONTESTUALI



Briggs D. Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies. WHO, 1999

MATERIALI E METODI

1) Validazione, documentazione e integrazione delle fonti dati utili

Le versioni dell'ICD correntemente impiegate in Italia nei registri sanitari di popolazione in Italia sono la versione ICD-10 per il registro delle cause di morte e la versione ICD-9-CM (modificazione clinica della 9a versione dell'ICD) per il registro delle Schede di Dimissione Ospedaliera, per le prestazioni di Pronto Soccorso e i flussi dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR³).

Riguardo al trauma, l'ICD prevede due tipi di codifica paralleli: da un lato la diagnosi di traumatismo o avvelenamento, dall'altro la descrizione della causa esterna (l'evento violento che ha determinato il trauma). In Italia, oltre alle co-

³ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=emergenza

difiche ICD per la rilevazione delle diagnosi e delle cause esterne, nei registri correnti di mortalità e morbosità vengono adottate delle codifiche semplificate standard a livello nazionale per la rilevazione degli eventi violenti.

Il primo passo necessario per arrivare a produrre un quadro epidemiologico affidabile del problema in esame, è stato quindi studiare le fonti informative disponibili, identificare le variabili utili all'identificazione degli eventi di interesse, valutare l'affidabilità degli indicatori ottenibili.

Dal punto di vista procedurale, tali attività si sono svolte in due step:

- verifica delle codifiche (di diagnosi e altre variabili) utili a identificare decessi e accessi a setting sanitari causati da aggressioni, violenze, abusi, maltrattamenti⁴;
- esame delle fonti dati a livello regionale, con indicazione delle annate disponibili, delle variabili utilizzabili per la stima degli indicatori e della possibile concordanza⁵.

2) Stima dell'incidenza degli eventi di violenza che causano accesso ai servizi sanitari, con valutazione dell'impatto sanitario

Le attività svolte per rispondere agli obiettivi di dimensionamento del problema e del relativo impatto sanitario sono schematizzabili in:

- produzione di indicatori di incidenza del problema, tratti dalle principali fonti correnti di natura sanitaria;
- stratificazione per sottogruppi di popolazione;
- analisi dei trend temporali;
- analisi dei gradienti geografici regionali;
- descrizione dei danni anatomici (per sede e tipologia del danno) derivanti dai traumi da violenze

Le fonti utilizzate:

- schede di morte Istat:
 - identificazione dei casi con causa di morte attribuibile a violenze intenzionali
 - valutare completezza e affidabilità dei codici ICD-9 e ICD-10 relativi a: abusi e maltrattamenti, anamnesi di storia di violenza, relazione vittima-aggressore, dinamiche dell'evento, condizioni di disagio familiare (codici specificati nel documento di cui alla nota 4);
- schede di dimissione ospedaliera (SDO):
 - identificazione dei casi con diagnosi ICD-9 di abuso o maltrattamento, diagnosi ICD-9 di condizioni a rischio, diagnosi ICD-9 causa esterna di anamnesi di storia di violenza, diagnosi ICD-9 causa esterna di relazione vittima-aggressore, diagnosi ICD-9 causa esterna con dinamica dell'evento; variabile specificante "traumatismi e intossicazioni" quando valorizzata come "violenza altrui".
- accessi in Pronto Soccorso (PS):
 - identificazione dei casi con diagnosi ICD-9 di abuso o maltrattamento, diagnosi ICD-9 di condizioni a rischio, diagnosi ICD-9 causa esterna di anamnesi di storia di violenza, diagnosi ICD-9 causa esterna di relazione vittima-aggressore, diagnosi ICD-9 causa esterna con dinamica dell'evento, utilizzo della variabile specificata "in caso di trauma" quando valorizza-

⁴ La disamina di fonti e variabili è illustrata nel documento di lavoro "Sorveglianza della Violenza sulla donna e sul minore: Guida all'utilizzo delle codifiche delle fonti informative correnti di mortalità e morbosità" vers. 1.0 del 15 ottobre 2015.

⁵ Ogni unità operativa partecipante al tavolo epidemiologico ha compilato un modello concordato di scheda inerente la valutazione delle fonti e la qualità degli indicatori, con riferimento al territorio regionale di competenza.

ta come "aggressione".

d) stima dei tassi regionali (e intraregionali) di mortalità, ospedalizzazione, di accesso in PS per violenze.

e) frequenze descrittive per distretto corporeo e natura della lesione. In Piemonte e Toscana si è utilizzata, nell'analisi dei flussi correnti di PS, la classificazione Eurocost, che permette di classificare le lesioni secondo gruppi diagnostici a diversa probabilità di invalidità permanente (Haagsma, 2012).

3) Individuazione delle fasce sociali a maggior rischio

Si sono prodotti indicatori di mortalità e ospedalizzazione considerando diverse dimensioni socio-economiche: livello d'istruzione, stato civile, condizione professionale, tipologia del nucleo familiare, titolo di godimento della casa, livello di deprivazione⁶, cittadinanza. I principali indicatori sono stati prodotti utilizzando i dati sanitari e socio-demografici (di origine censuaria e anagrafica) costituenti l'archivio dello Studio Longitudinale Torinese (SLT) (Costa, 2017).

RISULTATI

Sono illustrati in maggiore dettaglio, per ragioni di spazio, i risultati scaturiti dalla valorizzazione dei flussi informativi sanitari e di mortalità della regione Piemonte, arricchendo la discussione con rimandi agli indicatori prodotti da altre unità operative regionali. Per il rimando a dati nazionali si sono utilizzati indicatori disponibili su siti Istat.

Mortalità per violenze verso soggetti vulnerabili

Se si inquadra nel contesto europeo la mortalità femminile per omicidi, va ricordato come l'Italia presenti un tasso inferiore al valore dei paesi dell'UE (nel 2012: 0,38/100.000 vs 0,84) (HFA Europe, 2016).

In Italia, le codifiche delle cause di morte seguono la classificazione ICD-IX fino al 2002, la classificazione ICD-X dal 2003 in poi. Per tale motivo, l'analisi della mortalità in Piemonte si è scorporata in due periodi di analisi, ognuno di dodici anni, a loro volta scorporati in quadrienni, per meglio valutare i trend (figure 1.1).

La mortalità per omicidi è caratterizzata da ampie fluttuazioni, legate al basso numero di eventi. Tuttavia, possono essere sottolineati alcuni risultati meritevoli di attenzione. Ad esempio, mentre negli uomini il trend di mortalità da omicidi appare in costante discesa da oltre vent'anni, passando da 1,14 nel 1991-1994 a 0,79 nel 2001-2014, il trend temporale di mortalità per violenze

⁶ L'indice di deprivazione intende misurare "la proporzione di nuclei familiari che presentano una combinazione di caratteristiche atte ad indicare un basso tenore di vita, un alto fabbisogno di servizi oppure una compresenza di entrambi fattori" (Bartley and Blane, 1994). L'indice utilizzato in questo studio è un indicatore composito, costituito dalla somma delle percentuali standardizzate di persone disoccupate, con bassa istruzione, con abitazione in affitto, senza bagno, di famiglie composte da un genitore solo con figli a carico e dell'indice di affollamento, calcolate all'interno delle diverse sezioni di censimento della città di Torino. L'indice costruito come variabile continua è categorizzato sulla base dei percentili di popolazione residente.

su donne di età 15-69 anni in Piemonte rimane tendenzialmente stabile: era 0,73/100.000 nel 1991-1994, è 0,65 nel 2011-2014. Situazione analoga in Toscana, dove la mortalità maschile per omicidi è tendenzialmente in calo: è 0,50 nel 2014, era 1,72 nel 2010; quella femminile è in lieve, sebbene non significativo, aumento: è 0,67 nel 2014, era 0,52 nel 2010 (figura 1.4). I trend indagati regionalmente riflettono quello dei tassi nazionali di omicidi: per i maschi nel 2014 è di 0,8, era 1,3 nel 2005; per le femmine abbiamo 0,3 nel 2014 e 0,4 nel 2005⁷. Va posto l'accento sui picchi di mortalità per età: in Piemonte tra le donne si ha nelle fasce 20-29 anni e 60-69; negli uomini, nella fascia 30-39 anni. In Toscana, il picco tra le donne si ha a 45-49 anni, tra gli uomini a 30-34. A livello nazionale, il picco tra le donne si ha nelle fasce 45-49 e 75-79 anni; tra gli uomini nella fascia 40-45.

Si può rilevare una rilevante diminuzione della mortalità per violenze nella fascia di età pediatrica: in Piemonte passa da 0,33 nel 1991-1994 a meno di 0,1 nel 2011-2014, con una marcata riduzione della mortalità tra i maschi e un lieve aumento tra le femmine. Trattandosi di eventi rari, non si possono evidenziare differenze temporali significative.

Riguardo alle fasce di popolazione di età superiore a settanta anni (di entrambi i sessi) si rileva un incremento importante della mortalità, passata da un tasso di 0,96/100.000 nel 1991-1994 ad un tasso di 0,67 nel 2011-2014, senza significative differenze tra i due generi.

La distribuzione territoriale della mortalità in Piemonte pone in evidenza la grande area urbana di Torino nella fascia 15-69 anni, per entrambi i generi. Più sfumato il rischio nella grande area urbana se guardiamo alle morti violente di bambini e anziani.

Va ricordato come, a livello nazionale, la mortalità maschile segua un gradiente nord-sud, mentre quella femminile si distribuisce più omogeneamente.

Non è al momento possibile ottenere stime accurate della proporzione di omicidi compiute da intimate partner, visto l'ancora incompleto utilizzo, nella compilazione delle schede di morte, dei codici ICD di causa esterna indicanti la relazione vittima-aggressore. Secondo stime da review, nei paesi ad alto reddito, la quota di omicidi di donne compiute da intimate partner dovrebbe essere compresa tra il 41 e il 48%, mentre per i maschi dovrebbe aggirarsi intorno al 6% (Stöckl, 2013).

Ospedalizzazione per violenze e abusi in soggetti vulnerabili

Anche per analizzare i tassi di ospedalizzazione, si è preferito per il Piemonte ricorrere a intervalli temporali maggiori delle annualità, al fine di ottenere stime statisticamente più affidabili: in questo caso si è ricorso ai trienni (figura 1.2).

La valutazione dei trend consente di rilevare come l'ospedalizzazione per traumi da violenze riconosciute nelle donne di 15-69 anni, risulti in incremento in Piemonte negli ultimi anni: da 2,2/100.000 abitanti nel 2006-2008 a 2,8 nel 2012-2014. Ascesa che seguiva tuttavia a una riduzione: il tasso era, infatti, di 4,2 nel 2000-2002.

Anche il trend dei tassi maschili ha un andamento analogo, ma con incidenze notevolmente superiori a quelli femminili: sull'intero periodo analizzato, il tasso maschile è 14,4, il femminile 2,9.

In Toscana, si ha invece una riduzione dei trend di ospedalizzazione femminile per violenze, con un tasso che passa da 2,1/100.000 nel 2011 a 1,1 nel 2014 (figura 1.5).

Tra le donne i tassi più alti si riscontrano nelle fasce 20-39 anni e nelle più an-

⁷ <http://dati.istat.it/#> Ultima interrogazione: 18/8/2017

ziane. Negli uomini, nella fascia 18-29 anni.

Nella fascia di età pediatrica, il ridotto numero di eventi non consente valutazioni accurate dei trend temporali, sebbene sembri evidenziarsi una riduzione dei tassi, passati da 3/100.000 nel 2000-2002 a 2 nel 2012-2014. Anche nelle fasce di età pediatriche l'ospedalizzazione è maggiore per i maschi.

In Toscana, il tasso di ospedalizzazione per traumi da violenze in età pediatrica passa da 7,4 nel 2011 a 4,2 nel 2014.

Riguardo agli anziani di età superiore a settanta anni (di entrambi i sessi), si rileva in Piemonte un incremento significativo della ospedalizzazione, passata da un tasso di 2,7/100.000 nel 2003-2005 ad un tasso di 3,4 nel 2012-2014. Trend analoghi in Toscana, dove si passa da 2,9 nel 2011 a 4,9 nel 2014.

La grande area urbana di Torino risulta a particolare rischio, con eccessi sia nelle fasce di età dei giovani e degli adulti che degli anziani, in entrambi i generi. Non sembra esservi invece un gradiente urbano per i ricoveri per violenze su bambini.

Sono chiaramente in aumento in Piemonte i tassi di ospedalizzazione (ordinaria) per abusi, maltrattamenti o condizioni di disagio familiare tra le donne di età 15-59 anni, passati da 1,5/100.000 nel 2000-2002 a 4,8 nel 2012-2014 (figura 1.3). Tra gli uomini di pari età passa da 3,2 a 3,7.

In Toscana, il tasso femminile di ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti passa da 3,6/100.000 nel 2011 a 1,8 nel 2014. Nei maschi, da 1,9 a 0,7 (figura 1.6). In età pediatrica, tale tasso rimane in Piemonte sostanzialmente stabile tra le femmine, in riduzione tra i maschi. In Toscana, scende da 4,2 del 2011 a 2,6 nel 2014.

Negli anziani, il trend temporale rimane in Piemonte tendenzialmente stabile in entrambi i sessi, con una maggiore incidenza del problema tra i maschi. Anche in Toscana il trend è sostanzialmente stabile: 1,3 del 2011 e 1,6 nel 2014.

L'area urbana di Torino presenta i tassi più alti per i ricoveri così codificati in entrambi i generi e in tutte le fasce di età, eccetto che per i ricoveri dei maschi nella fascia 15-69 anni.

Va sempre tenuto presente che la lettura dei dati andrebbe integrata con una valutazione della sensibilità (temporale e spaziale) nella rilevazione e denuncia.

Accessi in Pronto Soccorso per violenze e abusi verso soggetti vulnerabili

In Piemonte vi è un rilevante aumento degli accessi in PS codificati come violenze, con tassi risultanti in ascesa (Figura 1.7), con un picco di 14/10.000 tra i bambini nel 2015, mentre è 4 tra gli anziani, 13 nelle donne giovani e adulte, 12 negli uomini di pari età. Tale trend potrebbe indicare una maggiore sensibilità nelle procedure di riconoscimento, in entrambi i generi e fasce di età, e non necessariamente una recrudescenza del problema.

Naturalmente, va ancora ricordato come la rilevanza del problema nelle fasce deboli di popolazione (donne, bambini, anziani) sia da considerare sottostimata, per la frequente mancata denuncia e riconoscimento dei casi occorsi in ambiente familiare (O'Doherty, 2015): uno studio multicentrico italiano aveva rilevato il 2% di casi di sospetto maltrattamento, con danno osservabile, tra i bambini visitati in PS pediatrico (da 163 a 204 ogni 10.000 bambini) (Palazzi, 2005), mentre uno studio condotto nel Lazio aveva riscontrato una prevalenza di casi di violenza del 1,1% su tutti gli accessi in PS ospedaliero di donne in età fertile (Farchi, 2013).

In Toscana (figura 1.8), il tasso di accessi per violenze nelle donne giovani e adulte è di 28 nel 2015, sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti. Negli uomini di pari età è 42 nel 2015 (era 46 nel 2011). Negli anziani il tasso è 9 nel 2015, lievemente in ascesa, mentre in età pediatrica è 12 nel 2015, stabile

rispetto agli anni precedenti. Sul periodo 2011-2016, il più alto tasso di accesso per violenze tra le donne si ha nella fascia 18-29 anni: 42/10.000 (77 tra gli uomini di pari età).

Rispetto al Piemonte, in Toscana, i tassi sono più alti in tutte le fasce di età (figura 1.9). Probabilmente, più che un'alta incidenza, vi è una maggiore sensibilità nel riconoscimento degli eventi di violenze nei centri di PS di questa regione (Bagattini, 2016).

In Sicilia, la fascia a maggiore incidenza risulta quella dei 30-49 anni, in entrambi i generi (figura 1.10).

È interessante ricordare i dati della Sicilia, con tassi nel 2015 pari a 28/10.000 tra gli uomini e 15 nelle donne (di tutte le età). Va però rilevato come nella regione siciliana il tasso sia leggermente in riduzione rispetto all'anno precedente.

In Piemonte, nella fascia di età pediatrica, gli accessi classificabili come violenze sono per la maggior parte dovuti ad abusi e maltrattamenti; questi codici diagnostici sono prevalenti anche tra le donne anziane, nonché nelle donne giovani e adulte (figura 1.11). Tra i maschi giovani e adulti, gli accessi classificabili come violenze sono principalmente codificati come aggressioni.

Nel Lazio, gli accessi per violenze sono nella grande maggioranza dei casi codificati come traumi da violenze (figura 1.12), con tassi di accesso che arrivano a 339/10.000 nei maschi di 15-29 anni; anche nel sesso femminile, il tasso di accesso più alto si riscontra nella stessa fascia di età (174/10.000). Gli accessi codificati come abusi e maltrattamenti sono naturalmente di entità molto inferiore, e presentano i tassi più alti nella fascia 15-29 anni femminile (6,8/10.000). In Piemonte, gli accessi per violenze rappresentano lo 0,27% del totale di accessi in PS di donne, percentuale analoga a quanto si osserva tra gli uomini (0,26%). In Toscana, tali percentuali sono del 2% tra le donne, del 2,5% tra gli uomini, dello 0,3 tra gli anziani, dello 0,6 nella fascia 0-14 anni.

In Sicilia, tali percentuali sono di 1,1 tra gli uomini e 0,7 tra le donne.

Rispetto all'intera regione, i residenti a Torino hanno più alti tassi di accesso in PS per violenze (tasso medio annuo di 12/10.000 nel triennio 2011-2013 vs. 7/10.000 in Piemonte), con una proporzione di codici di gravità elevati (codici gialli, rossi e neri) leggermente superiore (10,9% vs. il 9,0% regionale).

Sedi corporee, tipologie di traumi da violenze e patologie concomitanti

Per classificare la sede e tipologia di trauma in base alle diagnosi degli accessi in PS per violenze di Piemonte nel periodo 2011-2015, si sono utilizzati i raggruppamenti Eurocost (Haagsma, 2012) (tabella 1.1).

Si rileva la percentuale del 5% costituita da traumi cerebrali nei maschi di età 15-69 anni, mentre nelle donne di pari età è del 4,5%. Negli anziani si hanno valori del 5,8% e 3,4% rispettivamente in maschi e femmine.

I traumi della testa nel loro insieme sono più frequenti tra i maschi giovani e adulti (30%), meno tra le donne di pari età (15%), mentre nella fascia di età pediatrica e nei pazienti più anziani si arriva al 22%.

Distorsioni e colpi di frusta alla colonna cervicale rappresentano il 13% dei traumi da violenze in donne giovani e adulte.

Distorsioni e fratture agli arti superiori e agli arti inferiori rappresentano rispettivamente il 13% e il 7% dei traumi da violenze nelle donne ultrasettantenni del Piemonte.

Le ferite aperte (lesioni più o meno profonde della pelle) rappresentano oltre il 9% dei traumi in età pediatrica.

Le ferite superficiali (incluse le contusioni) interessano in ogni fascia di età oltre il 40% degli accessi in Piemonte.

Le ustioni rappresentano quasi il 2% dei traumi in età pediatrica.

Circa il 6% degli accessi per violenze in Piemonte di donne giovani e adulte è codificato in diagnosi principale come violenza o abuso sessuale (accertato o presunto). Tale percentuale è 1,5 nella fascia di età pediatrica, 0,5 negli ultrasettantenni. Nei maschi giovani e adulti è dello 0,3%.

Riguardo alle malattie concomitanti, la percentuale di disturbi neurologici, psichici e congeniti nelle donne che accedono in PS per violenze è del 4,5% in Piemonte e del 6,5% in Toscana, mentre in Liguria si arriva al 12% (elaborazioni del 2013).

In Sicilia (elaborazioni sul 2014-2015), i problemi psichici e neurologici interessano il 12% degli accessi per violenze in età pediatrica e di donne giovani e adulte.

È interessante rilevare come in una percentuale non irrilevante di accessi di donne (il 6,7% secondo analisi fatte in Liguria) venga a mancare una diagnosi, a causa dell'allontanamento pre-visita medica o per via dell'abbandono dell'iter diagnostico.

Il ruolo del contesto socio-economico

A Torino, la mortalità per omicidi presenta un evidente gradiente sociale nella fascia di età dei giovani e adulti, più marcato tra i maschi, sia utilizzando una misura di risorse individuali come il livello d'istruzione sia un indicatore composito contestuale come l'indice di deprivazione (figure 1.13). Il gradiente sociale invece, anche a causa delle frequenze ridotte, non emerge analizzando la mortalità di bambini e anziani.

Come per la mortalità, anche nell'ospedalizzazione per traumi da violenze si osserva un gradiente sociale più evidente tra i maschi, con una maggiore frequenza di casi tra i meno istruiti e nei residenti in aree più deprivate (figure 1.14). Anche per questa tipologia di ricoveri (tutti ordinari) non si osserva un gradiente sociale in bambini e anziani.

Livelli crescenti di condizione di deprivazione sociale sono chiaramente associati a crescenti tassi di ricoveri ospedalieri (anche questi tutti ordinari) per abusi e maltrattamenti, sia in età pediatrica sia nelle fasce di età adulte e anziane. La cittadinanza è un predittore di violenze nella fascia di età dei giovani e adulti, con tassi maggiori di mortalità e ospedalizzazione per traumi da violenze nei soggetti di cittadinanza estera.

Riguardo il problema degli abusi e maltrattamenti (figure 1.15), sembra esservi una maggiore incidenza in bambini e anziani di famiglie immigrate. È interessante osservare come il tasso di ricovero per abuso o maltrattamento dei maschi italiani sia invece doppio rispetto a quello degli stranieri. Il ridotto numero di eventi non consente tuttavia di stimare differenze statisticamente significative.

Esistono ampie differenze regionali riguardo alla proporzione di immigrati tra le vittime.

In Piemonte, circa il 20% degli accessi in PS per violenze di donne giovani e adulte riguardano cittadine immigrate (percentuale analoga a quella tra gli uomini di pari età); tale percentuale è quasi il 40% nella fascia pediatrica, solo l'1% per gli anziani. In Sicilia, solo il 10% degli accessi per violenze di uomini giovani e adulti interessano cittadini immigrati (il 6,5% nelle donne di pari età); nelle fasce di età pediatrica e anziana gli immigrati rappresentano meno del 3% degli accessi per violenze. In Liguria, la richiesta di cure presso una struttura di PS di donne sottoposte a violenze proviene per il 25% da donne migranti, laddove le migranti rappresentano il 17% degli accessi per incidenti domestici. Mentre la maggioranza delle pazienti italiane ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni, con un picco nella fascia 40-49 anni, le donne migranti sono più giovani,

concentrandosi per quasi due terzi nella fascia 20-39 anni (figura 1.16), dato che riflette probabilmente anche la composizione per età della popolazione immigrata, mediamente più giovane (Fossa, 2015).

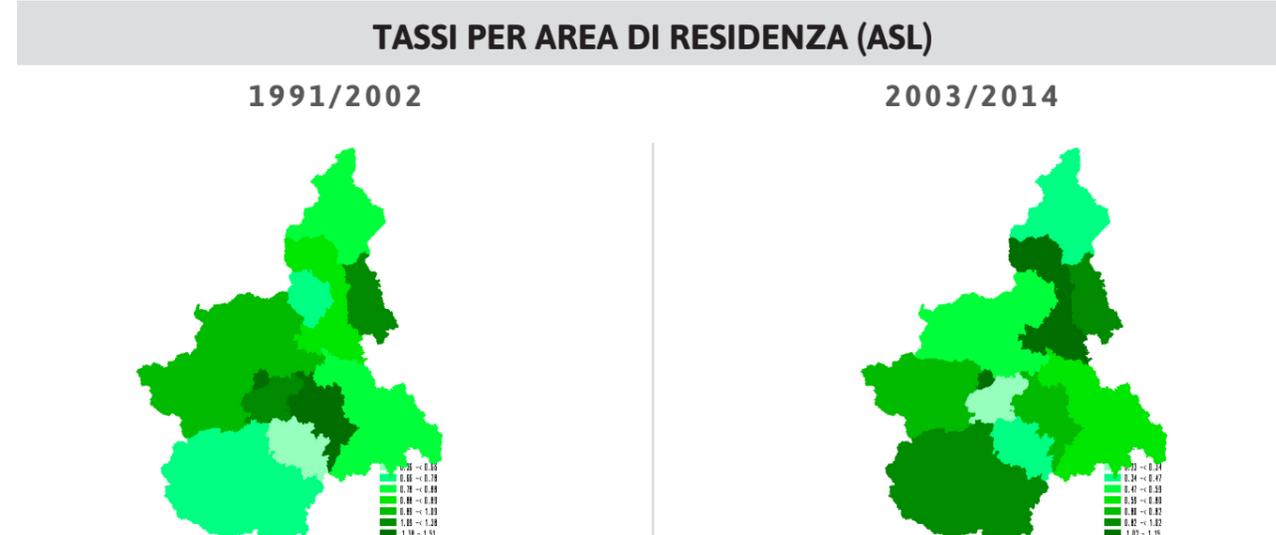
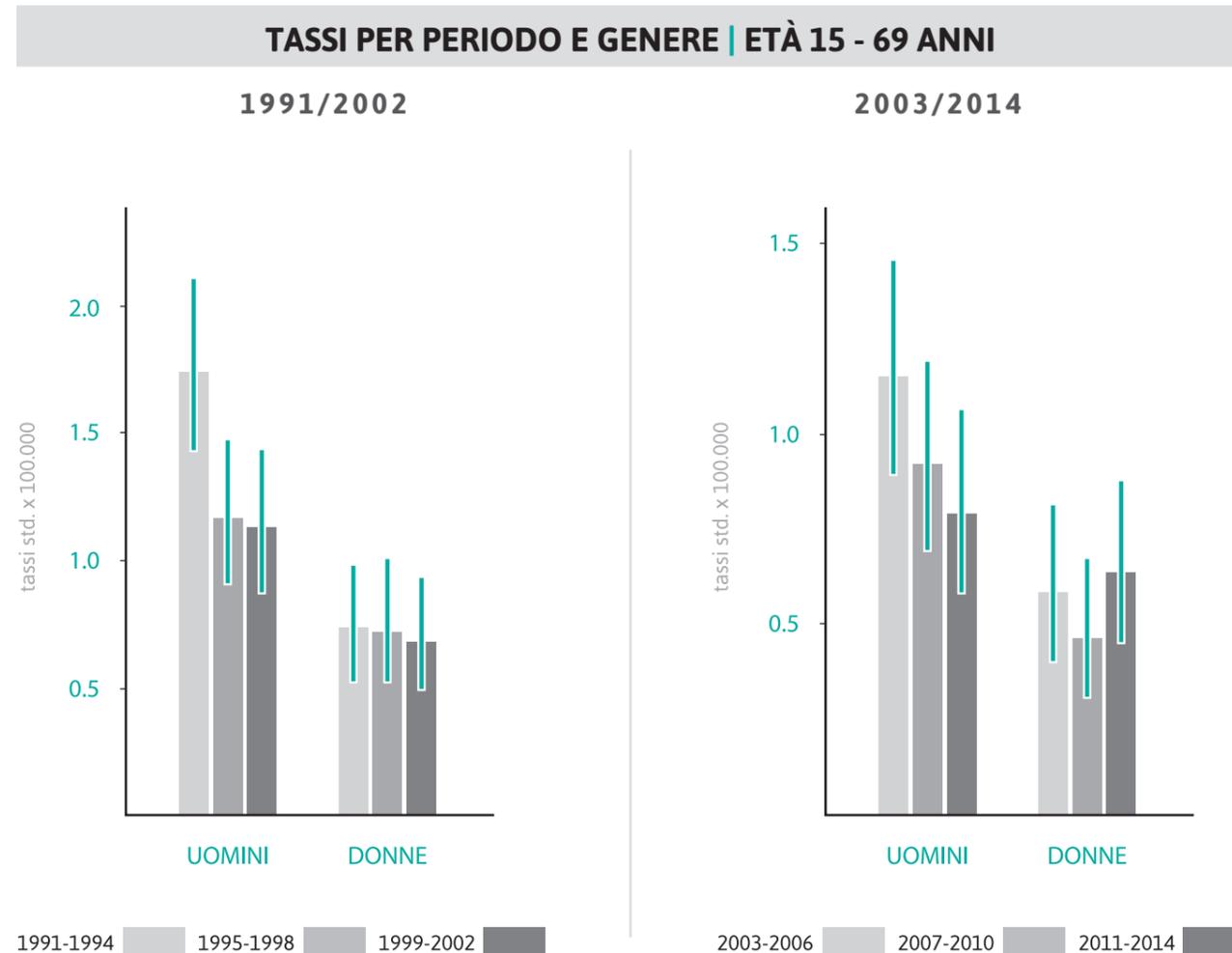
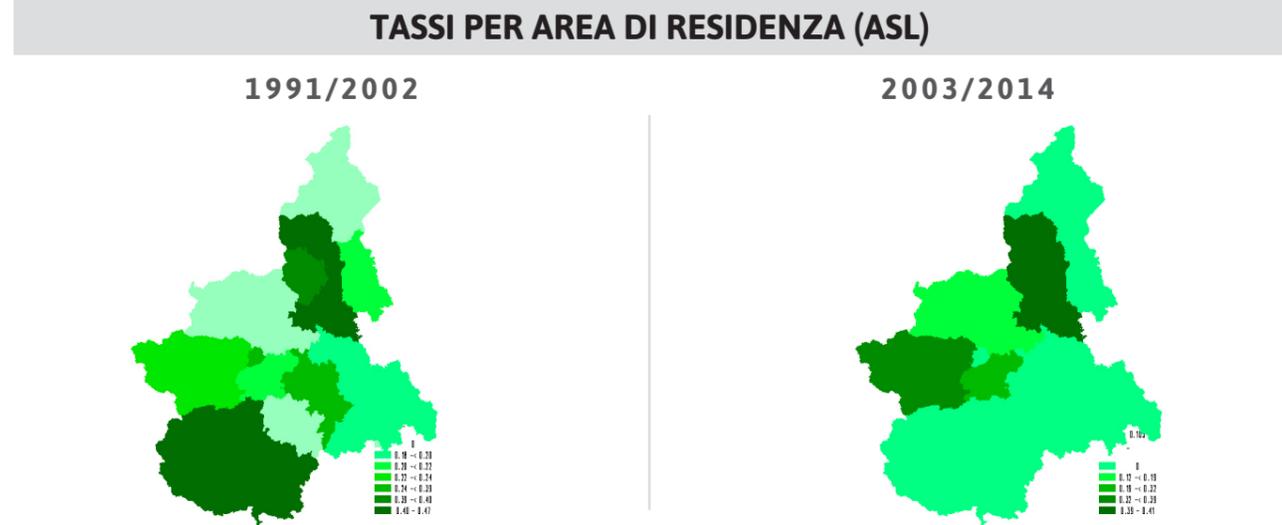
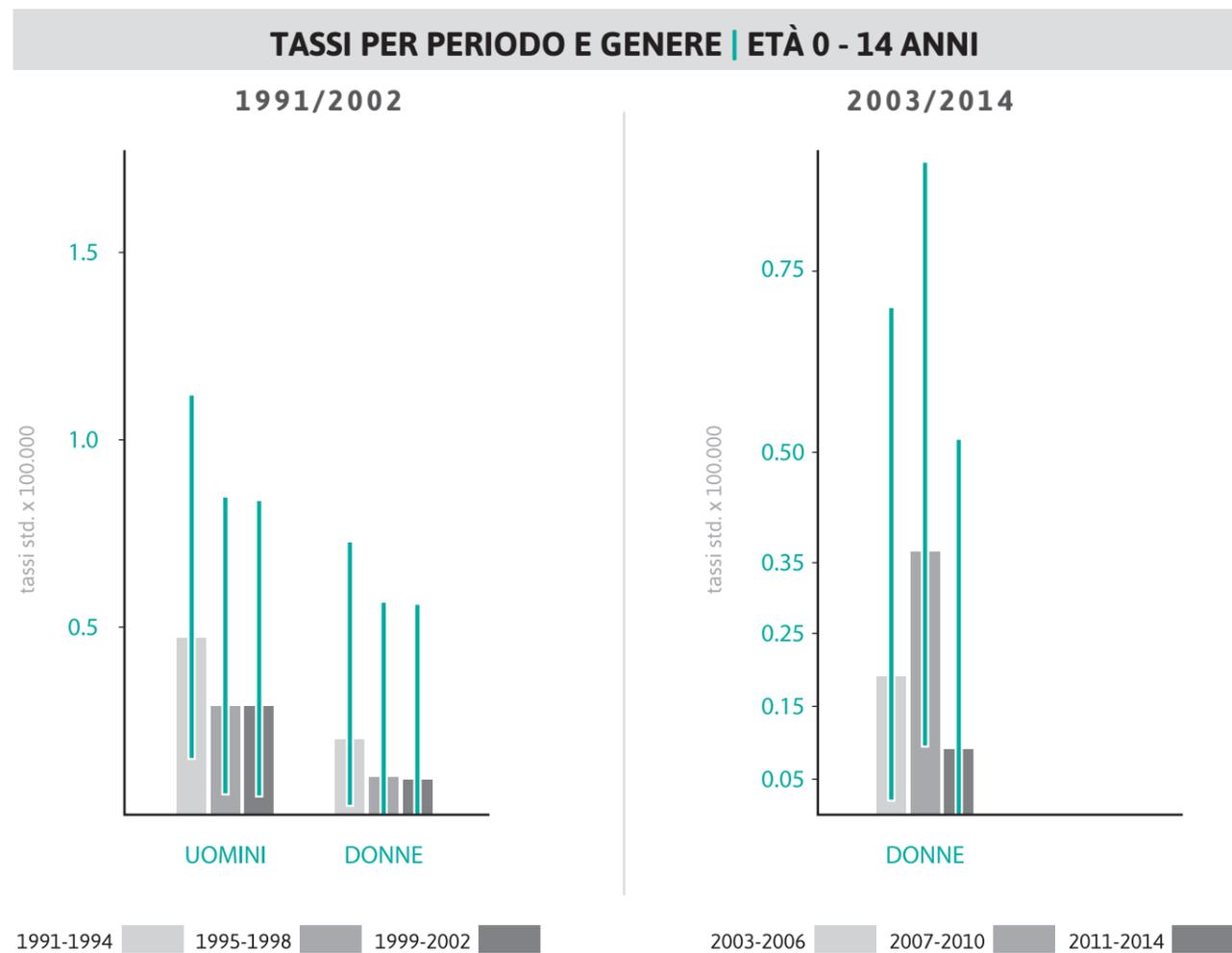
Il gradiente sociale evidenziato per omicidi e ospedalizzazione si osserva anche per gli accessi in PS (tabella 1.2): il basso livello di istruzione, la disoccupazione, le minori risorse economiche si associano ad una maggiore incidenza del problema in entrambi i generi, inclusa l'età anziana. Riguardo lo stato civile delle vittime, risultano a maggior rischio le donne separate, divorziate o nubili; ad alto rischio le donne sole con figli.

In sintesi, a condizioni di maggior fragilità sociale (mancanza di titolo di studio, disoccupazione, condizione di separazione o divorzio, monogenitorialità, non proprietà dell'alloggio) corrispondono sistematicamente più elevati tassi di accessi in PS ospedaliero secondari a violenza.

Figura 1.1

Tassi (per 100.000 abitanti) di mortalità da omicidi, per genere e fasce di età*

Piemonte, 1991-2014 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%
(ICD-IX: E960-E969; ICD-X: X85-Y09)



TASSI PER PERIODO E GENERE | ETÀ ≥ 70 ANNI

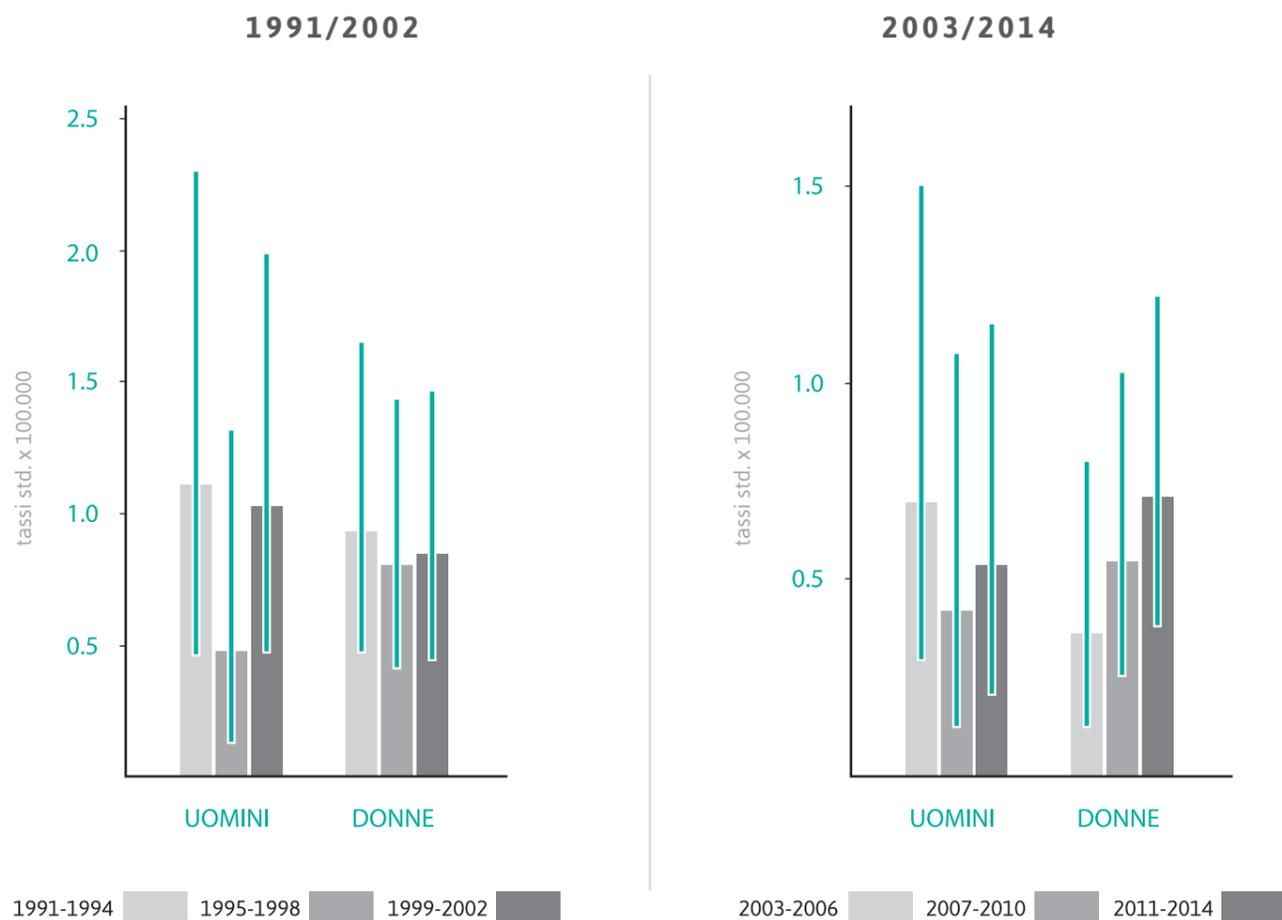
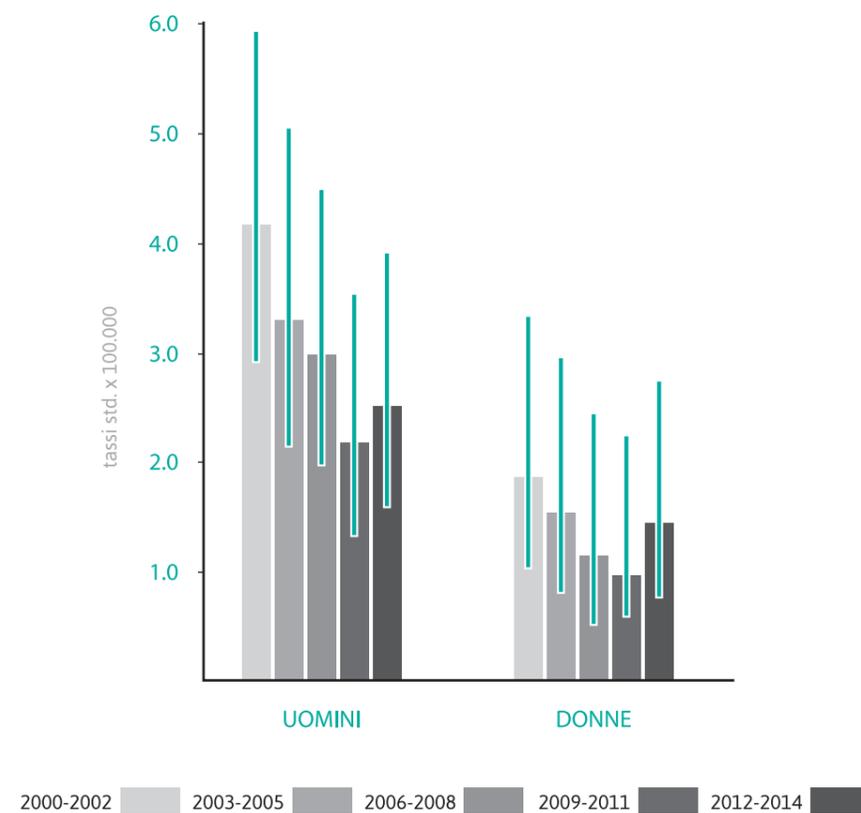
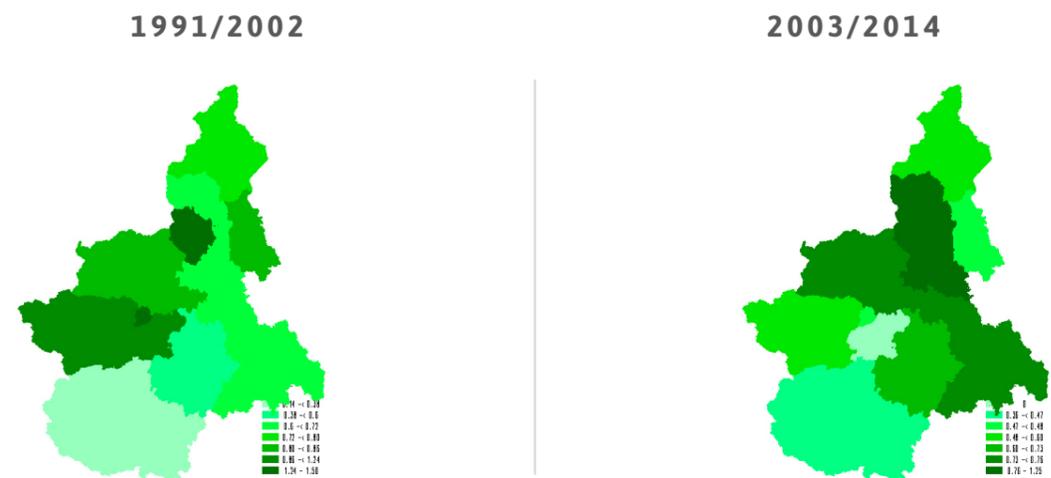


Figura 1.2
Tassi (per 100.000 abitanti) di ospedalizzazione ordinaria per violenze, per genere e fasce di età*
Piemonte, 2000-2014 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%
 (ICD-IX: 800-977; causa: violenza altrui)

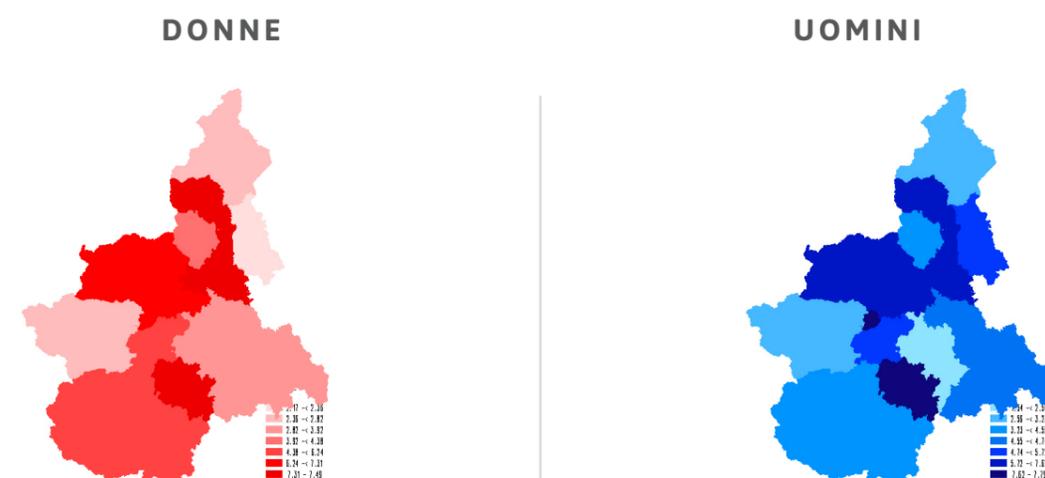
Tassi per periodo e genere | Età 0 - 14 anni



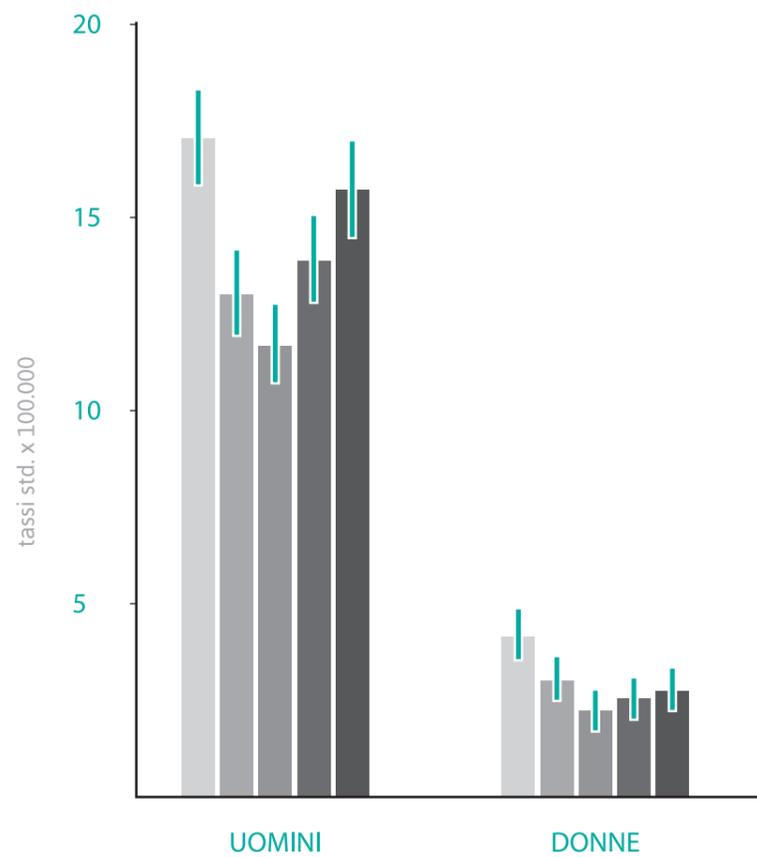
TASSI PER AREA DI RESIDENZA (ASL)



Tassi per area di residenza (ASL)

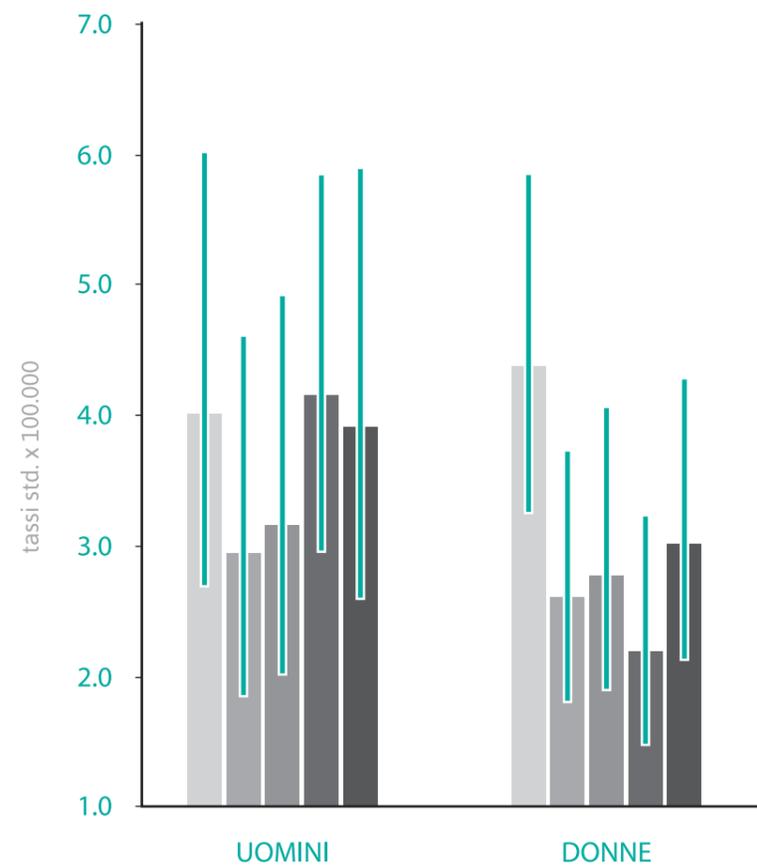


Tassi per periodo e genere | Età 15 - 69 anni



2000-2002 2003-2005 2006-2008 2009-2011 2012-2014

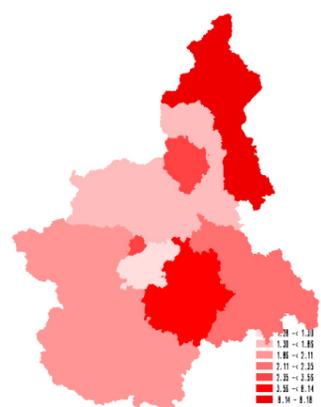
Tassi per periodo e genere | Età ≥ 70 anni



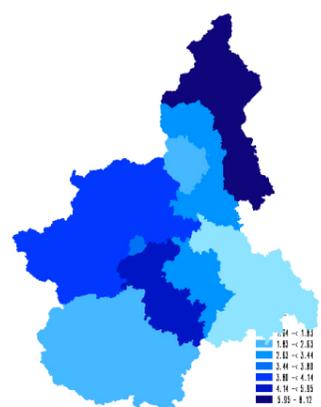
2000-2002 2003-2005 2006-2008 2009-2011 2012-2014

Tassi per area di residenza (ASL)

DONNE

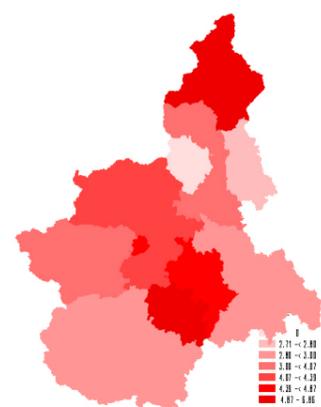


UOMINI



Tassi per area di residenza (ASL)

DONNE



UOMINI

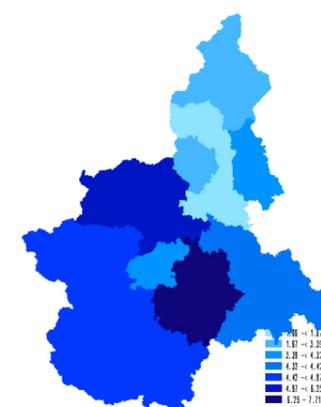
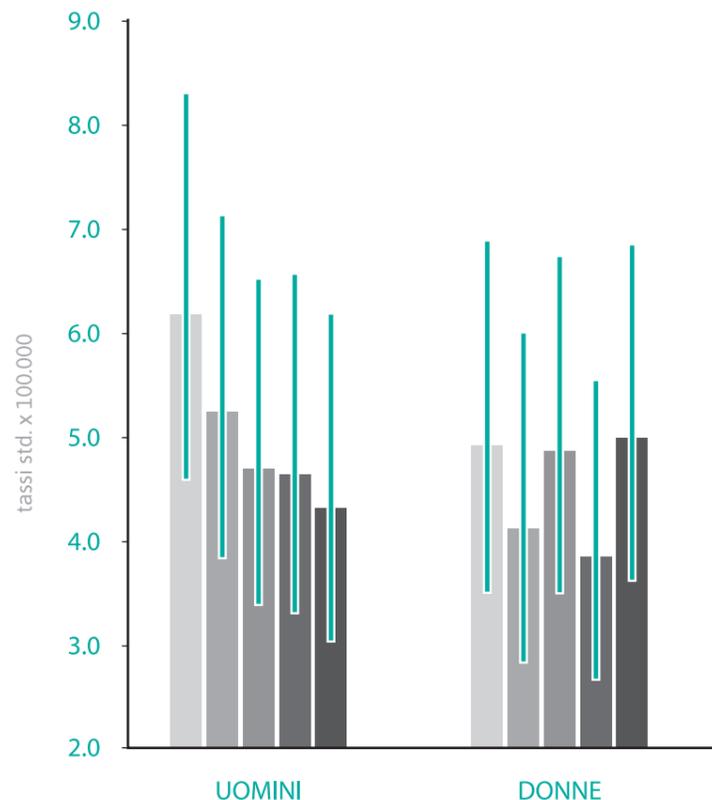


Figura 1.3
Tassi (per 100.000 abitanti) di ospedalizzazione ordinaria per abusi e maltrattamenti, per genere e fasce di età*

Piemonte, 2000-2014 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%

(ICD-IX: 9958, 9955, V154, V155, V611, V612, V715, V716)

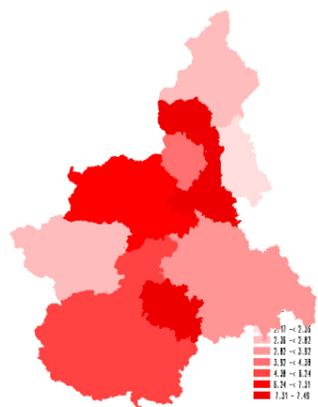
Tassi per periodo e genere | Età 0 - 14 anni



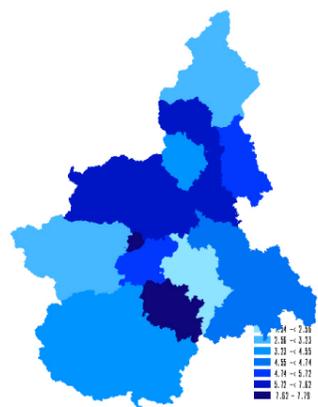
2000-2002 2003-2005 2006-2008 2009-2011 2012-2014

Tassi per area di residenza (ASL)

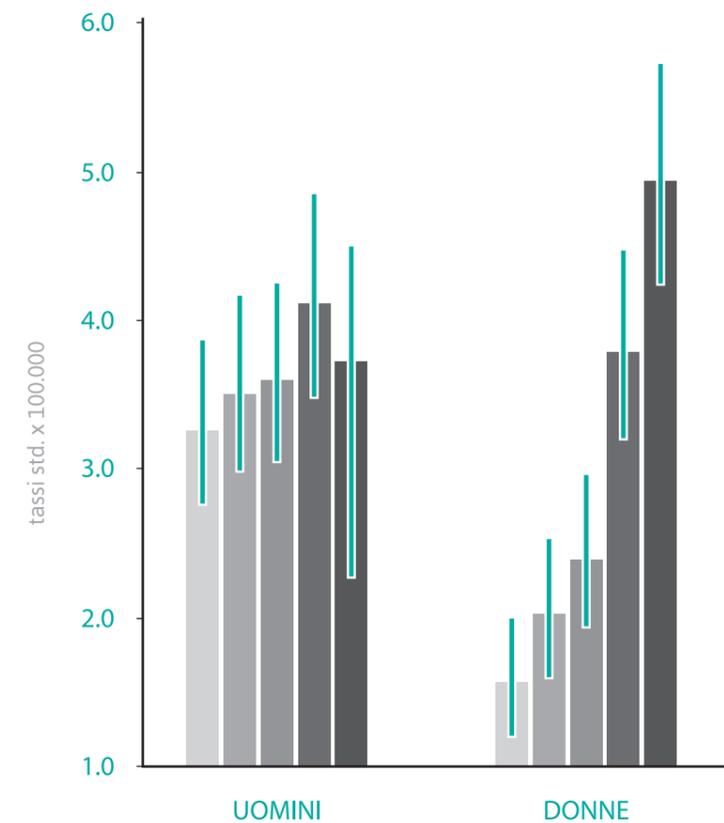
DONNE



UOMINI



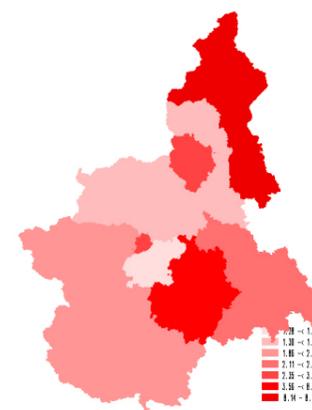
Tassi per periodo e genere | Età 15 - 69 anni



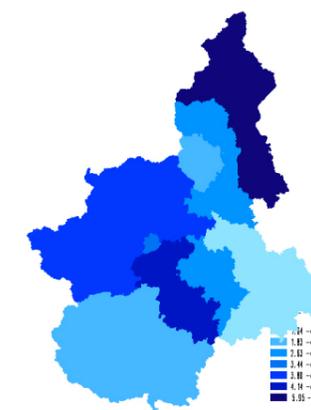
2000-2002 2003-2005 2006-2008 2009-2011 2012-2014

Tassi per area di residenza (ASL)

DONNE



UOMINI



Tassi per periodo e genere | Età ≥ 70 anni

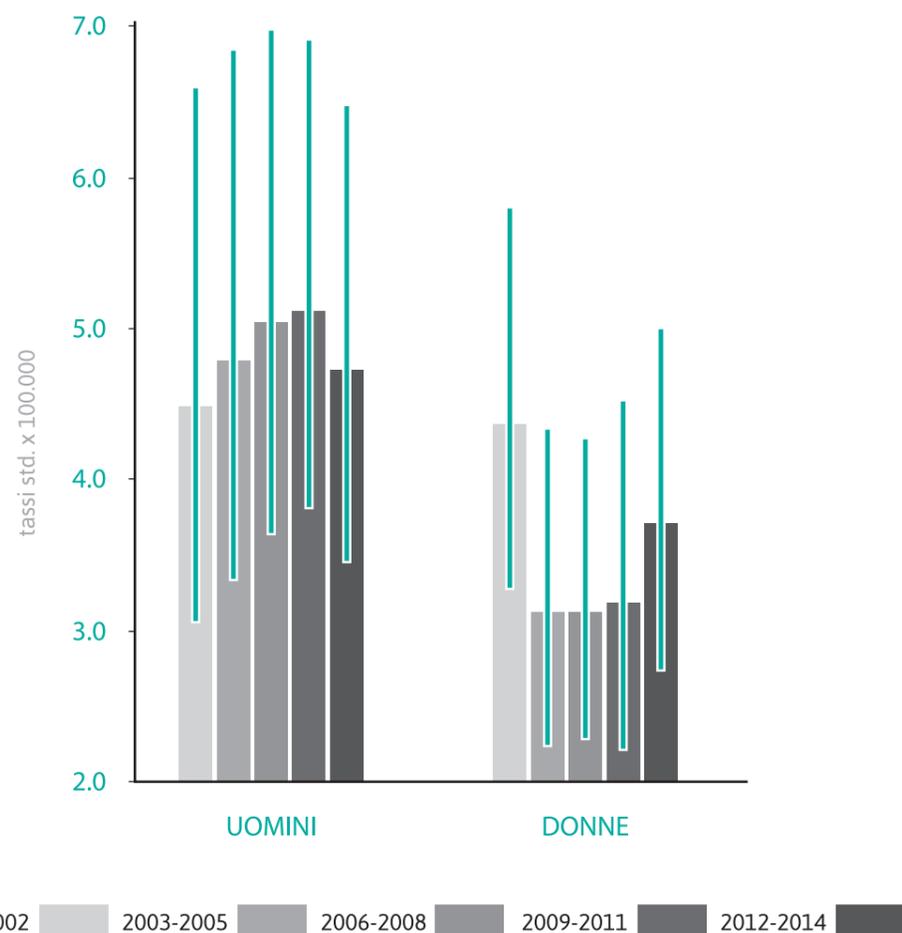
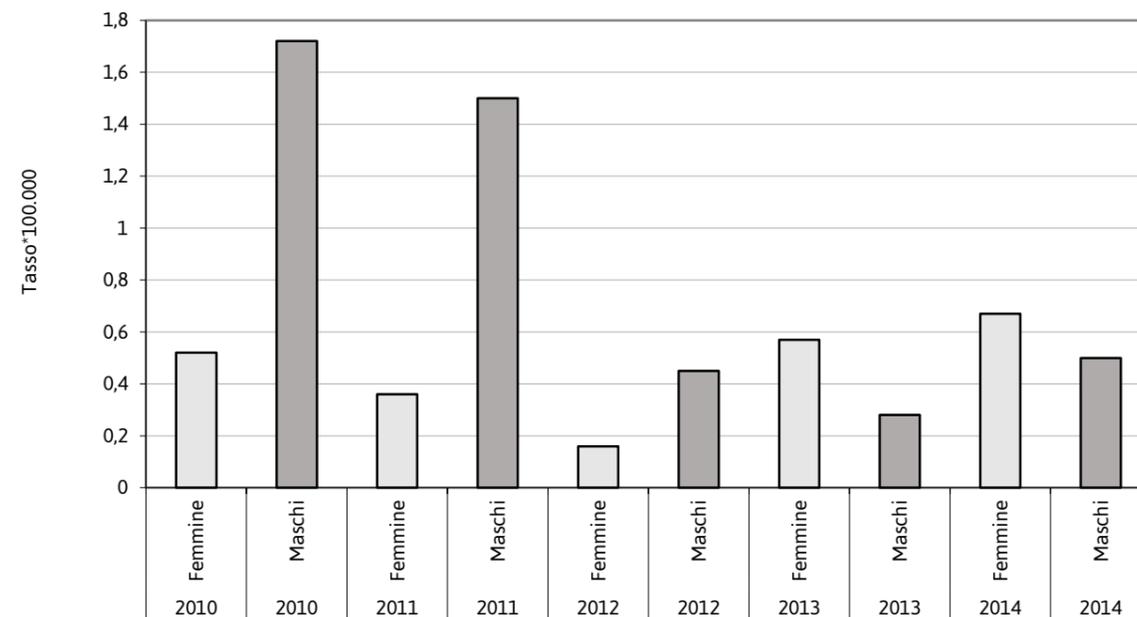


Figura 1.4
Tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per omicidi
Toscana, 2010-2014



Tassi per area di residenza (ASL)

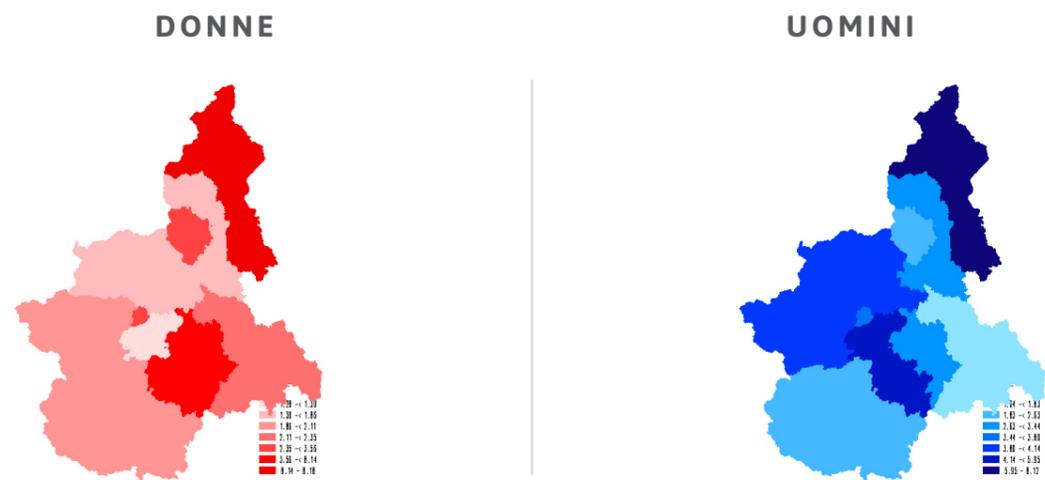


Figura 1.5
Tassi di ospedalizzazione (per 10.000 abitanti) per traumi da violenza, per tipologia di vittima e anno
Toscana, 2011-2016

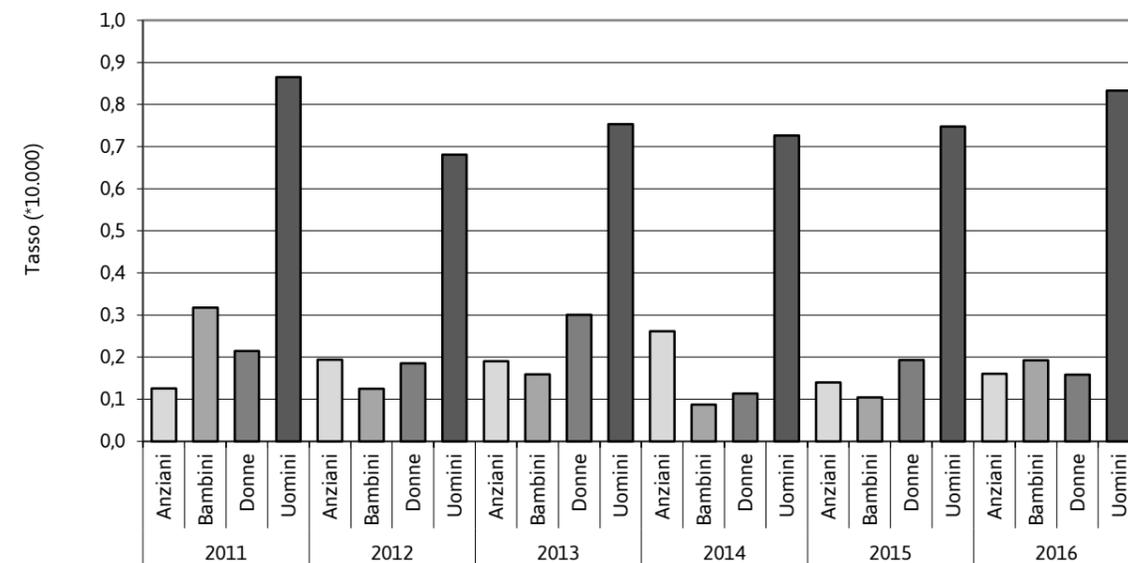


Figura 1.6
Tassi di ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti (per 10.000 abitanti) per anno e tipologia di vittima Toscana, 2011-2016

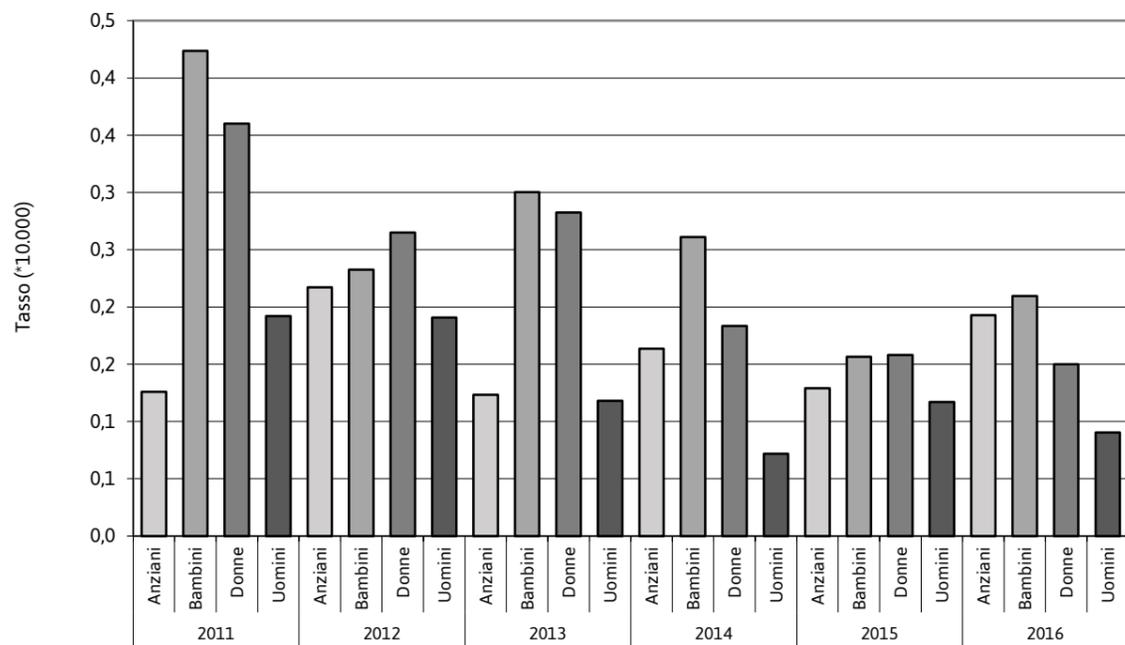


Figura 1.7
Tassi di accessi in Pronto Soccorso da violenze (per 10.000 abitanti) per anno e tipologia di vittima Piemonte, 2011-2015

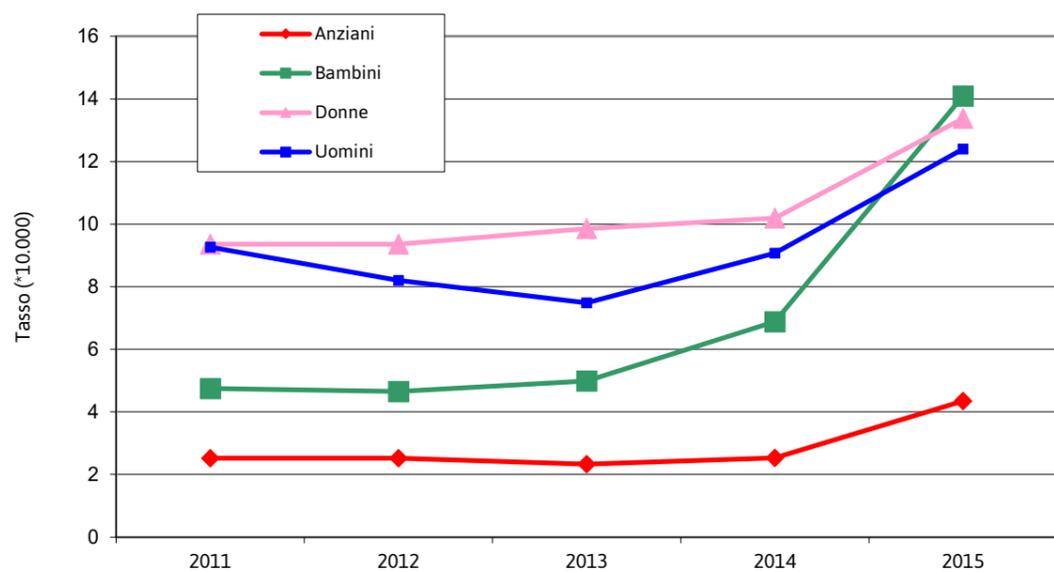


Figura 1.8
Tassi di accessi in Pronto Soccorso da violenze (per 10.000 abitanti) per anno e tipologia di vittima. Toscana, 2011-2016

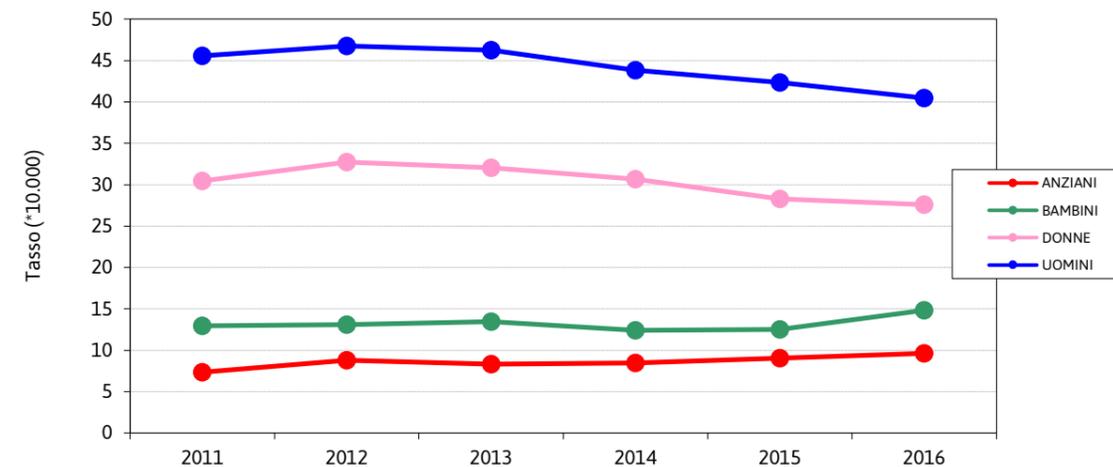


Figura 1.9
Tassi di accessi in Pronto Soccorso da violenze (per 10.000 abitanti) per fasce di età. Toscana, 2011-2016

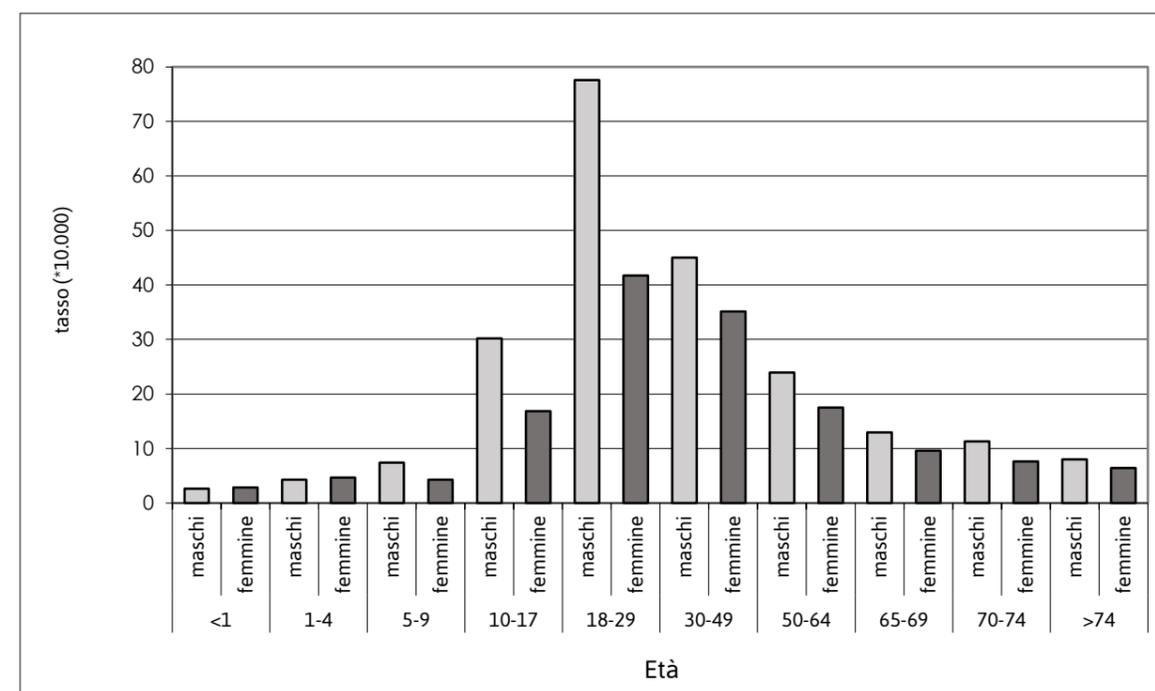


Figura 1.10

Accessi in Pronto Soccorso da violenze per fasce di età (scala logaritmica).
Sicilia, 2014-2015

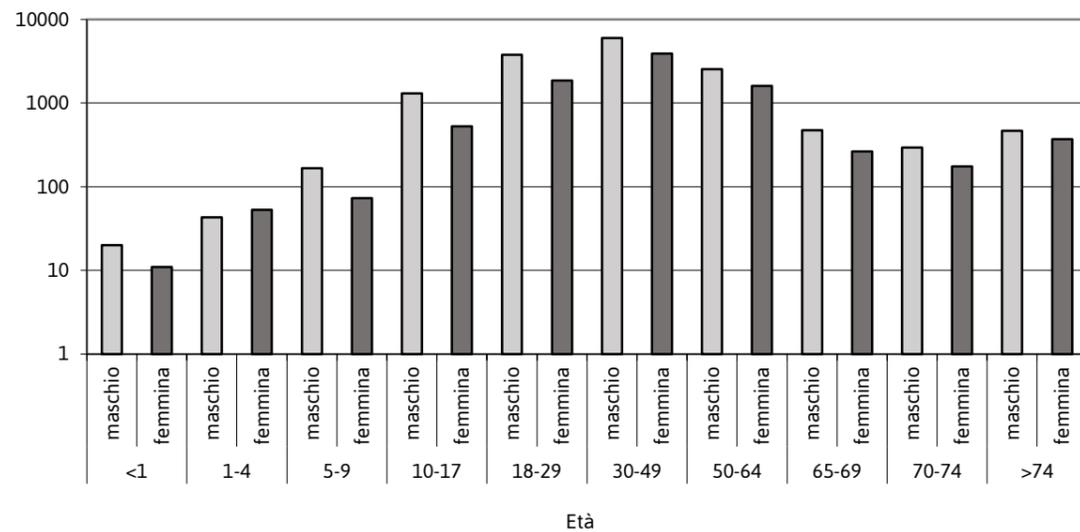


Figura 1.11

Accessi in Pronto Soccorso per violenze. Distribuzione per genere, età e tipologia di codifica.
Piemonte, 2011-2015

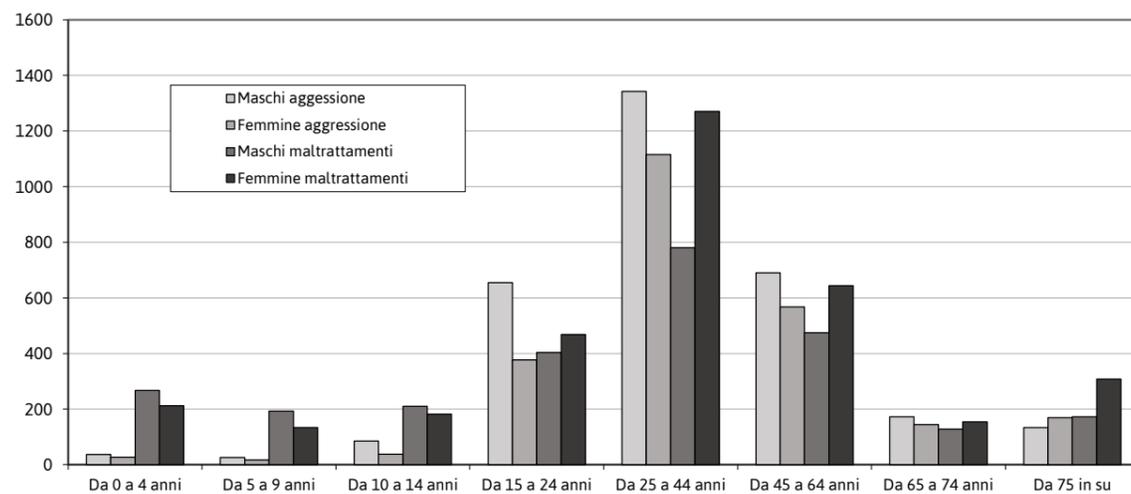
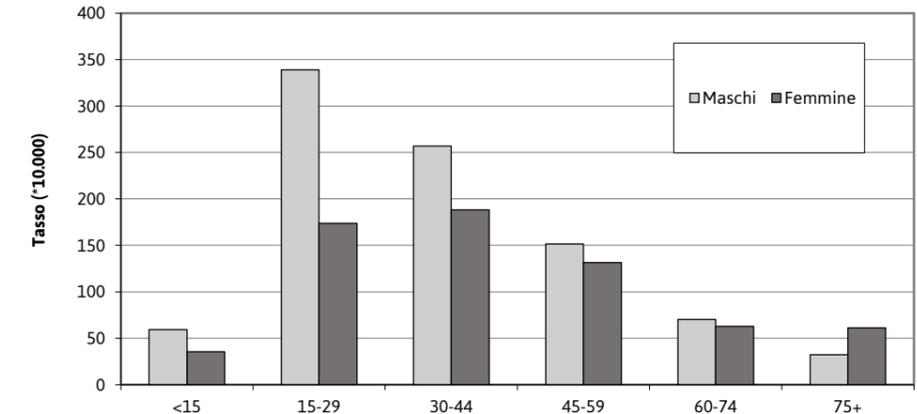


Figura 1.12

Tassi di accesso in Pronto Soccorso per violenze. Distribuzione per genere ed età.
Lazio, 2012-2014

TRAUMI DA VIOLENZE



ABUSI E MALTRATTAMENTI

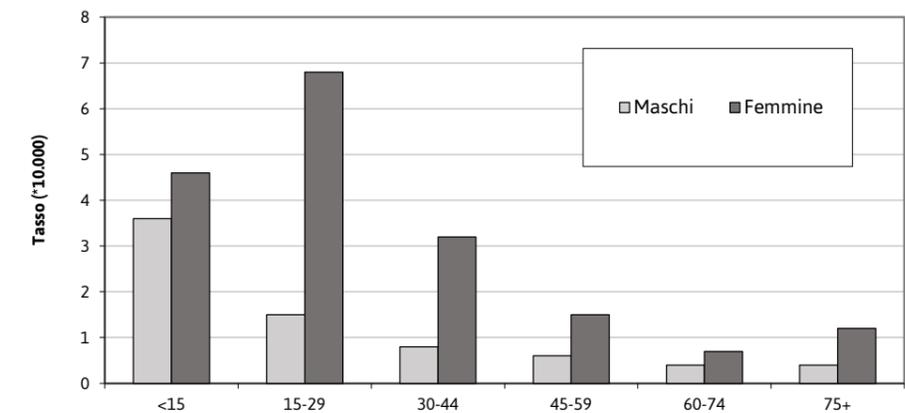


Tabella 1.1

Classi di diagnosi Eurocost. Piemonte, 2011-2015

Diagnosi	%	SESSO					
		M			F		
		0-14 %	15-69 %	≥70 %	0-14 %	15-69 %	≥70 %
1. Trauma cerebrale	4,88	4,72	5,2	3,38	1,79	4,5	5,76
2. Altro trauma cranio-cerebrale	7,71	10,24	8,34	6,76	5,36	6,46	9,35
3. Trauma tissutale testa	1,13	0,79	1,44	2,03	,	0,51	2,16
4. Trauma occhio	0,89	,	1,18	1,35	,	0,45	0,72

5. Frattura ossa faccia	4,33	0,79	6,61	1,35	,	1,24	2,16
6. Ferita aperta faccia	5,5	5,51	7,49	6,08	7,14	2,3	1,44
7. Colonna vertebrale: frattura, dislocazione, distorsione, distrazione	0,7	,	0,52	0,68	,	1,01	1,44
8. Colonna cervicale: colpo di frusta, distorsione, distrazione	8,35	3,15	6,22	4,05	3,57	13,38	2,16
9. Trauma midollo spinale	0,15	,	0,13	,	,	0,22	,
10. Lesione organi interni	1,24	1,57	1,54	0,68	,	0,84	0,72
11. Frattura costole, sterno	1,3	,	1,31	5,41	,	1,07	1,44
12. Frattura clavicola, scapola	0,13	,	0,16	,	,	,	1,44
13. Frattura arto superiore	0,51	1,57	0,56	1,35	,	0,22	1,44
14. Frattura gomito, avambraccio	0,57	2,36	0,46	,	1,79	0,28	5,04
15. Frattura polso (ossa carpali incluse)	0,19	0,79	0,1	,	1,79	0,06	2,88
16. Frattura mano, dita	0,92	0,79	1,08	,	1,79	0,62	2,16
17. Dislocazione, distorsione, distrazione della spalla, gomito	0,64	,	0,56	0,68	,	0,73	2,16
18. Dislocazione, distorsione, distrazione polso, mano, dita	0,87	2,36	0,59	,	3,57	1,24	0,72
20. Trauma complesso dei tessuti molli estremità superiore	0,28	1,57	0,33	,	1,79	0,11	,
21. Frattura pelvi	0,06	,	,	,	,	0,06	1,44
22. Frattura bacino	0,21	0,79	0,03	2,03	,	0,22	1,44
23. Frattura del femore, parte superiore della gamba	0,11	,	0,03	1,35	,	,	2,16
24. Frattura del ginocchio parte inferiore della gamba	0,26	,	0,26	2,03	1,79	0,06	0,72
26. Frattura del piede (esclusa caviglia)	0,32	0,79	0,43	,	,	0,17	,
28. Dislocazione distorsione, distrazione caviglia, piede	1,77	2,36	1,37	0,68	5,36	2,19	4,32
29. Dislocazione, distorsione, distrazione bacino	0,04	,	0,03	0,68	,	,	,
31. Trauma complesso dei tessuti molli estremità inferiore	0,09	,	0,07	,	,	0,11	0,72
32. Trauma superficiale (contusione inclusa)	46,59	45,67	41,67	43,92	51,79	55,65	40,29
33. Ferita aperta	9,4	10,24	11,51	14,19	8,93	5,73	4,32
34. Ustioni	0,47	1,57	0,56	,	1,79	0,22	0,72
37. Corpo estraneo	0,38	2,36	0,23	1,35	1,79	0,34	0,72
Tutte	100	100	100	100	100	100	100

Figura 1.13
Tassi (per 100.000 abitanti) di mortalità da omicidi, per livello di istruzione, livello di deprivazione, cittadinanza*
Torino, 1999-2013 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%
 (ICD-IX: E960-E969; ICD-X: X85-Y09)

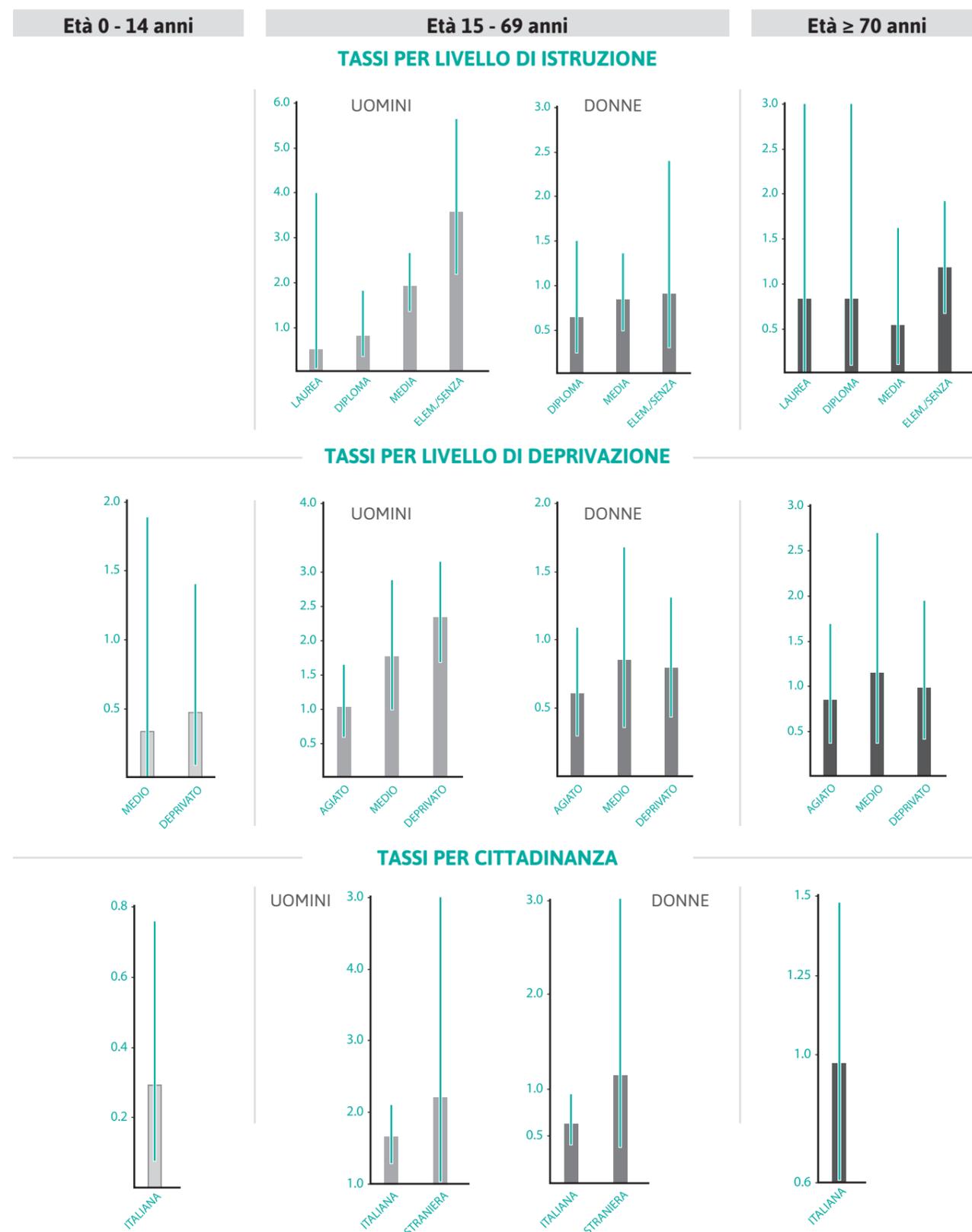


Figura 1.14

Tassi (per 100.000 abitanti) di ospedalizzazione per traumi da violenze, per livello di istruzione, livello di deprivazione, cittadinanza*

Torino, 1999-2013 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%
(ICD-IX: 800-977; CAUSA: VIOLENZA ALTRUI)

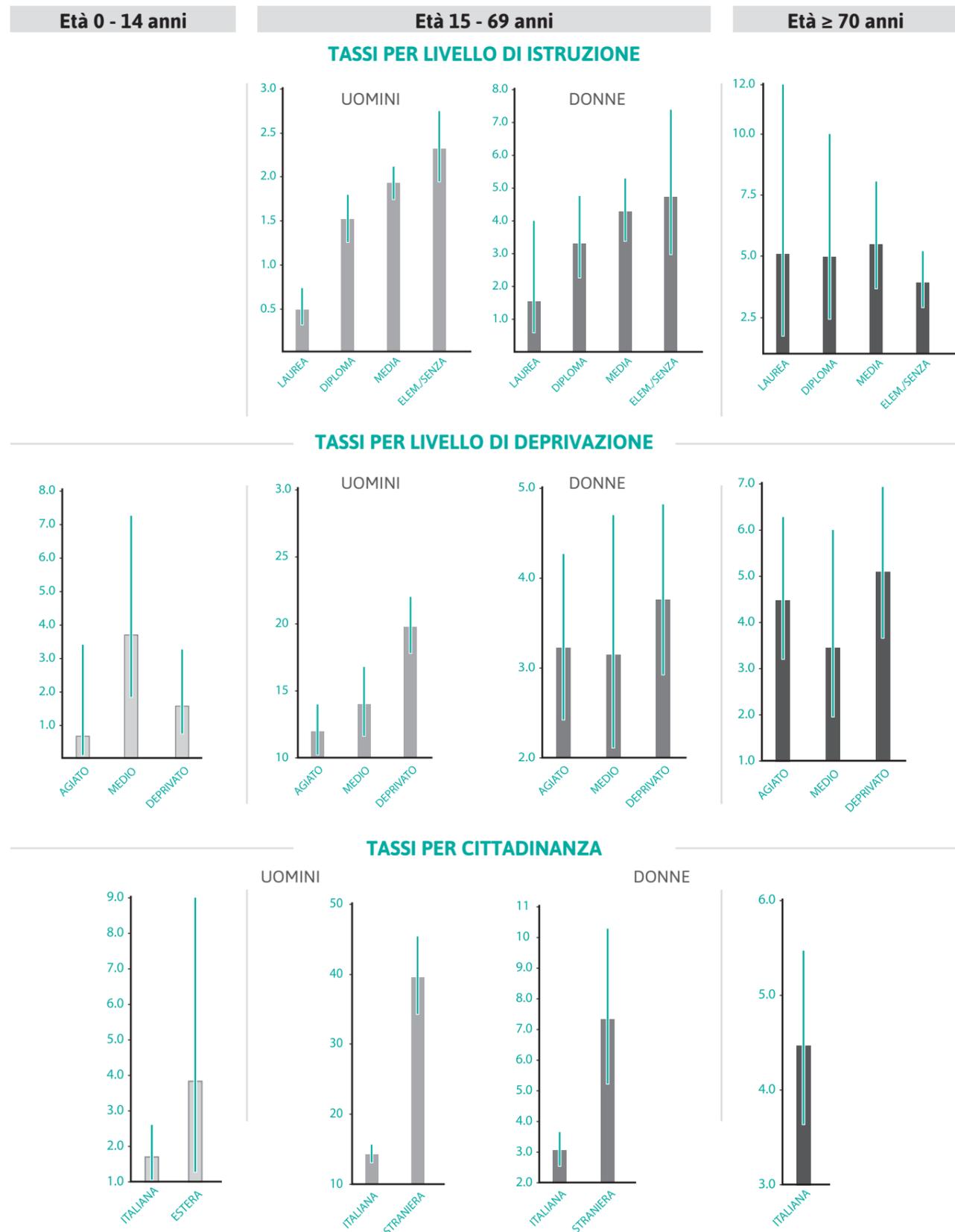


Figura 1.15

Tassi (per 100.000 abitanti) di ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti, per livello di istruzione, livello di deprivazione, cittadinanza*

Torino, 1999-2013 *I segmenti sulle barre in figura indicano gli intervalli di confidenza al 95%
(ICD-IX: 9958,9955,V154,V155,V611,V612,V715,V716)

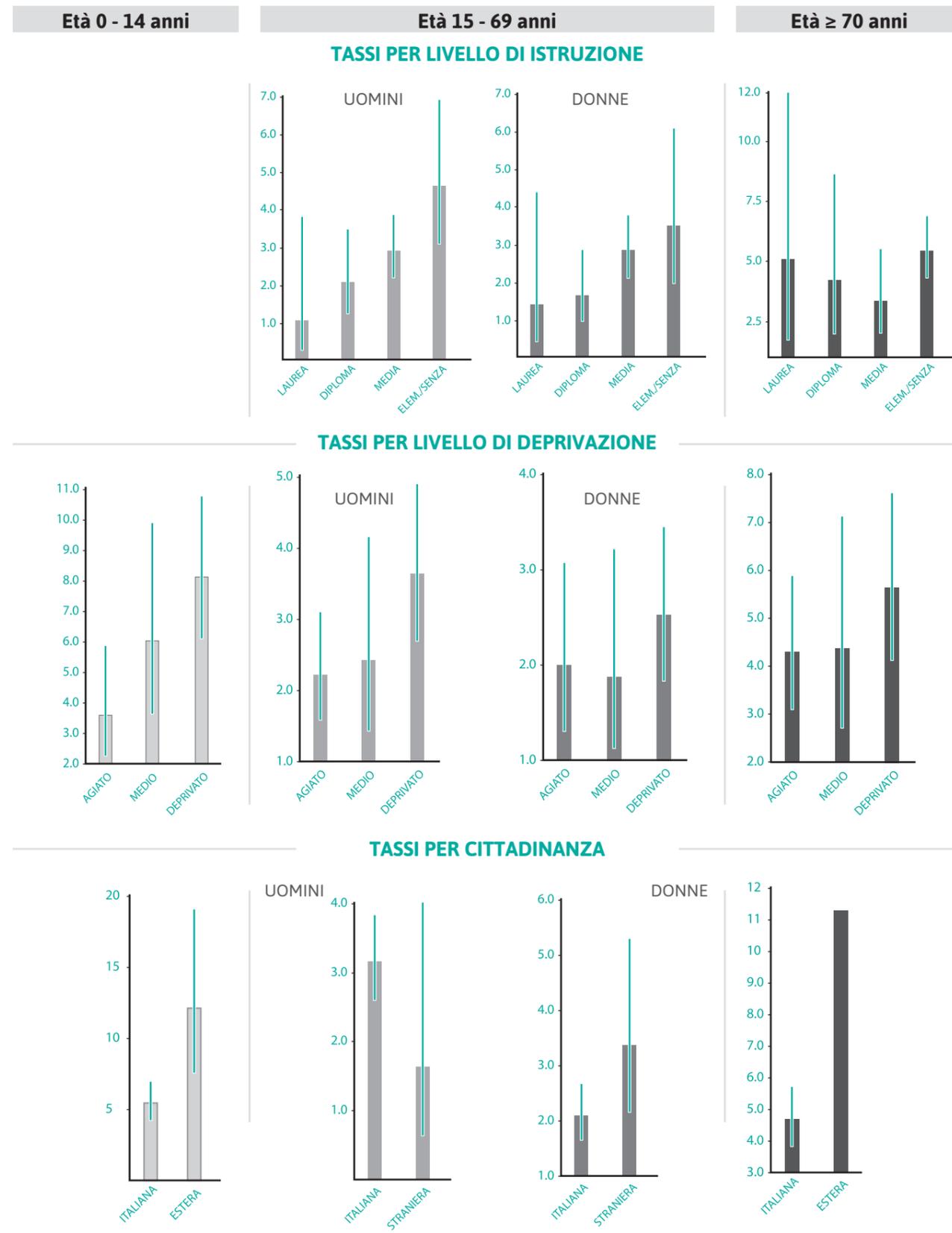


Figura 1.16
Accessi in Pronto Soccorso di donne per violenze: percentuali per fasce di età. Italiane e non italiane
Liguria, 2013

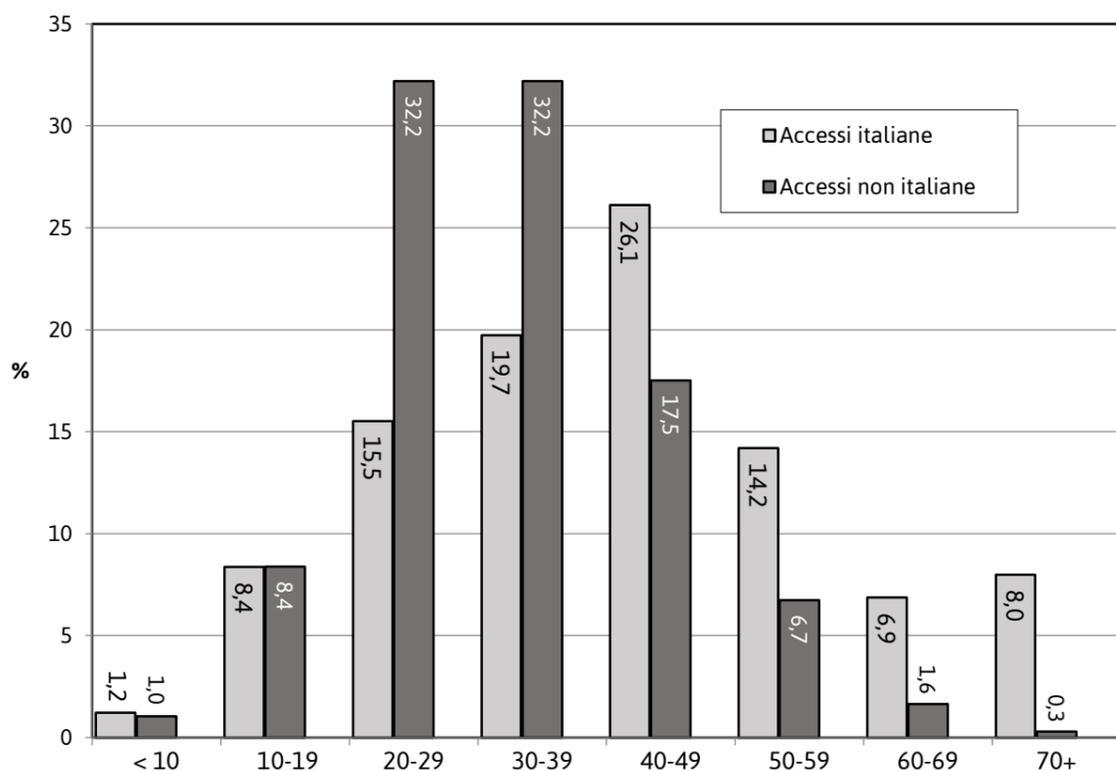


Tabella 1.2
Tassi medi annui (per 10.000 abitanti) di accessi in pronto soccorso da violenze, per istruzione, stato civile, condizione professionale, nucleo familiare, titolo di godimento della casa
 Fonte dei dati socio-economici: Censimento della popolazione 2011.
 Popolazione di età ≥ 25 anni. Piemonte, 2011-2015

Istruzione	Donne	Uomini	Anziani
Laurea	4,56	3,68	1,79
Media superiore	5,68	4,95	2,33
Media inferiore \ Qualifica profess.	8,04	6,36	3,14
Elementare	4,20	6,27	2,39
Senza titolo di studio	12,08	8,36	3,15
Condizione professionale	Donne	Uomini	Anziani
Occupato	5,95	5,10	4,11
Disoccupato\In cerca 1° occupazione	15,59	13,97	20,44
Casalinga	6,74	13,18	2,94
Studente	11,79	11,19	5,33
Ritirato dal lavoro	2,16	2,37	2,45
Altra condizione	11,10	10,78	3,46

Titolo Famiglia Occupazione Alloggio	Donne	Uomini	Anziani
-	6,72	10,93	1,76
Proprietà	4,73	4,50	2,45
Affitto	11,75	8,61	3,71
Altro titolo	6,60	5,58	2,44
Stato civile	Donne	Uomini	Anziani
Celibe/nubile	8,40	7,62	2,50
Coniugato	5,01	4,11	2,61
Vedovo	4,26	6,13	2,31
Separato	12,10	8,04	4,86
Divorziato	9,39	6,65	4,75
Classificazione nucleo - Coppia	Donne	Uomini	Anziani
-	7,14	7,67	2,50
Coppia con figli	6,09	5,05	3,32
Coppia senza figli	4,51	3,83	2,48
Monogenitore padre	7,58	6,88	4,22
Monogenitore madre	10,54	8,53	2,88

1.2 RAZIONALE E OBIETTIVI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

La letteratura indica come le donne vittime di violenze ricorrano ai servizi sanitari più frequentemente delle donne che non subiscono abusi (WHO, 2013b). Tuttavia, solo una piccola quota di esse richiede espressamente aiuto presso le strutture sanitarie o alle forze di polizia. I dati sanitari pertanto sottostimano ampiamente il problema (WHO, 2013a). Oltre alle donne, fasce di popolazioni vulnerabili alle violenze sono i bambini e gli anziani: anche in questi casi si tratta di problemi ampiamente sottostimati (Louwers, 2011; Bond, 2013).

Gli eventi compiuti in ambito familiare o da conoscenti tendono ad essere reiterati, determinando possibili accessi multipli a setting assistenziali. Secondo una review britannica, almeno il 6% dei pazienti afferenti in Pronto Soccorso (PS) ha subito un episodio di violenza domestica nei 6 mesi precedenti (Olive, 2007). Molte donne con un accesso in PS riconosciuto da aggressione sono già state visitate in precedenza in PS per la cura di traumi non codificati come violenze (Farchi, 2013). In Italia, le donne vittime di femminicidio hanno avuto, nei due anni precedenti il decesso, una frequenza almeno doppia di accessi in PS rispetto ad un gruppo di controllo rappresentato da donne di pari età e condizione sociale vittime di incidente stradale (Mamo, 2015).

Vi è sufficiente evidenza che procedure di screening applicate in PS incrementino il riconoscimento di donne che hanno subito violenze o abusi (Ahmad, 2017).

Tuttavia, vi è ancora insufficiente evidenza che gli screening incrementino il ricorso alle autorità locali o riducano successivi episodi di violenze, migliorando effettivamente lo stato di salute delle vittime (O'Doherty, 2015).

È ragionevole ipotizzare che storie di accessi ripetuti in PS possano essere studiate al fine di evidenziare possibili casi di violenze non riconosciute, ed essere utilizzate per la definizione di un indice di sospetto utilizzabile per screening (Palazzi, 2005).

I risultati qui presentati, provenienti da un doppio disegno di studio (Piemonte e Toscana da un lato, Roma dall'altro) rappresentano il primo passo verso la definizione di un algoritmo d'identificazione di pattern di accessi in PS per violenze non denunciate, basato sulle caratteristiche socio-demografiche e cliniche del paziente.

ANALISI DEGLI ACCESSI RIPETUTI IN PRONTO SOCCORSO NELLE REGIONI PIEMONTE E TOSCANA

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto nelle regioni Piemonte e Toscana, utilizzando un disegno di tipo caso-controllo.

Il primo step di selezione dei casi è consistito nell'identificazione dei pazienti con un accesso in PS per aggressione/abuso nel periodo 2013-2015.

I database degli accessi in PS di Piemonte e Toscana contengono una variabile che può essere codificata come "aggressione". In Piemonte questa variabile si riferisce al luogo di accadimento e si chiama "luogo di erogazione", mentre in Toscana si riferisce alla dinamica e si chiama "dinamica".

Altro criterio utilizzato per identificare i casi di violenza è stato l'utilizzo dei codici di diagnosi ICD-IX indicanti abusi, maltrattamenti, storie di violenza.

L'ultimo accesso riconosciuto come violenza nel periodo è stato definito "accesso indice" dei casi.

Per la selezione dei controlli, poiché molte patologie potrebbero essere correlate alle violenze (Domenech Del Rio, 2016; Whiting 2016), si è deciso di scegliere una causa traumatica accidentale di accesso. Dovendo escludere gli incidenti domestici, poiché spesso le violenze domestiche sono riconosciute come infortuni domestici, si è deciso di selezionare come controlli i pazienti con accessi dovuti a incidenti stradali, come già fatto in precedenza (Mamo, 2015).

L'ultimo accesso nel periodo codificato come incidente stradale è stato definito "accesso indice" dei controlli.

Sono state quindi considerate tre serie di casi e controlli, corrispondenti alle fasce di popolazione più vulnerabili alle violenze domestiche: donne giovani e adulte (di età 15-69 anni), bambini (età 0-14) e anziani (70 anni e più)

Per ogni soggetto in studio, si sono ricostruiti gli accessi in PS avvenuti nei 24 mesi precedenti l'accesso "indice" (escludendo una finestra temporale di 24 ore dall'accesso indice).

Per la costruzione dei modelli di analisi, si sono considerate le seguenti variabili: sesso, età all'accesso indice, cittadinanza, numero di accessi totali in PS, accessi in PS per violenze, accessi in PS per infortunio domestico, numero di accessi per ogni grande gruppo di diagnosi ICD-9.

Al fine di escludere gli outlier, si sono tolti i soggetti oltre il 99° percentile dei conteggi di accessi. Per ogni gruppo di casi e controlli, si è eseguita una backward logistic regression, al fine di selezionare le variabili predittive di evento più significative, separatamente per Piemonte e Toscana.

Una volta definite le componenti del modello, sono state eseguite regressioni logistiche per la stima degli Odds Ratio.

È stata anche svolta un'analisi congiunta dei dati di Piemonte e Toscana, tramite un'ultima backward logistic regression, a partire dalle variabili ritenute significative nel modello piemontese o in quello toscano.

Risultati

La distribuzione per sesso ed età delle tre serie di casi e controlli è simile tra le due regioni (figura 1.16).

I risultati sembrano confermare il problema dell'underreporting tipico degli accessi per violenze: mentre Piemonte e Toscana hanno una simile frequenza di eventi accidentali stradali, in Toscana il numero di casi riconosciuti come violenze è oltre quattro volte superiore, in tutte le fasce di età e in tutti i tre gruppi considerati. Va ricordato che la Toscana ha introdotto il percorso del "Codice Rosa" per l'accoglienza delle pazienti sospette vittime di violenze.

Vi è una sostanziale analogia nei fattori esplicativi degli eventi tra Piemonte e Toscana (tabelle 1.3-1.5), ma nella fascia di età anziana emergono comunque alcune differenze tra le due regioni.

In tutti i modelli, un alto numero di accessi in PS risulta predittivo di un accesso per violenze.

Come atteso, è predittivo l'aver avuto un precedente accesso riconosciuto per aggressione, sia tra i bambini (OR=24 nel modello comune) che tra le donne (OR=15,9 nel modello comune). Tuttavia, questa variabile non è predittiva tra gli anziani, in entrambe le regioni.

Queste osservazioni sembrano confermare la tendenza al ripetersi delle violenze, soprattutto di quelle compiute in ambito familiare.

Essere immigrati sembra aumentare il rischio di un accesso per violenza tra i bambini e le donne, ma non tra gli anziani. Tali rischi sono più accentuati in Piemonte. Tale osservazione appare coerente con la letteratura (Fernbrant, 2011). Tra i bambini, l'età di 5-9 anni e il genere femminile sembrano essere predittive nel modello comune, sebbene l'analisi per singole regioni non metta in luce questa fascia.

Alcuni gruppi di diagnosi emergono come a più alto rischio. In particolare, nelle donne e bambini le condizioni di salute mentale. Nei bambini risultano fattori di rischio anche le patologie del sistema digerente. Per gli anziani risultano condizioni di fragilità la presenza di patologie neoplastiche o respiratorie.

Potrebbero inoltre esservi interazioni, non testate, tra fascia di età e particolari gruppi di diagnosi (ad es. incidenti o avvelenamenti, anomalie congenite, disturbi mentali, malattie del sistema digerente).

ANALISI DEGLI ACCESSI RIPETUTI IN PRONTO SOCCORSO DELLE RESIDENTI A ROMA

Materiali e metodi

Dallo Studio Longitudine Romano (Cesaroni, 2010), quindi dalla coorte dei residenti a Roma seguiti a partire da ottobre 2001 (svolgimento del Censimento di popolazione), sono state estratte le donne di età 15 o più anni che avessero subito un primo episodio di aggressione nel periodo 2008-2012. La "prima aggressione" è stata definita come il primo accesso in PS per aggressione non preceduto da altri episodi di aggressione nei cinque anni precedenti. Le 8495 donne identificate sono state seguite nei 24 mesi successivi. Complessivamente, per 3504 pazienti (41%) non si è verificato nessun altro accesso per trauma; per 979 (12%) risultava almeno un secondo episodio per aggressione (con 1335 accessi totali codificati da aggressione); per il restante 47% (4012 donne), il secondo accesso in PS era stato codificato per altra causa (tabelle 1.6).

I primi due gruppi di donne sono stati confrontati attraverso un modello logistico, per valutare il ruolo dei determinanti socio-demografici sul rischio di violenza ripetuta rispetto a quella occasionale.

Risultati

I risultati dei modelli logistici (tabella 1.7) rilevano un rischio di accesso ripetuto per aggressione maggiore tra le donne nubili e separate.

Le fasce di età più giovani sono significativamente associate con il rischio di aggressione ripetuta. Le donne in età 25-44 anni che mostrano un rischio doppio rispetto alle donne ultracinquantenni (prese come fascia di riferimento). Si osserva una associazione inversa tra rischio di accesso ripetuto e livello socio-economico, misurato tramite livello d'istruzione.

DISCUSSIONE

I risultati dei due disegni di studio portano a ritenere utile, anche nel contesto italiano, inserire gli accessi ripetuti in PS nella lista degli indicatori di sospetto di violenza relazionale.

Una limitazione nella lettura dei risultati è legata al possibile bias da misclassificazione dell'esito: poiché le vittime di violenza sono fortemente sottorappresentate, non possiamo escludere che nei gruppi di controllo siano stati inclusi soggetti in realtà vittime di violenze.

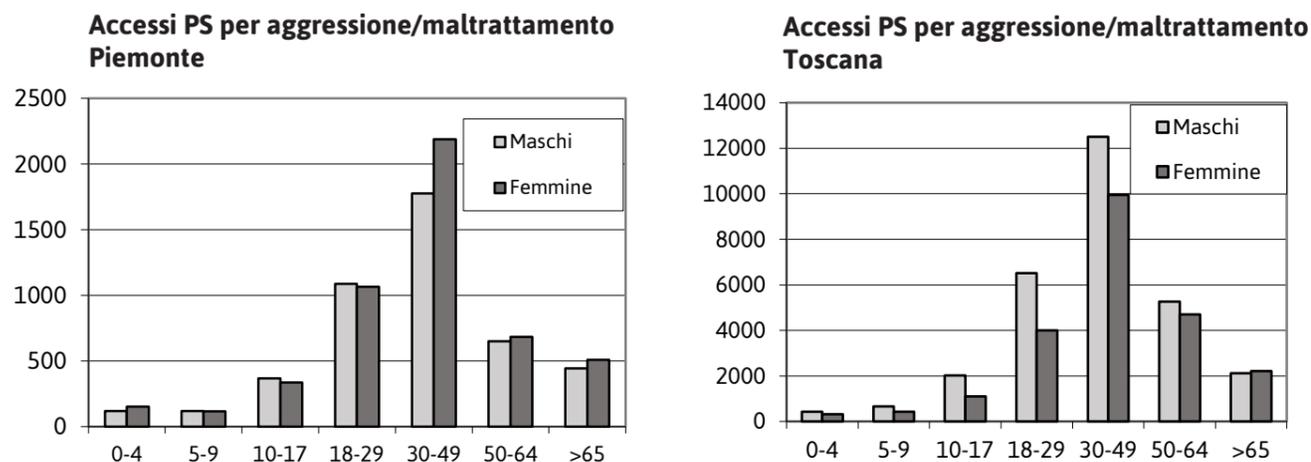
Il basso R2 (coefficiente di determinazione) di ogni modello di analisi implica un'ancora bassa utilizzabilità dei risultati a fini di costruzione di un test predittivo, così come non appare possibile definire delle soglie di rischio sufficientemente sensibili.

Tra gli sviluppi dello studio, è prevista la sperimentazione di metodi di classificazione (cluster analysis).

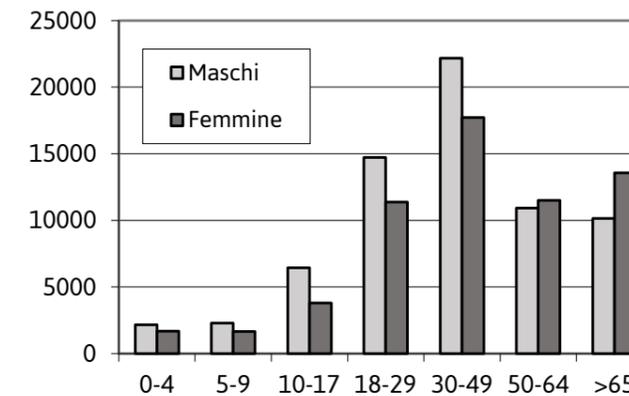
Gruppo di lavoro studio accessi ripetuti delle residenti a Roma

Sara Farchi, Enrica Lapucci, Paola Michelozzi | Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Figura 1.3
Distribuzione per sesso ed età di casi e controlli
Piemonte e Toscana, 2013-2015



Accessi PS per incidente stradale Piemonte



Accessi PS per incidente stradale Toscana

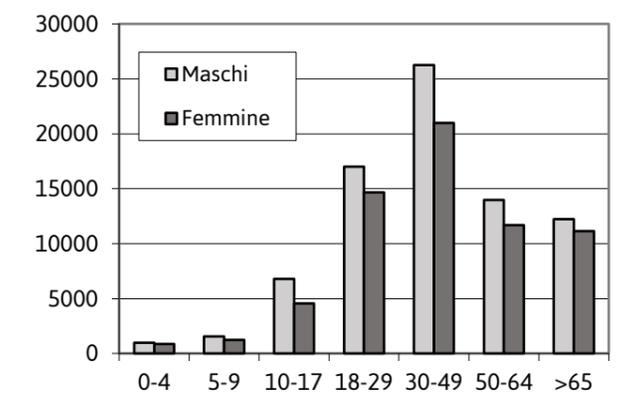


Tabella 1.3

Variabili predittive di accesso in PS per violenza | Bambini (0-14 anni)
Piemonte e Toscana, 2011-2015

BAMBINI	Odds Ratio (I.C.95%)		
	PIEMONTE (R ² =0,043)	TOSCANA (R ² =0,028)	COMMON MODEL (R ² =0,028)
N. accessi	1,09 (1,06-1,13)	1,14 (1,10-1,17)	1,04 (1,02-1,05)
Cittadinanza (stranieri vs. italiani)	1,81 (1,54-2,12)	1,24 (1,14-1,34)	1,63 (1,52-1,75)
Genere (femmine vs. maschi)	1,40 (1,24-1,59)	0,81 (0,76-0,86)	0,94 (0,89-0,99)
Età (0 vs. 1-4)	1,28 (0,92-1,80)	1,65 (1,22-2,24)	0,88 (0,72- 1,08)
Età (5-9 vs. 1-4)	0,91 (0,74-1,13)	1,09 (0,97-1,22)	1,13 (1,03-1,24)
Età (10-17 vs. 1-4)	1,24 (1,04-1,48)	0,79 (0,71-0,88)	1,054 (0,969-1,147)
N. accessi per violenze	50,26 (28,13-89,79)	16,08 (11,06-23,36)	23,99 (17,58- 32,74)
N. accessi per infortuni o avvelenamenti	/	0,87 (0,83-0,92)	/
N. accessi per anomalie congenite	/	0,55 (0,32-0,96)	0,60 (0,39-0,93)
N. accessi per disturbi mentali	1,80 (1,44-2,24)	/	1,46 (1,26-1,70)
N. accessi per malattie dell'apparato digerente	1,24 (1,02-1,51)	/	/

Tabella 1.4

Variabili predittive di accesso in PS per violenza | Donne (15-69 anni)
Piemonte e Toscana, 2011-2015

DONNE	Odds Ratio (I.C.95%)		
	PIEMONTE (R ² =0,061)	TOSCANA (R ² =0,031)	COMMON MODEL (R ² =0,060)
N. accessi	1,22 (1,20-1,25)	1,14 (1,12-1,16)	1,11 (1,10- 1,12)
Età (30-49 vs. 18-29)	1,35 (1,24-1,46)	1,75 (1,67-1,82)	1,62 (1,56-1,68)
Età (50-64 vs. 18-29)	0,82 (0,74-0,91)	1,59 (1,51-1,67)	1,33 (1,28-1,39)
Cittadinanza (stranieri vs. italiani)	2,53 (2,34-2,75)	1,33 (1,27-1,39)	1,67 (1,60-1,73)
N. accessi per violenze	29,25 (21,26-40,24)	10,69 (9,39-12,18)	15,57 (13,80- 17,56)
N. accessi per infortuni o avvelenamenti	0,913 (0,861-0,968)	0,94 (0,91-0,97)	1,03 (1,00- 1,06)
N. accessi per incidente domestici	1,22 (1,13-1,32)	/	0,83 (0,78- 0,87)
N. accessi per disturbi mentali	1,27 (1,18-1,37)	1,41 (1,31-1,51)	1,32 (1,26- 1,39)
N. accessi per malattie muscolo-scheletriche e del connettivo	0,89 (0,82-0,96)	0,93 (0,86-0,99)	0,85 (0,81- 0,89)
N. accessi per malattie del sistema nervoso	0,88 (0,81-0,97)	/	/

Tabella 1.5

Variabili predittive di accesso in PS per violenza | Anziani (≥ 70 anni)
Piemonte e Toscana, 2011-2015

ANZIANI	Odds Ratio (I.C.95%)		
	PIEMONTE (R ² =0,007)	TOSCANA (R ² =0,027)	COMMON MODEL (R ² =0,018)
N. accessi	1,23 (1,19-1,27)	1,30 (1,27-1,34)	1,24 (1,22- 1,26)
Genere (femmine vs. maschi)	/	1,20 (1,13-1,29)	/
Età (30-49 vs. 18-29)	0,95 (0,79-1,14)	/	0,91 (0,84-0,99)
Età (50-64 vs. 18-29)	0,82 (0,70-0,96)	/	0,90 (0,84-0,96)
Cittadinanza (stranieri vs. italiani)	1,70 (1,06-2,75)	/	1,62 (1,39- 1,90)
N. accessi per violenze	/	0,84 (0,79-0,89)	
N. accessi per infortuni o avvelenamenti	/	1,22 (1,09-1,35)	0,86 (0,80-0,93)
N. accessi per patologie tumorali	1,83 (1,03-3,24)	2,68 (1,68-4,29)	1,91 (1,37-2,65)
N. accessi per disturbi mentali	/	1,24 (1,05-1,46)	/
N. accessi per malattie del sistema nervoso	/	0,92 (0,85-0,99)	/
N. accessi per malattie dell'apparato respiratorio	1,19 (1,00-1,41)	1,31 (1,18-1,46)	1,36 (1,25-1,47)
N. accessi per malattie del sangue	1,95 (1,30-2,93)		

Tabella 1.6
DISTRIBUZIONE PER NUMERO DI ACCESSI RIPETUTI
Donne (≥ 15 anni) - Lazio, 2008-2012

Numero di accessi ripetuti	Almeno un'aggressione ripetuta		Nessuna aggressione ripetuta		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
1	236	24,1	1.858	46,3	2.094	42,0
2	206	21,0	907	22,6	1.113	22,3
3	177	18,1	510	12,7	687	13,8
4	106	10,8	270	6,7	376	7,5
5	68	6,9	158	3,9	226	4,5
6 e più	186	19,0	309	7,7	495	9,9
Totale	979	100,0	4.012	100,0	4.991	100,0
Totale Accessi Ripetuti	4.039		9.678		13.717	
Numero medio di accessi ripetuti	4,1		2,4		2,7	

Tabella 1.7
VARIABILI PREDITTIVE DI ACCESSO RIPETUTO IN PS
PER AGGRESSIONE
Donne (≥ 15 anni) - Lazio, 2008-2012

Caratteristiche	Aggressione occasionale (n=3504)		Aggressione ripetuta (n=979)		OR	I.C.95%	OR adj.	I.C.95%
	n	%	n	%				
Stato Civile								
Coniugata (rif.)	1452	41,4	368	37,6	1,00		1,00	
Nubile	1526	43,6	463	47,3	1,20	1,03 - 1,40	0,96	0,79 - 1,17
Separata/Divorziata	358	10,2	116	11,8	1,28	1,01 - 1,62	1,36	1,07 - 1,73
Vedova	168	4,8	32	3,3	0,75	0,51 - 1,12	0,98	0,65 - 1,47
Età all'aggressione								
55 anni e più (rif.)	919	26,2	170	17,4	1,00		1,00	
12-24	402	11,5	110	11,2	1,48	1,13 - 1,93	1,57	1,14 - 2,17
25-34	521	14,9	189	19,3	1,96	1,55 - 2,48	2,07	1,56 - 2,74
35-44	863	24,6	307	31,4	1,92	1,56 - 2,37	1,96	1,57 - 2,46
45-54	799	22,8	203	20,7	1,37	1,10 - 2,72	1,34	1,06 - 1,69
SES								
Molto Alto (rif.)	518	14,8	113	11,5	1,00		1,00	
Medio Alto	569	16,2	147	15,0	1,18	0,90 - 1,56	1,18	0,89 - 1,55
Medio	659	18,8	187	19,1	1,30	1,00 - 1,69	1,28	0,98 - 1,66
Medio Basso	795	22,7	204	20,8	1,18	0,91 - 1,52	1,12	0,87 - 1,45
Basso	963	27,5	328	33,5	1,56	1,23 - 1,98	1,48	1,16 - 1,89

1.3

LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO DELLA VIOLENZA SECONDO LO STANDARD DELL'INJURY DATABASE EUROPEO (IDB)

COORDINATORE:

Alessio Pitidis | Reparto Ambiente e Traumi, Istituto Superiore Sanità

MEMBRI:

- Paolo Cremonesi** | UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera
- Francesco Zanella** | SC Informatica, Ospedale Galliera
- Teresa Emanuele** | Equipe Codice Rosa ASL TO2, ospedali San Giovanni Bosco e Maria Vittoria
- Luigi Nerici** | UO Pronto Soccorso, ospedale Maria Vittoria, ASL TO2
- Antonio Sechi** | UO Pronto Soccorso, Ospedale S. Giovanni Bosco Torino Emergenza Nord, ASL TO2
- Maria Teresa Valente** | Sistemi Informativi, ASL TO2
- Alessandra Kustermann** | Serv. Violenza Sessuale e Domestica, Policlinico Milano
- Anna Plebani** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Policlinico Milano
- Alberico Bonalumi** | UO Sistemi Informativi, Policlinico di Milano
- Angelo Caroli** | UO Sistemi Informativi, Policlinico di Milano
- Emanuela Piccotti** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale Pediatrico Gaslini Genova
- Cara Debbia** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale Pediatrico Gaslini Genova
- Federica Accomazzo** | Servizio Informatico, Ospedale Pediatrico Gaslini Genova
- Antonino Reale** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
- Paola Silvestri** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
- Alessandro Di Cola** | UO Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
- Claudio Pagliara** | Equipe Codice Rosa, USL9 Grosseto
- Vittoria Doretti** | Equipe Codice Rosa, USL9 Grosseto
- Lucilla Romani** | Uff. Att. Consultoriali, Distretto Amiata-Val d'Orcia, ASL7 Siena
- Maria Zambito** | UO Pronto Soccorso, PO Civico e Benfratelli di Palermo
- Filippa Cappellino** | UO Pronto Soccorso, PO Civico e Benfratelli di Palermo
- Massimo Geraci** | UO Pronto Soccorso, PO Civico e Benfratelli di Palermo
- Patrizio Schinco** | Centro Supporto Vittime Violenza Demetra, Presidio Molinette, AOU Città Salute e Scienza Torino
- Dorina Calcagno** | Centro Supporto Vittime Violenza Demetra, Presidio Molinette, AOU Città Salute e Scienza Torino
- Carmela Di Sante** | Equipe Codice Rosa, ASL Teramo
- Rita Rossi** | UO Pronto Soccorso, Ospedale Mazzini Teramo
- Elena Coppo** | Ambulatorio Bambi, Ospedale Infantile Regina Margherita
- Fulvia Negro** | Ambulatorio Bambi, Ospedale Infantile Regina Margherita
- Lamberto Veneri** | UO Prevenzione, AUSL Romagna-Forlì
- Gianni Fondi** | Reparto Ambiente e Traumi, Istituto Superiore Sanità
- Massimiliano Bugarini** | Reparto Ambiente e Traumi, Istituto Superiore Sanità
- Cinzia Cedri** | Reparto Ambiente e Traumi, Istituto Superiore Sanità
- Giuseppe Balducci** | Reparto Ambiente e Traumi, Istituto Superiore Sanità

LO SCOPO DELLA SORVEGLIANZA IDB DELLA VIOLENZA

Il corrente standard nazionale di rilevazione delle schede di accettazione di Pronto Soccorso (PS) ospedaliero (basato sul tracciato record di pronto soccorso EMUR: EMergenza URgenza) consente di rilevare il numero di accessi in PS per eventi violenti legati ad aggressione o autolesione e le relative diagnosi codificate di trauma, abuso o maltrattamento, o patologia associata. Questo sistema, al netto dei problemi di sottorilevazione e misclassificazione affrontati nei paragrafi introduttivi, ha grandi potenzialità in termini di rappresentatività per la misura della prevalenza (e incidenza) del fenomeno. Va anche sottolineato come questa rilevazione consenta di osservare eventi violenti riconosciuti (o fondatamente sospetti) in sede clinica, con diagnosi attribuite dopo esami medici e strumentali.

Tuttavia, da un punto di vista preventivo questo tipo di rilevazione non offre informazioni specifiche sulla dinamica e contesto dell'evento violento, cioè sulle cosiddette cause esterne del trauma o della diagnosi di patologia associata che, a norma delle linee guida OMS sulla sorveglianza degli incidenti e della violenza (Holder, 2001), dovrebbero essere rilevate onde poter ottenere informazioni utili per la formulazione degli interventi di prevenzione.

Per questo motivo, in un campione di centri di PS dove fosse attivo un team o un centro anti-violenza ospedaliero, e dichiaranti la propria collaborazione al progetto REVAMP, la rilevazione EMUR è stata complementata con moduli di rilevazione aggiuntivi dedicati alla registrazione delle cause esterne della violenza. Le variabili utilizzate in questi moduli sono quelle dell'Injury Database europeo (IDB: coordinato in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità), adottate al fine di consentire la comparabilità dei dati a livello europeo.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA SORVEGLIANZA IDB DELLA VIOLENZA

Nelle unità operative (UO) di PS ospedaliero aderenti alla rete di rilevazione, è stato verificato lo stato dei sistemi informativi e sono state valutate le necessità e possibilità operative di modifica dei sistemi informativi di PS esistenti. Tramite pagina dedicata su sito web dell'Istituto Superiore di Sanità, sono stati distribuiti a tutte le unità operative di progetto i manuali di codifica SINIACA-IDB delle lesioni intenzionali osservate in PS ospedaliero. Tutti i referenti di UO con compiti di attuazione della rilevazione SINIACA-IDB per i casi di violenza relazionale, sono stati istruiti all'uso delle codifiche e del software da personale ISS tramite incontri svolti presso le sedi degli ospedali partecipanti alla rilevazione. Per i PS pediatrici, la formazione del personale al riconoscimento dei casi e all'utilizzo delle codifiche SINIACA-IDB è avvenuta anche mediante evento ECM (organizzato presso l'ISS) dedicato alla formazione del personale al riconoscimento e alla presa in carico dei minori vittime di abuso o maltrattamento. Ad analogo corso di formazione a distanza sulla violenza di genere ha partecipato il personale di PS delle UO di progetto.

I centri di PS ospedaliero hanno proceduto alla modifica del proprio sistema informativo con l'aggiunta di moduli dedicati alla registrazione degli episodi di violenza secondo lo standard dell'IDB europeo, oppure hanno utilizzato il software di caricamento SINIACA-IDB sviluppato dall'ISS.

Tutti i record sono stati sottoposti, al livello centrale presso l'ISS, a routine automatizzate di controllo di validità e consistenza dei dati. Per i record che non abbiano superato positivamente i controlli automatizzati si è proceduto ad esame manuale del caso, mediante confronto con le informazioni dei referti anamnestici in chiaro. Per i record che abbiano superato positivamente i con-

trolli automatizzati si è proceduto in forma randomizzata ad esame manuale del caso.

14 ospedali hanno fornito dati per l'anno 2015:

- Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco Torino
- E.O. Ospedali Galliera Genova
- Ist. G. Gaslini Genova
- Osp. Morgagni-Pierantoni Forlì
- Ospedale Nefetti Santa Sofia (Forlì)
- Ospedale dell'alta Val D'elsa (Siena)
- Ospedali Riuniti Della Val Di Chiana (Siena)
- Ospedale della Misericordia Grosseto
- Ospedale "S. Andrea" Massa Marittima (Grosseto)
- Ospedale Civile di Castel Del Piano (Grosseto)
- Ospedale delle Colline Dell'Albegna (Grosseto)
- Ospedale San Paolo Civitavecchia
- Ospedale Mazzini Teramo
- AO Civico-Di Cristina-Benfratelli Ospedale Civico Palermo

21 ospedali hanno fornito dati per l'anno 2016:

- AOU Osp. S. Giovanni Battista Molinette Torino
- AOU Osp. Infantile Regina Margherita Torino
- Ospedale Maria Vittoria Torino (ASL TO2)
- Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco (ASL TO1)
- E.O. Ospedali Galliera Genova
- Ist. G. Gaslini Genova
- Ospedale Area Aretina Nord
- Ospedale Nuovo Valdarno (Arezzo)
- Ospedale del Casentino (Arezzo)
- Ospedale della Valtiberina (Arezzo)
- Nuovo Ospedale Valdichiana S. Margherita (Arezzo)
- Ospedale dell'alta Val D'elsa (Siena)
- Ospedali Riuniti Della Val Di Chiana (Siena)
- Presidio Ospedaliero Amiata Senese
- Ospedale della Misericordia Grosseto
- Ospedale "S. Andrea" Massa Marittima (Grosseto)
- Ospedale Civile di Castel del Piano (Grosseto)
- Ospedale delle Colline dell'Albegna (Grosseto)
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Roma
- Ospedale Mazzini Teramo
- AO Civico-Di Cristina-Benfratelli Ospedale Civico Palermo

Il Policlinico di Milano ha avviato la rilevazione nell'anno 2017 e, per i primi 4 mesi del 2017, sono stati acquisiti i record relativi a 237 casi di violenza, nei tre centri di PS della struttura ospedaliera: generale, ginecologico e pediatrico. Dopo il controllo di qualità dei dati, eseguito a livello centrale dall'ISS, si è proceduto all'elaborazione dei medesimi per gruppi sesso-età specifici di soggetti vulnerabili. Le elaborazioni per gruppo di soggetti vulnerabili sono state effettuate riguardo alle distribuzioni per:

- sesso ed età delle vittime
- relazione vittima-aggressore
- sesso ed età presunti dell'aggressore
- contesto dell'aggressione
- oggetto/sostanza utilizzato per la violenza
- natura e sede delle lesioni

I RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA IDB DELLA VIOLENZA

La rilevazione è partita nel periodo di progetto REVAMP in tutti gli ospedali sopra elencati, in funzione delle tempistiche tecniche di adeguamento dei sistemi informativi e di organizzazione della rilevazione.

In particolare, per l'anno 2015 sono stati rilevati in PS 1.524 casi di violenza, di cui 41 casi di bambini, 521 casi di donne in età fertile (età 16-45 anni), 99 casi di anziani.

Per l'anno 2016 sono stati rilevati in PS 1.926 casi di violenza, di cui 200 di bambini, 609 di donne in età fertile (età 16-45 anni), 138 di anziani.

Nell'analisi, si sono distinti gli ospedali che hanno rilevato tutte le tipologie di violenza da quelli che si sono concentrati sui maltrattamenti e le violenze (focalizzando la rilevazione sulla violenza domestica e sessuale). Del primo gruppo (Ospedali Violenza) fanno parte il Galliera di Genova, il San Giovanni Bosco di Torino e il centro anti-violenza dell'ospedale San Giovanni Battista di Torino; del secondo gruppo (Ospedali VDS) tutti gli altri. Gruppo a sé stante quello degli ospedali pediatrici (Regina Margherita di Torino, Gaslini di Genova, Bambino Gesù di Roma).

Le distribuzioni per sesso ed età

La prima differenza tra le diverse tipologie di ospedali si osserva nella distribuzione per il gruppo di ospedali che si sono focalizzati sulla violenza domestica e sessuale (Ospedali VDS). In questi ospedali, anche se vi è una quota non trascurabile di maschi, si osserva una maggiore prevalenza di donne (tabella 1.8), a differenza di quanto si osserva negli ospedali nei quali è stata rilevata la violenza nel suo complesso (Ospedali Violenza), in cui prevalgono i maschi. Anche negli ospedali pediatrici vi è una maggiore prevalenza di femmine rispetto ai maschi.

Tab. 1.8

Vittime di violenza domestica o sessuale: distribuzione per sesso | Anni 2015-2016

Sesso	Ospedali VDS		Ospedali Violenza		Ospedali Pediatrici	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femmine	884	84,51	835	37,94	103	54,79
Maschi	162	15,49	1.366	62,06	85	45,21
Totale	1.046	100,00	2.201	100,00	188	100,00

Oltre il 70% della casistica osservata negli Ospedali VDS (tabella 1.9) si concentra nelle femmine in età fertile (15-49 anni), pur essendovi una quota non trascurabile di eventi osservati nelle età anziane (9,4% oltre i 64 anni di età) e in quelle pediatriche (4,4% sino ai 14 anni).

Tab. 1.9

Vittime di violenza: distribuzione per età nelle femmine | Ospedali VDS
Anni 2015-2016

Classe di età	N.	%
<1	1	0,11
1-4	3	0,34
5-9	8	0,90
10-14	10	1,13
15-19	36	4,07
20-24	64	7,24
25-29	110	12,44
30-34	98	11,09
35-39	103	11,65
40-44	125	14,14
45-49	90	10,18
50-54	69	7,81
55-59	58	6,56
60-64	26	2,94
65-69	23	2,60
70-74	19	2,15
75-79	9	1,02
80-84	17	1,92
85 e più	15	1,70
Totale	884	100,00

Nei medesimi ospedali, per i maschi vittime di violenza domestica o sessuale si osserva un'elevata frequenza relativa di vittime in età adolescenziale (10-19 anni) che da soli rappresentano oltre 1/5 della casistica osservata (21,0%). La percentuale di vittime sotto i 10 anni d'età è anche essa piuttosto alta (6,8%). Nel complesso per i maschi quasi 1/3 di tutta la casistica osservata (27,8%) è dovuto a vittime in età pediatrica o adolescenziale (27,8%). Come nelle femmine, il grosso della casistica si concentra nelle età adulte (20-49 anni: 45,7%), mentre 1/10 circa dei pazienti (11,7%) sono anziani.

La distribuzione per età delle vittime femmine negli ospedali che hanno rilevato tutti i tipi di violenza (tabella 1.10) è simile a quella degli ospedali VDS, se non per il fatto che le vittime di età inferiore ai 10 anni non vengono sostanzialmente osservate e le età adolescenziali sono maggiormente presenti.

Tab. 1.10

Vittime di violenza: distribuzione per età nelle femmine**Ospedali Violenza**

Anni 2015-2016

Classe di età	N.	%
5-9	1	0,12
10-14	10	1,20
15-19	62	7,43
20-24	100	11,98
25-29	90	10,78
30-34	87	10,42
35-39	106	12,69
40-44	114	13,65
45-49	93	11,14
50-54	56	6,71
55-59	31	3,71
60-64	23	2,75
65-69	21	2,51
70-74	19	2,28
75-79	13	1,56
80-84	3	0,36
85 e più	6	0,72
Totale	835	100,00
85 e più	15	1,70
Totale	884	100,00

Discorso simile può essere fatto per i maschi, dove le vittime in età pediatrica sono raramente osservate (0,73%), mentre quelle nelle prime età adolescenziali (10-14 anni) risultano essere un numero 27 volte minore in proporzione di quelle degli ospedali VDS (0,51% vs. 13,58). Negli ospedali che hanno rilevato tutti i tipi di violenza, la quota di vittime anziane si dimezza (5,20% vs. 11,72%) rispetto a quella osservata negli ospedali che hanno rilevato la sola violenza domestica e sessuale.

Per le vittime di violenza osservate nelle età pediatriche in tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione (tabella 1.11) vi è un differente gradiente di età per le femmine e per i maschi riguardo alla vittimizzazione per violenza. nelle femmine il 64,1% della casistica è concentrata nelle età inferiori ai 10 anni, mentre nei maschi la maggior parte degli eventi (61,4%) riguarda pazienti nelle prime età adolescenziali (10-14 anni).

Tab. 1.11

Vittime di violenza femmine in età pediatriche: distribuzione per età.**Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.**

Anni 2015-2016

Classe Età	N.	%
<1	6	4,58
1-4	27	20,61
5-9	51	38,93
10-14	47	35,88
Totale	131	100,00

La relazione vittima-aggressore

Un'informazione importante sulle circostanze dell'evento violento che la rilevazione in formato IDB consente di ottenere è quella sulla relazione tra la vittima e l'aggressore (tabella 1.12).

Le donne vittime di età fertile (15-49 anni), seguono uno specifico pattern riguardo alla relazione con l'aggressore: si tratta in gran parte di violenza relazionale, subita anzitutto nel proprio ambito familiare, principalmente dal proprio partner sentimentale, ma anche da propri parenti; in un ambito relazionale più allargato, risultano piuttosto comuni le aggressioni da parte di conoscenti o amici; meno comuni quelle da parte di sconosciuti. Poiché non sono state osservate differenze nelle distribuzioni per tipo di aggressore tra gli ospedali con rilevazione VDS e quelli con rilevazione generale della violenza, si riporta la distribuzione dei casi osservati in tutti gli ospedali (tranne quelli pediatrici) per le femmine in età fertile (15-49 anni) vittime di violenza.

Tab. 1.12

Vittime di violenza femmine di età 15-49 anni: distribuzione per relazione vittima-aggressore**Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione**

Anni 2015-2016

TIPO AGGRESSORE	N.	%
Sposo o partner	434	35,23
Genitore	28	2,27
Altro parente	54	4,38
Badante (non parente)	1	0,08
Conoscente o amico	271	22,00
Autorità ufficiale o legale	4	0,32
Sconosciuto	203	16,48
Altra relazione	105	8,52
relazione non nota	132	10,71
Totale	1.232	100,00

Si osservi come per queste donne l'aggressore più comune sia il partner: nel complesso le aggressioni in ambito familiare da parte del partner o propri parenti assommano al 41,9 di tutti gli episodi di violenza, costituendone la causa più comune.

Includendo nell'ambito relazionale delle donne anche gli amici o i conoscenti, si osserva come la gran parte delle violenze avvenga in ambito relazionale (64,0%). Mettendole assieme, le violenze da parte di sconosciuti o di persone non facenti parte del proprio ambito relazionale abituale non superano 1/4 della casistica.

Per i maschi nella medesima classe di età, considerati quale gruppo di confronto, la situazione è opposta. È poco comune che l'aggressione sia stata portata dal partner: tutto l'ambito familiare rappresenta meno del 10% dei casi. Includendo nell'ambito relazionale anche gli amici e i conoscenti quali aggressori si arriva al 31% dei casi di vittimizzazione. Invece, la tipologia di aggressione largamente più comune è quella da parte di sconosciuto, che da sola rappresenta oltre metà della casistica; se a questa si aggiungono le violenze da persone estranee al proprio ambito relazionale abituale, si arriva a 58,2%. Una quota simile a quelle delle violenze su femmine in ambito relazionale, ma che per i maschi è relativa a soggetti estranei.

Va tuttavia rilevato che se si prendono in considerazione solo gli ospedali che hanno rilevato la sola violenza domestica e sessuale (ospedali VDS), allora anche per il numero limitato di vittime maschili (tabella 1.13) le violenze più comuni sono quelle occorse in ambito familiare o amicale (65,9%), mentre quelle da estranei sono pari solo al 12,7%. Per questi maschi però, anche nel proprio ambito relazionale abituale la violenza più comune non è quella da parte del partner sentimentale, bensì quella da amici o conoscenti, pur rimanendo quella da parte del partner il tipo di aggressione più comune in ambito familiare.

Tab. 1.13

Vittime di violenza maschi di età 15-49 anni: distribuzione per relazione vittima-aggressore

Ospedali VDS. Anni 2015-2016

Anni 2015-2016

TIPO AGGRESSORE	N.	%
Sposo o partner	13	16,46
Genitore	7	8,86
Altro parente	9	11,39
Conoscente o amico	22	27,85
Sconosciuto	8	10,13
Altra relazione	2	2,53
relazione non nota	18	22,78
Totale	79	100,00
Relazione non nota	132	10,71
Totale	1.232	100,00

Anche nelle età pediatriche vi sono differenze tra femmine e maschi: per le femmine, l'aggressore più comune è un genitore, anche se l'aggressione da parte di amici o conoscenti è altrettanto comune (tabella 1.14). Nel complesso le

aggressioni in ambito familiare riguardano il 38,9% della casistica quello in ambito relazionale il 66,4%. Le aggressioni da parte di estranei sono pari al 12,2%.

Tab. 1.14

Vittime di violenza femmine di età 0-14 anni: distribuzione per relazione vittima-aggressore. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.

Anni 2015-2016

TIPO AGGRESSORE	N.	%
Genitore	40	30,53
Altro parente	11	8,40
Conoscente o amico	36	27,48
Sconosciuto	6	4,58
Altra relazione	10	7,63
relazione non nota	28	21,37
Totale	131	100,00

Per i maschi, invece gli aggressori più frequentemente sono amici o conoscenti in quasi il 40 per cento dei casi. Le violenze in ambito familiare non superano il 30 per cento dei casi. Le aggressioni da parte di sconosciuti hanno una proporzione più che doppia di quella osservata nelle femmine, nel complesso le violenze da parte di estranei assommano al 13,7% della casistica.

Nei pazienti anziani (età maggiore di 64 anni), in tutti gli ospedali considerati, la violenza sulle femmine in ambito familiare (inclusi i caregiver quali aggressori) è la causa più comune e riguarda il 38,7% delle vittime (tabella 1.14). L'aggressore più frequente non è il partner, ma gli altri familiari. Considerando anche gli amici o conoscenti si arriva a un 53,5% di violenza in ambito relazionale. La violenza da parte di estranei non è infrequente e si osserva nel 34,5% dei casi, una quota non distante da quella della violenza in ambito familiare.

Tab. 1.14

Vittime di violenza femmine di età > 64 anni: distribuzione per relazione vittima-aggressore. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione. Anni 2015-2016

TIPO AGGRESSORE	N.	%
Sposo o partner	24	16,90
Genitore	2	1,41
Altro parente	29	20,42
Badante (non parente)	2	1,41
Conoscente o amico	19	13,38
Sconosciuto	41	28,87
Altra relazione	8	5,63
Relazione non nota	17	11,97
Totale	142	100,00

Per i maschi, che si osservano in numero minore (89 casi) delle femmine, le violenze in ambito familiare sono il 25,8% della casistica, mentre quelle da amici e conoscenti sono piuttosto comuni (24,72%), rappresentando una quota equivalente a quella delle violenze da familiari. Le violenze da sconosciuti sono la causa più frequentemente osservabile e nel complesso le violenze da estranei ammontano al 42,7% della casistica osservata.

Sesso ed età dell'aggressore

Per le vittime tra i 15 e i 49 anni d'età (maschi e femmine), nel caso il sesso o l'età presunta degli aggressori siano noti (accade nel 72,2% dei casi), nel complesso degli ospedali che hanno partecipato alla rilevazione, l'85,5% delle volte l'aggressore è un maschio (tabella 1.15).

Tab. 1.15

Vittime di violenza di età 15-49 anni: distribuzione per età e sesso presunti dell'aggressore. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione

Anni 2015-2016

ETÀ AGGRESSORE	MASCHIO	FEMMINA	NON NOTO	TOTALE
0-14	12	2	3	17
15-24	158	34	10	202
25-64	1.004	125	24	1.153
65 e +	13	3	2	18
Non nota	431	71	0	502
Totale	1.618	235	39	1.892
Altra relazione	8	5,63		
Relazione non nota	17	11,97		
Totale	142	100,00		

Tale quota è leggermente inferiore tra le femmine (83,4%) rispetto ai maschi (87,4%). Questo perché vi è una quota non irrilevante di donne vittime di violenza compiuta da altre donne (15,7%), mentre è più raro che una donna aggredisca un uomo (9,8%).

Quando l'età dell'aggressore è nota, il 72,2% delle volte si tratta di un maschio adulto di età superiore ai 24 anni. È raro che gli aggressori siano anziani o bambini, mentre nel 13,8% dei casi gli aggressori sono degli "giovani o adolescenti (15-24 anni). Da notare che, mentre negli uomini aggressori la quota di adolescenti è pari al 13,3%, nel corrispettivo gruppo di donne aggreditrici la quota di adolescenti sale al 20,7%.

Si noti che per le vittime della fascia d'età 15-24 anni, quando l'età dell'aggressore è nota, nel 32,8% dei casi si tratta di un soggetto della medesima classe d'età. Quando l'aggressore è una donna, le giovani e adolescenti (15-24 anni) sono in numero superiore alle adulte (54,1% delle donne aggreditrici).

Per le vittime di violenza in età pediatriche, ove siano noti sesso o età dell'aggressore (accade nel 79,3% dei casi), questo è un maschio nel 80,9% dei casi. Nel 53,1% dei casi gli aggressori sono degli adulti e nel 31,7% dei casi dei coe-

tanei. In questo bisogna distinguere tra aggressori maschi e femmine: mentre la quota di adulti aggressori è sostanzialmente simile (sopra al 50%); quando l'aggressore è femmina si tratta nel 22,7% dei casi di una bambina anche essa o, in pari quota di un giovane o adolescente (15-24 anni); quando il violento è un maschio, si tratta nel 31,6% dei casi di un bambino e nel 9,4% di un giovane o adolescente.

Per gli anziani vittime di violenza, quando è noto il sesso o l'età presunta dell'aggressore (avviene nel 71,5% dei casi), l'aggressore il 75,6% delle volte è un maschio e il 22,6% una femmina. Ove sia nota la distribuzione degli aggressori per età, si tratta per il 66,4% di adulti e per il 24,5% di altri anziani. I soggetti adolescenti che abbiano aggredito un anziano, sia pure non frequenti all'osservazione (7,6%) sono sostanzialmente tutti maschi.

Il contesto dell'aggressione

Per le donne in età fertile la seconda causa di accesso in PS è stata la violenza sessuale: un caso ogni venti è dovuto a violenza sessuale (tabella 1.16). Anche tra gli uomini della medesima classe di età sono state osservate vittime di violenza sessuale, sia pure per una quota nel proprio gruppo pari a meno di 1/10 di quella delle femmine.

Nella casistica osservata, le donne sono state vittime di furto o altra attività criminale in meno nel 3,8% dei casi, a confronto con l'11,4% nei maschi. Questo anche perché negli ospedali che hanno partecipato alla rilevazione di tutte le tipologie di violenza sono stati osservati in maggior parte maschi quali vittime, al contrario di quanto avvenuto negli ospedali che hanno partecipato alla rilevazione dei soli eventi di violenza domestica e sessuale.

Si osserva anche tra i maschi una quota di eventi legati a bande o gruppi violenti pari a circa tre volte quella osservata nelle femmine, e una quota di eventi droga correlati più che doppia rispetto a quella delle femmine.

Tab. 1.16

Vittime di violenza femmine di età 15-49 anni: distribuzione per contesto dell'aggressione. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.

Anni 2015-2016

CONTESTO AGGRESSIONE	N.	%	NON NOTO	TOTALE
Alterco	585	61,26	3	17
Acquisizione illegale di soldi o proprietà (rapina, furto)	30	3,14	10	202
Evento droga correlato	3	0,31	24	1.153
Aggressione sessuale	48	5,03	2	18
Evento relativo a bande	3	0,31	0	502
Altra attività criminale	6	0,63	39	1.892
Altro contesto specificato	101	10,58		
Contesto non specificato	179	18,74		
Totale	955	100,00		

In età pediatrica (0-14 anni), negli ospedali che hanno partecipato alla rilevazione in formato IDB per il progetto, si osserva che l'abuso sessuale è la prima causa di accesso in PS per le femmine con oltre il 40% dei casi (tabella 1.17). Seguono altri tipi specificati di contesto del maltrattamento (ad es. per incuria, maltrattamento psicologico, etc.) e l'alterco. È stato osservato anche un evento droga-correlato e rari episodi di criminalità comune.

Tab. 1.17

Vittime di violenza femmine di età 0-14 anni: distribuzione per contesto dell'aggressione. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione

Anni 2015-2016

CONTESTO AGGRESSIONE	N.	%
alterco	17	13,18
acquisizione illegale di soldi o proprietà (rapina, furto)	2	1,55
evento droga correlato	1	0,78
aggressione sessuale	52	40,31
altro contesto specificato	26	20,16
contesto non specificato	31	24,03
Totale	129	100,00
Contesto non specificato	179	18,74
Totale	955	100,00

Anche nei bambini maschi è stata osservata una quota importante di abuso sessuale (11,29%), sia pure per una quota pari a circa 1/4 di quella delle femmine (tabella 1.18). Tuttavia, i primi contesti di maltrattamento sono gli "altri contesti specificati" (ad es. per incuria, maltrattamento psicologico, etc.: 33%) e gli alterchi (29,84%). Sono invece poco presenti gli eventi relativi a criminalità (1,61%) e i casi droga-correlati (nessuna osservazione).

Tab. 1.18

Vittime di violenza maschi di età 0-14 anni: distribuzione per contesto dell'aggressione. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.

Anni 2015-2016

CONTESTO AGGRESSIONE	N.	%
alterco	37	29,84
acquisizione illegale di soldi o proprietà (rapina, furto)	2	1,61
aggressione sessuale	14	11,29
altro contesto specificato	41	33,06
contesto non specificato	30	24,19
Totale	124	100,00

L'elevata quota di casi di violenza sessuale dipende dal fatto che nella rilevazione è incluso l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino, che ha un centro specializzato sulla violenza sessuale. Escludendo dall'elaborazione, a fini di analisi, la casistica del Regina Margherita, la quota di violenze sessuali nelle bambine rimane, comunque, molto elevata (17,9%), e seconda causa esterna di accesso in PS dopo l'alterco (che pesa per il 30,4%). Anche nei maschi si riduce il peso dell'abuso sessuale (3,5%), pur rimanendo la quota osservata circa 1/5 di quella delle femmine. Per entrambi i sessi, il principale contesto d'aggressione è l'alterco, con proporzioni simili. Nei maschi seguono (e per le femmine sono la terza causa) gli "altri contesti specificati" (ad es. per incuria, maltrattamento psicologico, etc.: 28,7%). Anche il peso degli eventi di criminalità aumenta per entrambi i generi.

Per gli anziani osservati nella rete degli ospedali aderenti alla rilevazione (tabella 1.19), il primo contesto dell'aggressione che ha portato all'accesso in PS è l'alterco. Seguono, per entrambi i sessi, i furti e le attività criminali, che per le donne nel complesso rappresentano il 16,9% della casistica, e gli "altri contesti specificati" (ad es. per incuria, maltrattamento psicologico, etc.).

Tab. 1.19

Vittime di violenza femmine di età > 64 anni: distribuzione per contesto dell'aggressione. Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.

Anni 2015-2016

CONTESTO AGGRESSIONE	N.	%
alterco	62	43,66
acquisizione illegale di soldi o proprietà (rapina, furto)	21	14,79
evento droga correlato	1	0,70
evento relativo a bande	1	0,70
altra attività criminale	3	2,11
altro contesto specificato	17	11,97
contesto non specificato	37	26,06
Totale	142	100,00

Gli oggetti coinvolti

Gli oggetti coinvolti nella violenza sono stati rilevati nel 96,6% dei casi registrati negli ospedali della rete. Per le femmine in età fertile (15-49 anni di età), e per il corrispondente gruppo di maschi, la violenza in oltre l'80% dei casi è avvenuta per contatto fisico tra persone (tabella 1.20). In questi casi le parti del corpo degli aggressori sono stati gli strumenti della violenza.

Tab. 1.20**Vittime di violenza femmine di età 15-49 anni: distribuzione per oggetto/sostanza dell'aggressione.****Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.**

Anni 2015-2016

OGGETTO COINVOLTO	N.	%
persona	963	88,84
coltello	14	1,29
altro oggetto acuminato	8	0,74
vetro, ceramica (bottiglia, scheggia, etc.)	13	1,20
chiavi, ombrello	3	0,28
arma da fuoco	3	0,28
spray capsico	2	0,18
mazza, bastone	8	0,74
altro oggetto contundente	5	0,46
barra metallo	2	0,18
sedia, tavolo, asse	5	0,46
altro specificato	31	2,86
non specificato	27	2,49
Totale	1.084	100,00

Tra gli uomini vittime di violenza, a differenza delle donne, vi è una significativa quota d'impiego di coltelli e oggetti acuminati o taglienti da parte dell'aggressore (9,6% nel complesso), e in minor misura l'uso di mazze, spranghe e oggetti contundenti (2,8% nel complesso). Anche per le vittime femmine si osserva l'uso di tali strumenti, ma in proporzione molto inferiore (oggetti acuminati e taglienti nel 3,5% dei casi; bastoni e oggetti contundenti nell'1,9%).

La nazionalità della vittima

Un fattore importante da considerare è la cittadinanza. Nel campione osservato, tra le femmine e i maschi di età 15-49 anni, i cittadini extracomunitari rappresentano il 31,8% delle vittime; i cittadini comunitari non italiani sono il 5,6%. Nel complesso, sono immigrati dall'estero il 37,4% delle vittime, una quota sensibilmente superiore alla percentuale di residenti stranieri nelle aree territoriali di competenza degli ospedali partecipanti alla rilevazione. Nei bambini di sesso femminile, sono extracomunitarie il 15,7% delle vittime e comunitarie non italiane l'8,8%. Per i bambini maschi, le corrispondenti quote sono 12,2% e 1,1%. Tra i bambini stranieri, le femmine sembrerebbero quindi essere a maggior rischio di vittimizzazione di violenza, anche se il dato dei maschi potrebbe essere inficiato dall'elevato numero di bambini vittime di cui non si conosce la nazionalità.

La sede, la natura e la gravità della lesione

Quando si osservano i distretti corporei colpiti nel totale delle vittime (3.450 pazienti), come atteso, le lesioni più comuni sono quelle alle cosiddette "aree significative": il volto, la testa e il collo sono interessati nel 22% dei casi; le le-

sioni agli arti superiori (posti a protezione delle aree significative) si ritrovano nel 16% dei casi. Meno frequenti le lesioni agli arti inferiori (5,6%). Il tronco è interessato nel 9,3% dei casi e lesioni a sedi multiple si hanno nel 7,6% delle volte. Laddove sia specificata l'area corporea colpita, nel complesso le lesioni a questi distretti rappresentano il 59,2% della casistica osservata.

Quanto ai traumi riportati, per la gran parte si tratta di lesioni superficiali (57,9%), quindi eventi a bassa gravità. Tuttavia, vi sono anche un 8,8% di fratture e dislocazioni e 2,8% di fratture craniche e traumi intracranici. Oltre alle violenze sessuali che, come detto nel complesso pesano per il 3,8%.

Vi è quindi una casistica a gravità potenzialmente medio-alta, che può trovare riflesso nell'urgenza di assistenza (tabella 1.21). Per le femmine in età fertile (15-49 anni) si osserva che al 24,2% degli accessi è stata assegnata priorità con codice alto di gravità (giallo o rosso). Questo a fronte di una corrispondente quota del 19% nel corrispettivo gruppo dei maschi.

In conseguenza anche dell'elevato numero di violenze sessuali in età pediatrica osservate nella rete di rilevazione, alle bambine è stato assegnato un codice giallo di priorità in quasi il 70% dei casi.

Tab. 1.21**Vittime di violenza femmine di età 0-14 anni.****Distribuzione per triage.****Tutti gli ospedali partecipanti alla rilevazione.**

Anni 2015-2016

COLORE TRIAGE	N.	%
Bianco	6	4,65
Verde	36	27,91
Giallo	87	67,44
Totale	129	100,00

Nei bambini maschi la quota di codici gialli e rossi assegnati è nel complesso del 41,3%. Anche qui un valore piuttosto elevato, che sconta anche il non trascurabile numero di violenze sessuali.

Negli anziani, similmente agli adulti, la quota di codici giallo o rosso nelle femmine è nel complesso del 25,2%, a fronte di un 18% nei maschi.

1.4

STUDIO DI FOLLOW-UP DELLE DONNE ADULTE VITTIME DI GRAVE VIOLENZA DOMESTICA E SESSUALE

COORDINATORE:

Luisa Marchini | Team anti-violenza, UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera

MEMBRI:

Edith Ferrari | Team anti-violenza, UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera

Pascal Vignally | UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera

Chiara Bellini | Team anti-violenza, UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera

Valentina Roccati | Team anti-violenza, UO Pronto Soccorso, Ospedale Galliera

Teresa Emanuele | Team anti-violenza, ASL TO2 ospedali San Giovanni Bosco e Maria Vittoria

Daniela Morero | Equipe Codice Rosa, ASL TO2 ospedali San Giovanni Bosco e Maria Vittoria

Alessandra Kustermann | Servizio Violenza Domestica e Sessuale, Policlinico Milano

Laila Micci | Servizio Violenza Sessuale e Domestica, Policlinico Milano

Patrizio Schinco | Centro Supporto Vittime Violenza Demetra, Presidio Molinette, AOU Città Salute e Scienza Torino

Andrea Piccinini | Istituto Medicina Legale, Università di Milano

Simona Gaudi | Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore Sanità

Alessio Pitidis | Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore Sanità

CRITERI E OBIETTIVI

Scopo dello studio è la valutazione del rischio di recidiva e di aggravamento dello stato di salute psico-fisica della paziente vittima di grave maltrattamento o violenza.

Partecipano allo studio, quale gruppo dei casi, donne adulte con storia di violenza campionate e arruolate nello studio mediante valutazione della continuità e gravità dell'abuso.

La procedura di campionamento statistico e di selezione dei pazienti è stata messa a punto secondo criteri di valutazione della continuità e recidiva delle violenze, gravità del trauma e degli abusi. Oltre ai criteri di arruolamento dei casi, sono stati definiti quelli per i controlli, nonché i criteri di esclusione per entrambi, basati sulla presenza di patologie psichiatriche o croniche gravi, la tossicodipendenza, lo stato di gravidanza, etc.

Sono stati definiti dei questionari di rilevazione per il follow-up sia per i casi, sia per i controlli. Nelle istruzioni per l'uso dei questionari sono stati illustrati in dettaglio i criteri di campionamento e di arruolamento nello studio.

Dopo la formazione degli operatori, la definizione del protocollo e degli strumenti di follow-up, la distribuzione e l'addestramento al loro uso da parte degli operatori ospedalieri, mediante incontri in presenza presso le loro sedi da parte di personale ISS, è incominciata la rilevazione di follow-up presso gli ospedali:

- San Giovanni Battista (A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino)

- Maria Vittoria (ASL TO2)
- San Giovanni Bosco (ASL TO2)
- Clinica Mangiagalli (SVSD Policlinico di Milano)
- Galliera di Genova.

La rilevazione consiste nella compilazione di questionari e nel prelievo di campione sanguigno, previo consenso informato sulla base delle procedure approvate dal Comitato Etico ISS. Quale gruppo di controllo, presso l'ospedale Galliera di Genova si è provveduto alla somministrazione dei questionari a un gruppo di pazienti del centro trasfusionale che non avevano storia di vittimizzazione da violenza.

Risultati

Con riferimento ai casi di violenza e ai controlli arruolati nello studio multicentrico, è stata raccolta la casistica presentata in tabella 1.22.

Tab. 1.22

Studio multicentrico di follow-up di donne in età fertile (15-49 anni) vittime di violenza relazionale.

Descrizione del campione in studio

Anni 2015-2016

Ospedale	Pazienti	Schede	Dimiss.	Follow-up a 3 mesi	Follow-up a 6 mesi	Follow-up a 12 mesi	Provetta	Cartina	Controlli
Galliera	12	12		12			12		25
Clinica Mangiagalli	16	20	1	14	5		16		
S. G. Battista	9	9	9					6	
S. G. Bosco	3	7		3	2	2			
Maria Vittoria	2	4		2	1	1			
Totale	42	52	10	31	8	3			

Sono stati arruolati, sino al 5 maggio 2017, 42 pazienti vittime di gravi episodi di violenza (per continuità o esiti della violenza). Per queste pazienti sono state rilevate informazioni socio-demografiche, di rischio individuale e di contesto, di stato di salute psico-fisica. Per 34 di loro è stato possibile eseguire un prelievo di campione sanguigno: in 28 casi con provette EDTA per estrazione DNA e in 6 casi con cartine FTA a 4 spot.

La metà di queste pazienti aveva storia di familiarità di violenza, principalmente (il 71,4% di queste pazienti) per maltrattamenti nella famiglia di origine, ma anche (il 19%) per abusi sessuali nella famiglia di origine o per precedenti violenze sessuali. L'età media di queste donne è di 37,5 anni, con una deviazione standard di 12,1 anni (coeff. di variazione: 32,2%). L'aggressore, dove ne è noto il genere (nel 71,4% degli eventi violenti) è quasi sempre un maschio (86,7% delle volte). Le donne risultano essere aggressori nel 10% degli eventi, mentre è stato rilevato un caso di aggressore di genere diverso.

Nella casistica rilevata, il tipo di violenza più frequentemente osservata è quella sessuale (tabella 1.23).

Tab. 1.23

Distribuzione per tipo di violenza osservata. Studio multicentrico di follow-up di donne in età fertile (15-49 anni) vittime di violenza relazionale. Anni 2016-2017

TIPO VIOLENZA	N.	%
Percosse	13	30,95
Arma da taglio	2	4,76
Abuso sessuale	17	40,48
Violenza psicologica	3	7,14
Non noto	7	16,67
Totale	42	100,00

Circa un terzo delle vittime sono straniere (31%). Di queste, il 46,1% sono cittadine di (o sono nate in) paesi del medio oriente o del nord africa; il 30,8% sono dell'Europa orientale; il 15,4% provengono dall'America Latina.

Per le donne vittime straniere, l'aggressore nel 23,1% dei casi è un italiano, mentre nel 61,5% dei casi è anch'esso uno straniero. Invece, tra le donne vittime italiane, il 13,6% delle volte l'aggressore è uno straniero e nel 59,1% un italiano. La nazionalità dell'aggressore non è nota nel 22,9% dei casi.

Il livello d'istruzione delle donne che hanno acconsentito a partecipare allo studio è abbastanza alto: il 69% ha almeno un diploma o una laurea. Tuttavia, il 47,6% di tutte le vittime ha dichiarato di avere problemi economici o finanziari o di trovarsi in una condizione di dipendenza economica dal partner o da altro familiare. Tra le stesse donne più istruite (dal diploma in su), il 44,8% ha dichiarato di essere in difficoltà o in condizione di dipendenza economica.

Rispetto alle pazienti potenzialmente arruolabili nello studio negli ospedali sopra descritti (318 pazienti adulte vittime violenza; codice triage giallo), vi è stato un tasso di adesione del 12,8%. Questo dato conferma la difficoltà di agganciare pazienti di questo tipo e mantenerle in un percorso di trattamento prolungato. Inoltre, delle pazienti che è stato possibile agganciare alla dimissione o entro il percorso di presa in carico nei primi 3 mesi, è stato possibile portarne il 19,0% sino a un percorso assistenziale di 6 mesi, mentre è stato possibile mantenere nel percorso assistenziale dello studio per 12 mesi solo il 7,1% dei pazienti presi in carico (tabella 1.22). Tuttavia, poiché la compliance di presa in carico del paziente sino a 6 mesi di trattamento si osserva solo presso la Clinica Mangiagalli e gli ospedali della ASL TO2, appare più corretto procedere ai confronti di mantenimento in follow-up dei pazienti entro questa più limitata casistica. Per questi ultimi ospedali, il 38,1% delle pazienti arruolate nel follow-up sono rimaste nello studio sino a 6 mesi. Per gli ospedali della ASL TO2, che sono i soli a mostrare un mantenimento nello studio di pazienti sino a un anno, la compliance di presa in carico sino a 12 mesi è del 60% dei pazienti arruolati nello studio. Questi ultimi dati di compliance, seppur su una ridotta casistica, risultano comparabili con quelli osservati in letteratura internazionale riguardo agli studi prospettici sul riconoscimento e la presa in carico delle donne vittime di Intimate Partner Violence (MacMillan, 2009).

Per concludere, vale la pena osservare che le difficoltà di mantenimento nel percorso di trattamento del paziente vittima di abuso si sono incontrate in una casistica di pazienti caratterizzate da un elevato livello di stress psicologico indotto dall'evento violento. Secondo la scala di misurazione abbreviata del Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) utilizzata nello studio (Lang, 2012), un

paziente può essere considerato positivo al test di screening del PTSD ove riporti un punteggio maggiore o uguale a 14. Ora nel gruppo dei casi di violenza dello studio il 67,5% (I.C.95%: 53,0% - 82,0%) delle pazienti aveva un punteggio PTSD maggiore o uguale a 14, quindi erano valutabili come affette da disordine da stress post-traumatico. Invece, in un gruppo di controllo formato da donne senza storia di violenza, la corrispondente quota era del 12% (I.C.95%: 0,7%-24,7%). La differenza tra queste due proporzioni di soggetti ammalati nei due diversi gruppi risulta altamente significativa (diff. 55,5%; I.C.95%: 36,2%-74,8%; $p = 0,0000$).

Per valutare il livello di queste due diverse prevalenze di PTSD si possono prendere a confronto le prevalenze riportate in letteratura scientifica in caso di disastri tecnologici o di origine antropica (attacchi terroristici inclusi). Gli studi sulla prevalenza di PTSD nella popolazione generale dopo disastri hanno uniformemente documentato come tali prevalenze siano sistematicamente inferiori a quelle osservate tra le vittime dirette. Le prevalenze di PTSD nella popolazione generale a pochi anni da un disastro sono comprese in un range che va dal 1% al 11% della popolazione (Schlenger, 2002; Havenaar, 1997). Le prevalenze di PTSD tra le vittime di disastri di tecnologici o di origine antropica, nel primo anno dal disastro, sono riportate in letteratura scientifica essere comprese tra il 25% e il 75% del gruppo delle vittime dirette di disastri (Galea, 2005). Tali prevalenze risultano comparabili con quelle osservate in questo studio, rispettivamente per il gruppo di controllo e per quello delle vittime di violenza. Dunque, le vittime di violenza qui osservate mostrano una prevalenza di PTSD paragonabile a quella delle vittime dirette di grandi disastri.

Tab. 1.23

Punteggi su scala PTSD abbreviata PCL-C*: gruppo dei casi (donne vittime di violenza) e gruppo dei controlli (donne non vittime di violenza). Studio multicentrico di follow-up di donne in età fertile (15-49 anni) vittime di violenza relazionale.

Anni 2016-2017

Rango	Casi				Controlli			
	Score PTSD	N.	%	% cum.	Score PTSD	N.	%	% cum.
1	29	1	2,5	2,5	18	1	4,0	4,0
2	28	2	5,0	7,5	14	2	8,0	12,0
3	27	1	2,5	10,0	12	3	12,0	24,0
4	25	1	2,5	12,5	11	1	4,0	28,0
5	23	1	2,5	15,0	10	6	24,0	52,0
6	22	3	7,5	22,5	9	2	8,0	60,0
7	21	1	2,5	25,0	8	6	24,0	84,0
8	20	7	17,5	42,5	7	1	4,0	88,0
9	19	1	2,5	45,0	6	3	12,0	100,0
10	18	4	10,0	55,0				
11	17	1	2,5	57,5				
12	16	2	5,0	62,5				
13	15	1	2,5	65,0				

14	14	1	2,5	67,5				
15	13	2	5,0	72,5				
16	12	1	2,5	75,0				
17	11	1	2,5	77,5				
18	10	1	2,5	80,0				
19	9	3	7,5	87,5				
20	8	1	2,5	90,0				
21	7	2	5,0	95,0				
22	6	2	5,0	100,0				
Totale		40	100			25	100	
Media pond. Score PTSD.	16,9				9,8			
Dev. Std	6,4				2,8			
Coeff. di var.	38,1				28,87			
Me-diana pond.	18				10			

*evidenziati in arancio i valori con score PTSD \geq 14

Il punteggio medio di PTSD nel gruppo dei casi era di 16,9 (I.C.95%: 14,8% - 19,0%) [valore sopra la soglia critica di 14] a fronte di 9,8 (I.C.95%: 8,6% - 10,9%) nei controlli [valore sotto la soglia critica] (tabella 1.23).

La differenza tra le medie risulta statisticamente significativa ($t=5,2$; Diff.= 7,14; $p= 0.0000$). Similmente, la mediana era di 18 punti tra i casi [valore sopra la soglia critica] e 10 punti tra i controlli [valore sotto la soglia critica]. Questa differenza di mediane è statisticamente significativa ($\chi^2=20,2$; $p = 0.0000$).

Pertanto, si può affermare che il punteggio PTSD del gruppo delle vittime risulta significativamente superiore a quello dei controlli e che tale punteggio medio, a differenza di quello dei controlli, è superiore alla soglia di assegnazione di diagnosi di PTSD mediante procedura abbreviata di screening.

Discussione

Tra i limiti dello studio, vi è l'assenza di un ramo di "non trattamento" costituito da vittime di violenza non prese in carico dal team anti-violenza dopo la dimissione dall'ospedale. L'assenza di tale ramo dipende da insormontabili limiti etici, più che da problemi di organizzazione assistenziale e di adesione allo studio. Per ovviare a questo aspetto, si è arruolato come unico gruppo di controllo una serie di pazienti non vittime di violenza. Tale gruppo fornisce un riferimento dei valori di PTSD in una popolazione non soggetta a particolari e specifici stress. Riferimento utile per il confronto perché atto a fornire valori baseline. Tuttavia, seguire l'evoluzione nel tempo dei livelli di PTSD in un gruppo di controllo siffatto non avrebbe particolare utilità per lo studio in questione.

Tra i punti di forza del follow-up per il progetto REVAMP, si può citare l'impiego di un questionario da ritenersi sufficientemente completo, che permette di

rilevare tutti i principali fattori di rischio di vittimizzazione di violenza indicati dalla letteratura scientifica, e di monitorare lo stato di salute psico-fisica del paziente.

La disponibilità di informazioni valide e accurate inerenti i suddetti fattori, consentirà di valutare l'effetto simultaneo dei molteplici fattori sullo stato di salute della paziente. Per giungere a tali risultati si ha tuttavia bisogno di una maggiore dimensione campionaria: per questo motivo lo studio di follow-up sta continuando.

Allo stato attuale, quale risultato preliminare, si può sottolineare come tra le pazienti vittime di gravi e continuativi eventi di violenza in ambito relazionale vi sia una prevalenza di PTSD molto elevata, significativamente superiore al valore atteso nella popolazione generale.

1.5

SPUNTI EPIDEMIOLOGICI PER LA PREVENZIONE ED IL RICONOSCIMENTO DELLE VITTIME IN SETTING SANITARI

Le attività svolte per il progetto Revamp hanno cercato di ovviare a uno dei principali problemi inerenti la misurazione dei danni alla salute e del carico assistenziale causato da violenze verso soggetti vulnerabili: la standardizzazione degli indicatori e dei criteri di stima. Il tavolo di lavoro ha pertanto perseguito l'obiettivo di concordare i criteri di selezione e stima utili alla produzione di indicatori confrontabili. I risultati ottenuti dalle fonti dati italiane sembrano confermare anche per l'Italia i trend epidemiologici messi in luce a livello di sorveglianza europea, come la tendenza alla riduzione della mortalità da violenze e un incremento degli accessi a setting sanitari, probabilmente correlabile a una maggiore capacità di riconoscimento (EuroSafe, 2014).

Naturalmente l'interpretazione dei risultati deve tener conto del problema della sottostima, non solo marcato ma anche differenziale nei diversi setting regionali. Indipendentemente dai gradienti geografici che emergono dal confronto degli indicatori e dalle differenti percentuali di sottostima, la valorizzazione delle fonti sanitarie ai fini di dimensionamento del problema consente di trarre alcuni spunti di interesse per l'organizzazione delle attività mirate al riconoscimento svolte da operatori sanitari in setting sanitari, specie ospedalieri. Spunti che riguardano anche l'attenzione alle politiche sociali, con la conferma della validità anche per il territorio italiano di suggestioni fornite da organismi sovranazionali che hanno indagato il tema. Spunti di seguito sintetizzati.

- I trend temporali indagati non hanno evidenziato una accentuazione del problema associabile al periodo di crisi economica, ma alcuni indicatori prodotti rendono plausibile pensare che le difficoltà economiche abbiano contribuito a incrementare l'occorrenza di eventi in nuclei familiari precedentemente a basso rischio.
- Il problema delle violenze interpersonali compiute in ambito domestico o da conoscenti e amici (ambito relazionale) rappresenta un problema di salute di particolare interesse per gli operatori sanitari, data la cospicua quota di non riconoscimento: la formazione specifica degli operatori e l'attivazione di procedure "codice rosa" rappresentano i primi passi verso un più cospicuo numero di vittime riconosciute e quindi prese in carico.

- Le violenze interpersonali compiute in ambiente familiare si caratterizzano per la recidiva: eventi sentinella riconosciuti nei Pronto Soccorso possono essere utilizzati per il riconoscimento dei soggetti e delle situazioni familiari a maggior rischio. Procedure di screening (o di clinical finding) attuate in luoghi di cura o di assistenza sanitaria o sociale favoriscono il riconoscimento delle violenze non denunciate (O'Doherty, 2015; WHO, 2013a).
- Facilitare le modalità di accesso ai percorsi di presa in carico ed accompagnamento, contribuisce a ridurre la mancata segnalazione e denuncia delle situazioni familiari critiche (Ellsberg, 2015).
- L'identificazione delle situazioni a maggior rischio può favorire la prevenzione delle violenze successive, inclusi gli esiti più gravi (rischi di escalation), compresi i femminicidi.
- Il problema degli abusi e maltrattamenti, riguardante soprattutto le fasce di età pediatriche e anziane, rappresenta una quota rilevante ma ancora poco indagata e conosciuta, delle violenze verso soggetti vulnerabili; nel presente studio sono state definite "violenze" anche quelle situazioni familiari che, pur non determinando eventi traumatici acuti per aggressione, si esplicano come condizioni croniche e continuate di abuso, abbandono e maltrattamento; tali condizioni determinano verosimilmente accesso delle vittime ai setting sanitari in fase già avanzata di danno alla salute.
- La ridotta sensibilità delle fonti informative: la sottostima delle violenze e dei maltrattamenti su soggetti come bambini e anziani è ancora maggiore di quanto avviene per le violenze su donne giovani e adulte; ne è conseguita una minore attenzione sociale e sanitaria al problema dei maltrattamenti di bambini e anziani.
- Esistono ulteriori lacune informative, riguardanti sia l'incompleto passaggio di informazioni tra setting sanitari sia un incompleto ritorno delle informazioni dai setting di presa in carico e accompagnamento sociale ai setting sanitari segnalanti i casi.
- Lo sviluppo di protocolli e di capacità degli operatori e dei servizi va accompagnato al coordinamento tra le istituzioni coinvolte nel tema e alla creazione di reti di riconoscimento (García-Moreno, 2015).
- Potenziare il raccordo tra centri, prevedendo una Rete regionale sanitaria di prevenzione e sostegno, favorirebbe l'impianto di un sistema di monitoraggio sensibile.
- La grande attenzione posta al riconoscimento ed alla presa in carico delle vittime non si accompagna ad analoga attenzione alla prevenzione (WHO, 2014).
- La maggiore frequenza del problema in famiglie e ambienti socialmente fragili, nelle donne che vivono sole, specie se separate e con figli, richiama il ruolo preventivo delle politiche sociali e del territorio.
- Riconoscere la valenza sociale del problema significa promuovere il raccordo interistituzionale e multidisciplinare tra settori pubblici e privati del territorio che operano per contrastare la violenza verso soggetti deboli.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Domestic Violence and Abuse screening in emergency department: A rapid review of the literature. *J Clin Nurs*. 2017; 26(21-22):3271-3285. DOI: 10.1111/jocn.13706.
- Bagattini D, Caterino L, Pedani V. (a cura di). Ottavo rapporto sulla violenza di genere in Toscana: anno 2016: un'analisi dei dati dei Centri antiviolenza. Regione Toscana, 2016. <http://www.regione.toscana.it/-/ottavo-rapporto-sulla-violenza-di-genere-in-toscana-anno-2016>
- Birosca BJ, Smith PK et al. IPV against women: Findings from one State's ED surveillance system. *J Emerg Nurs* 2006; 32:12-6. DOI:10.1016/j.jen.2005.11.002
- Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med*. 2013 Feb;29(1):257-73. DOI: 10.1016/j.cger.2012.09.004.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002;359(9314):1331-6. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Cesaroni G, Badaloni C, Romano V, Donato E, Perucci CA, Forastiere F. Socioeconomic position and health status of people who live near busy roads: the Rome Longitudinal Study. *Environ Health*. 2010;9:41. DOI: 10.1186/1476-069X-9-41
- Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (a cura di). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Inferenze. Milano, 2017
- Dillon G, Hussain R, Loxton D & Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine*. 2013, Article ID 313909. DOI: 10.1155/2013/313909
- Domenech Del Rio I., Sirvent Garcia Del Valle E. Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence-Evidence From Spain. *Violence Against Women*. 2016 Oct 11. DOI:10.1177/1077801216671220
- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015; 18;385(9977):1555-66. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61703-7
- EuroSafe. Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2010-2012. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe). Amsterdam, 2014. http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/IDB_Report_2014_final%202010-2012.pdf
- EuroSafe. Injuries in the European Union, Summary on injury statistics 2012-2014. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe). Amsterdam, 2016. http://www.bridge-health.eu/sites/default/files/EuropeSafe_Master_R4_Single-Page_12102016%20%281%29.pdf
- Farchi S, Polo A, Asole S, Ruggieri MP, Di Lallo D. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Womens Health*, 2013;13(1), 31. DOI: 10.1186/1472-6874-13-31
- Fernbrant C, Essén B, Östergren PO, Cantor-Graae E. Perceived threat of violence and exposure to physical violence against foreign-born women: a Swedish population-based study. *Women's Health Issues*, 2011; 21(3), 206-213. DOI:10.1016/j.whi.2010.12.001.
- Fossa G, Volpe A, Verde A. (a cura di). Donne vittime di violenza. I dati del pronto soccorso liguri e la rete regionale di aiuto e di sostegno. I Quaderni dell'Agenzia n.17, Agenzia Regionale Sanitaria ARS Liguria, Genova, 2015. www.alisa.liguria.it/inde1.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1634&Itemid=361
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews* 2005; 27: 78-91. DOI:10.1093/epirev/mxi003

- García-Moreno C, Hegarty K, Flavia Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain A, Colombini A, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015; 385(9977):1567-79. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
- Haagsma JA, Polinder S, Lyons RA, Lund J, Ditsuwan V, Prinsloo M, Veerman JL, van Beeck EF. Improved and standardized method for assessing years lived with disability after injury. *Bull World Health Organ*. 2012;90(7):513-21. DOI:10.2471/BLT.11.095109
- Havenaar JM, Rummyantzeva GM, van den Brink W, et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-1607 DOI:10.1176/ajp.154.11.1605
- HFA Europe (European Health for All database). Updated: July 2016. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- Holder Y, Peden M, Krug E, et al. (Ed.). *Injury surveillance guidelines*. Geneva: World Health Organization. 2001. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat). La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Istat, 5 giugno 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/161716>
- Lang AJ, Wilkins K, Roy-Byrne PP, Golinelli D, Chavira D, Sherbourne C, Rose RD, Bystritsky A, Sullivan G, Craske MG, Stein MB. Abbreviated PTSD Checklist (PCL) as a Guide to Clinical Response. *General Hospital Psychiatry* 2012; 34: 332-338. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2012.02.003
- Louwers EC., Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child* 2011;96:422-425 DOI:10.1136/adc.2010.202358
- Mamo C, Bianco S, Dalmaso M, Girotto M, Mondo L, Penasso M. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy. *Journal of Family Violence*, 2015;30(7): 853-858. DOI:10.1007/s10896-015-9726-6
- MacMillan HL, Wathen CN; Jamieson E et al.; for the McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *JAMA* 2009;302(5):493-501. DOI:10.1001/jama.2009.1089
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Jul 22;7:CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
- Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs*. 2007;16(9):1736-48. DOI:10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x
- Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T. Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005; 90. DOI:10.1136/adc.2003.040790
- Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues*. 2009;19(5):335-43. DOI:10.1016/j.whi.2009.07.004
- Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *JAMA* 2002;288:581-8
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61030-2
- Teeuw AR, Derkx BHF, Koster WA and van Rijn RR. Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*. 2012; 171. DOI:10.1007/s00431-011-1551-1
- Townsend C, Rheingold AA. Estimating a child sexual abuse prevalence rate for practitioners: A review of child sexual abuse prevalence studies. Charleston, S.C., Darkness to Light. 2013. Retrieved from www.D2L.org/1in10

- Whiting K, Liu LY, Koyuturk M, Karakurt G. Network map of adverse health effects among victims of intimate partner violence. *Pac Symp Biocomput*. 2016; 22: 324-335. DOI:10.1142/9789813207813_0031
- World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization, 2013(a). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization, 2013(b). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- World Health Organization (WHO). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization. 2014. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

Tavolo di lavoro 2

VIOLENZA: RICONOSCIMENTO E DIAGNOSI

Claudio Pagliara | U.O.C. Promozione ed Etica della Salute - Direzione Sanitaria

Patrizio Schinco | Centro Supporto Vittime Violenza Demetra, Presidio Molinette, AOU Città Salute e Scienza Torino

LA VIOLENZA DOMESTICA E SESSUALE

La violenza domestica è un'emergenza sanitaria che riguarda ogni professionista dell'urgenza. La Violenza Domestica è agita all'interno di una coppia o di una struttura sociale. Ha come caratteristiche prevalenti la violenza verbale e psicologica come la denigrazione e la svalorizzazione. Frequenti sono le percosse, le minacce e l'imposizione sessuale. È un fenomeno gravemente ignorato e purtroppo presente in molte situazioni indipendentemente dal ceto sociale e dalla situazione reddituale. Sono colpiti donne, anziani, bambini: una donna su 5 è vittima di violenza coniugale, dal 5 al 10 % delle donne sono vittime di violenza coniugale nell'arco di un anno, dal 20 al 30 % delle donne che si presentano al Pronto Soccorso presentano sintomi conseguenti al maltrattamento domestico. Le donne sono più a rischio di violenza nelle loro case. Rispetto alla violenza sessuale occasionale la violenza domestica è ripetuta e tende alla cronicità ed al progressivo aggravamento fino al rischio di perdita della vita della vittima. La violenza è la maggior causa di morte per le donne fra i 16 e i 44 anni. La metà delle morti per causa violenta nelle donne avviene fra le mura domestiche.

L'INDAGINE ISTAT 2006

Secondo l'indagine condotta dall'Istat nel 2006, sono circa 6.743.000 le donne in Italia che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, 1.073.000 donne hanno subito stupro o tentato stupro e 1.150.000 le donne hanno subito violenza negli ultimi 12 mesi. La violenza si manifesta dieci volte più frequentemente di quanto non sia percepito dai medici o da altri operatori sanitari. La percezione del fenomeno è molto sottostimata in sanità: l'80% dei medici generici, il 70% dei medici di P. Soccorso, il 55% degli Operatori dei servizi territoriali non hanno mai sospettato casi di violenza domestica nella loro vita professionale. Eppure le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate ed il 10 % delle donne maltrattate abusa di farmaci prescritti dal medico. Nella maggioranza dei casi gli infermieri e i medici dell'Urgenza non si sentono preparati

ad affrontare questo problema e non sono specificatamente formati a gestire una relazione d'aiuto. Il Pronto Soccorso è spesso il solo luogo dove le vittime di violenza domestica si rivolgono e dove possono trovare rifugio temporaneo. Molti episodi di violenza, culminati in omicidi, hanno mostrato che la vittima si era rivolta in precedenza ai servizi sanitari d'emergenza senza che fosse attuato alcun provvedimento efficace. La maggior parte dei medici redige certificati in modo non corretto o non utilizzabile. La raccolta dei certificati medici nel corso degli anni rappresenta una prova della durata e del ripetersi della violenza oltre che dell'estensione del fenomeno. La violenza domestica non è un atto privato ma un reato: l'operatore di Pronto Soccorso ha precisi obblighi da rispettare, la cui ignoranza potrebbe essergli imputata e la cui inosservanza può causare grave pregiudizio alla vittima.

Dalla riforma delle professioni sanitarie del 1998 non è più solo il medico ad avere l'obbligo del referto, ma ogni esercente una professione sanitaria.

Per i motivi in premessa è molto utile che il personale del servizio d'urgenza riceva un'adeguata formazione specifica e disponga di elementi e linee guida appropriate che siano finalizzate a facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori, offrendo una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantendo riservatezza e disponibilità all'ascolto, oltre alla testimonianza del fatto accaduto. Un Protocollo specifico deve essere alla portata di ogni operatore per facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori. Il personale addetto deve essere in grado di offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all'ascolto, testimonianza del fatto accaduto. Il personale deve conoscere e utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi e agli obblighi di legge previsti per il fatto e ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale reperito per l'invio all'autorità giudiziaria.

Tali competenze sono richieste dal curriculum europeo dei medici dell'emergenza (Specific aspects in EM: Abuse and violence in adults and children).

Le ricadute della violenza domestica sulla salute della popolazione anziana, femminile ed infantile sono drammatiche. I costi sociali e sanitari sono elevati: generando disagio sociale e patologie mediche gravi e talvolta invalidanti.

I costi economici in termini di ridotto o mancato accesso al lavoro, peggiori dinamiche di imprenditorialità femminile, giornate di malattia, riduzione della scolarità e degli studi delle vittime e dei figli sono enormi.

EFFETTI SULLA SALUTE FISICA E MENTALE

Effetti fisici :

- Ferite, lacerazioni, fratture, danni agli organi interni
- Gravidanze non desiderate
- Disturbi ginecologici. Malattie sessualmente trasmesse compreso HIV. Aborto spontaneo. Disturbo infiammatorio della pelvi. Dolore cronico della pelvi. Eemicranie
- Invalidità permanente
- Asma
- Sindrome da irritabilità intestinale
- Comportamenti autolesionisti (alcolismo tabagismo, sesso senza protezione)

Effetti sulla salute mentale:

- Depressione. Paura. Ansia. Scarsa autostima. Disfunzioni sessuali.

- Disturbi dell'alimentazione.
- Disturbi ossessivi compulsivi.

Esito fatale:

- Suicidio
- Omicidio (del partner o dei figli).
- Mortalità materna.
- HIV

MANAGEMENT DEI CASI DI VIOLENZA DOMESTICA E/O SESSUALE IN PRONTO SOCCORSO

- Accoglienza e protocollo d'individuazione.
- Acquisizione del consenso al trattamento dati ed acquisizione ed alla cessione delle prove giudiziarie.
- Anamnesi con storia medica dell'aggressione.
- Esame obiettivo completo.
- Acquisizione delle tracce.
- Esecuzione di accertamenti biologici.
- Compilazione disegni anatomici.
- Rilevazione del rischio.
- Esecuzione fotografie.
- Provvedimenti preventivi anticoncezionali.
- Chemiopprofilassi empirica delle malattie sessualmente trasmesse.
- Richiesta di consulenze specialistiche.
- Adempimento obblighi normativi
- Informazione centri antiviolenza e servizi presenti sul territorio
- Eventuale attivazione dei servizi sociali in caso di presa in carico
- Proposta follow up

TRIAGE: Verificare se le vittime presentino segni visibili di trauma fisico, o asseriscano di essere state vittime di violenza o presentino crisi di panico e stati d'ansia. Non parlare con la vittima davanti ad altri utenti. Verificare chi è l'accompagnatore e non porre le domande davanti a lui. Nei casi dubbi rilevare gli indici di sospetto comportamentali/psicologici. Nel dubbio segnalare al medico di sala con telefonata o accompagnare direttamente il/la paziente in sala di visita. Nel dubbio consegnare l'opuscolo del centro antiviolenza.

IN SALA VISITA: Massima attenzione all'ambiente ed alla riservatezza. Atteggiamiento degli operatori, rassicurante, disponibile all'ascolto, non frettoloso. Presenza dei soli operatori necessari del servizio con esclusione di ogni altra persona. Esecuzione delle procedure e degli spostamenti strettamente necessari. Offrire spiegazioni su tutto l'iter della visita, degli esami e della refertazione. Se non si dispone della privacy necessaria cercare studio riservato. Avvisare eventuali consulenti necessari. Non fare domande dirette sull'episodio acuto di Violenza Interpersonale se non ammesso esplicitamente. In caso di sospetto o riferito pericolo di vita procedere, previo consenso, alla compilazione della scheda di rilevazione del rischio DA5.

Nei casi sospetti valutare gli accessi precedenti per fini sanitari, rilevare gli indici di sospetto anamnestic, comportamentale/psicologico e fisico. Porre con tatto le domande del protocollo di attenzione (screening) nel corso della visita medica.

CONSENSI

Richiedere il consenso al trattamento dei dati, al prelievo e all'utilizzo, detenzione e cessione di esami e tracce con finalità giudiziarie. Compilare datare e firmare a cura dei sanitari e della vittima. Il consenso al trattamento dei dati personali è lo stesso per tutti gli utenti del Pronto Soccorso e non è immediatamente necessario nelle situazioni di urgenza. (art. 10 legge 675 31/12/1996 e seguenti).

STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE

Dati anagrafici. Dati anamnestici con particolare rilevanza con quelli connessi con le aggravanti specifiche del reato (violenza di gruppo, continuazione del reato, violenza su minore, etc.). Esecuzione di un esame obiettivo dettagliato e finalizzato alla repertazione ed alla refertazione del fatto. Documentazione di tutti gli elementi necessari per una successiva perizia medico legale. Compilare e firmare a cura dei sanitari.

CIRCOSTANZE E MODALITÀ DEL FATTO

Riportare con precisione il racconto della vittima facendo emergere i fatti essenziali: data e luogo, notizie sull'aggressore/i: numero, conoscenza, grado di parentela, testimoni, ingestione di stupefacenti/alcool, perdita di coscienza, sequestro e lesioni fisiche, penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta, uso di profilattici, avvenuta eiaculazione, manipolazioni digitali. Riportare il tempo passato fra la violenza e la visita, riportare eventuale pulizia delle zone lesionate o penetrate, cambio di indumenti e biancheria intima, eventuali minzioni o defecazione. Segnalare assunzione di farmaci. Segnalare rapporti sessuali avvenuti prima e dopo l'aggressione. Riportare la sintomatologia riferita dalla paziente (cefalea, dolori, algie pelviche, disturbi genitali o perianali). Riportare sintomi psichici manifestati: paura, impotenza, orrore, assenza di reattività emozionale, stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, pensieri, sogni, flash-back etc.

ESAME OBIETTIVO

Esame obiettivo generale con descrizione delle lesioni anche con riferimenti temporali alle lesioni pregresse.

Esame ginecologico**Esame pelvico****Esame orale**

Lesioni traumatiche o contusive. Arrossamenti. Escoriazioni. Soluzioni di continuo superficiali. Soluzione di continuo profonda. Aree ecchimotiche. Sanguinamenti. Lesioni traumatiche contusive: grandi labbra, piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, regione perianale, regione anale, regione orale. Annotare le lesioni sulle figure anatomiche.

REPERTAIONE DELLE TRACCE

Per la repertazione/conservazione delle tracce e la catena di custodia delle prove fare riferimento alle Linee Guida Dei Genetisti Forensi Italiani.

ESECUZIONE PRELIEVI (REPERTAIONE A SCOPO GIUDIZIARIO)

- Batteriologici
- Ematochimici
- Tossicologici

- Infettivologici
- Ricerca spermatozoi
- Conservazione del materiale biologico e degli indumenti della vittima

INDUMENTI ESTERNI, INTIMI E PRELIEVO DI MATERIALE ESTRANEO

Fare asciugare tutti gli indumenti bagnati o umidi in aria prima di confezionarli (almeno 1 ora o finché siano asciutti) laddove non sia possibile chiuderli in busta di plastica sigillata e conservarli a -20°C°. Qualora la vittima abbia cambiato indumenti dopo l'aggressione prelevare solo i capi a diretto contatto con i genitali della vittima stessa. Informare, nel caso di denuncia o procedibilità d'ufficio, la polizia giudiziaria dell'eventuale cambio di indumenti in modo da permettere il recupero degli indumenti usati al momento dell'aggressione. Non tagliare eventuali strappi, macchie, o buchi presenti negli indumenti. Non scuotere gli indumenti per non perdere eventuali tracce di prove. Utilizzare solo sacchetti di carta del tipo usato dagli alimentari. Stendere sul pavimento un lenzuolo pulito. Prendere un lenzuolino di carta ripiegato e stenderlo sopra il lenzuolo già steso per terra. Indicare alla vittima di spogliarsi lentamente in piedi al centro del lenzuolino di carta e farsi consegnare ciascun indumento tolto. Ogni indumento andrà messo in un sacchetto etichettato come ABBIGLIAMENTO ESTERNO. Gli slip andranno messi in un sacchetto apposito. Riavvolgere il lenzuolino su cui la vittima si è spogliata e metterla in un sacchetto etichettato come MATERIALE ESTRANEO. Pinzare tutti i sacchetti chiusi e compilare tutte le informazioni richieste sulle rispettive etichette con pennarello indelebile o etichetta adesiva.

IL PRELIEVO DI MATERIALE RESIDUO

Se disponibile utilizzare lampada UV. Prelevare un lenzuolino ripiegato preferibilmente sterile, aprirlo su superficie piana e raccogliere tutto l'eventuale materiale residuo presente sulla vittima (sporizia, capelli, foglie, fibre, insetti etc) metterlo sul foglio e ripiegarlo. Rimettere i foglietti di carta riavvolti ed etichettati nelle buste MATERIALE RESIDUO, sigillare la busta, compilare tutte le informazioni richieste, compresa l'annotazione sui disegni anatomici della parte da cui è stato prelevato il campione.

PRELIEVO DEI PELI PUBICI CON IL PETTINE

- Prendere una salvietta di carta ed un pettine.
- Far sdraiare la vittima avendo posizionato la salvietta sotto la zona lombare.
- Utilizzando il pettine in dotazione, pettinare il pelo pubico verso il basso, facendo cadere eventuale materiale o peli sulla salvietta.
- Togliere la salvietta, mettere al centro il pettine, ripiegare e mettere in una busta.

PRELIEVO DI PELI PUBICI A STRAPPO

Tirare e non tagliare 15-20 peli pubici interi e metterli in una busta apposita.

PRELIEVI DI CAMPIONI BIOLOGICI**Tampone e striscio vaginale**

Prelevare solo in caso di penetrazione vaginale (fino a 7-10 gg è possibile reperire gli spermatozoi). Non macchiare o usare agenti chimici. Non inumidire i tamponi prima del prelievo del campione.

Prelevare separatamente campioni SU TERRENO DI COLTURA per ricer-

ca di neisseria gonorrea, clamydia trachomatis, batteri. Tamponare attentamente la volta vaginale usando contemporaneamente due tamponi. Ripetere con altri due tamponi. Preparare due strisci sui vetrini forniti. Dopo l'asciugatura mettere i tamponi nelle due scatolette apposite e i vetrini nel portavetrini, etichettare come DNA VAGINALE sulle scatolette dei tamponi e sul portavetrini.

Inviare al Laboratorio di Microbiologia i campioni con terreno di coltura per la ricerca degli agenti infettanti che devono essere separati da quelli del kit antistupro.

Tampone e striscio ano-rettale

Prelevare solo in caso di penetrazione rettale, non macchiare o usare agenti chimici, non inumidire i tamponi rettali prima del prelievo del campione. Eseguire entro 5 giorni.

Tampone anale – 2 tamponi strisciarli sulla cute perianale. Inserirlo nella custodia e conservare a 4°C in frigorifero. Etichettare TAMPONE ANALE sul contenitore.

Tamponi rettali: tamponare il canale rettale con due tamponi, effettuare lo striscio sui due vetrini inserirli nella custodia e conservare a 4 °C in frigorifero per 24-48 ore al max o se vi è la possibilità mettere nel freezer a – 20°C a tempo indeterminato. Riporre lo striscio sul portavetrino ed i tamponi nella scatoletta.

Etichettare TAMPONE RETTALE sul contenitore.

Tampone e striscio orale entro 24 ore

Prelevare solo in caso di contatto oro-genitale. Non macchiare o usare agenti chimici. Non inumidire i tamponi prima del prelievo del campione.

Tamponare la zona orale e la rima gengivale contemporaneamente con due (2) tamponi, effettuare lo striscio su entrambi i tamponi. Far asciugare 1 ora all'aria , poi riporre lo striscio sul portavetrino ed i tamponi nel contenitore inserirlo nella custodia e conservare a 4 °C per 24-48 ore al max o inviare nel freezer a –20°C a tempo indeterminato. Etichettare ORALE sul contenitore.

Prelievo di capelli a strappo

Tirare (e non tagliare) almeno 5 capelli in tutta la lunghezza da ciascuna delle seguenti zone nuca, centro, lato destro, lato sin. Metterli in una busta apposta, sigillare. Etichettare CAPELLI.

Campione di saliva

Il soggetto non deve aver mangiato o bevuto da 25 minuti prima del prelievo, prendere un dischetto di carta porosa, senza toccare la parte interna. Mettere il dischetto piegato nella bocca in modo da imbibire la parte interna. Far asciugare, mettere nel sacchetto di carta, etichettare SALIVA.

Campioni di sangue e urine

- Campioni di sangue per Gruppo sanguigno e DNA
- Campioni di sangue per esami tossicologici. provette.
- Campioni di urina per esami tossicologici.
- Campioni di sangue per VDRL, HCVab, Clamidia, HBSAg. Campione di urina per test di gravidanza.

Prelevare due provette di sangue per tipizzazione di gruppo e DNA, inse-

rire in busta , sigillare ed etichettare: CAMPIONI DI SANGUE. Prelevare i restanti campioni per tossicologico e per esami sierologici ed inviare al laboratorio specificando che si tratta di reperti ad uso giudiziario. Questo materiale va conservato come il restante in frigorifero a 4°C per max 24-48 ore poi in freezer a –20°.
Prelevare anche le provette per uso clinico da inviare separatamente .

Campioni di unghie

Raschiare le unghie della vittima solo se si nota materiale estraneo.

Scraping con appositi puntali e raccolta del materiale prelevato da ciascun'unghia in singole provette da 1,5 ml (con etichetta recante indicazione della sede del prelievo) . Conservare in frigorifero per 24-48 ore al max o se vi è possibilità mettere nel freezer a – 20° . Etichettare RASCHIATURA UNGHIE DITO x MANO SINISTRA. Ripetere il tutto per la mano destra. Etichettare RASCHIATURA DITO MANO DESTRA.

Tampone cutaneo

Se il/la paziente non si è lavato.

Serve a raccogliere saliva o sperma nelle sedi indicate in base all'anamnesi.

Inumidire 1 tampone con sol. Fisiologica e strisciarlo sulla cute di contatto indicata dalla vittima. Asciugare il tampone 1 ora all'aria , inserirlo nella custodia e conservare a 4 °C in frigorifero per 24-48 ore al massimo oppure mettere tutto nel freezer a –20°C a tempo indeterminato.

Disegni anatomici

Annotare eventuali rinvenimenti sul corrispondente disegno anatomico.

Documentazione fotografica delle lesioni

Eseguire fotografie delle lesioni rilevate ponendo vicini un oggetto di dimensioni facilmente riconoscibili od un centimetro, sviluppare e riporre in una bustina di pluriball, sigillare etichettare FOTOGRAFIE. Nel caso di uso di macchina digitale estrarre la memoria e conservarla in busta antimagnetica. Le fotografie devono essere riconducibili al soggetto in questione.

CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

NORLEVO® (levonorgestrel) 0,75 mg 2 cpr O LEVONELLE® 1 cp subito

oppure

EVANOR D® o NOVOGIN 21 (2 cpr subito e 2 cpr dopo 12 ore). Tale procedura deve essere eseguita entro le 72 ore dal rapporto.

CHEMIOPROFILASSI EMPIRICA

Ceftriaxone (Rocefin®) 250 mg im o Spectinomocina 2 gr im più Doxiciclina (Bassado®) 100 mg x 2 x 7gg

Se la donna è gravida la Doxiciclina va sostituita con Azitromicina 500mg x 2 (Zitromax®)

oppure:

Metronidazolo (Deflamon®) 2 cpr x 4 in 24 ore (2 gr totali) per os (non va somministrato nel 1° trimestre di gravidanza) più Azitromicina (500 mg 1 cp x 2

PROFILASSI EPATITE B

Ig specifiche 0,06 ml/kg i.m. subito e dopo 30 gg serve un consenso informato

PROFILASSI HIV

Solo se vi è indicazione anamnestiche ed in caso di contatto con liquidi biologici.

CONSULENZE

REFERTAZIONE PER DENUNCIA A QUERELA ENTRO I TERMINI CONSENTITI DALLA LEGGE

BIBLIOGRAFIA

- Roberta Petrino, Gunnar Ohlen, European Curriculum for Emergency Medicine. EuSEM Task Force on Curriculum approved by the Council of the European Society for Emergency. May 2008)
- Unicef: La violenza domestica contro le donne e le bambine .Innocenti Digest .n.6 -Giugno 2000
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1997) 'Violence Against Women. Information Kit'. WHO/FRH/WHD/97.8. Ginevra: OMS.
- Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA 1997; 277:1357-1361.
- Thackery J, Stelzner S, Miller C, Screening for Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence 2007; 22:6; 659-670
- Reyes C., Rudman WJ, Hewitt CR: Domestic Violence and Health Care: Policies and Prevention. The Haworth Medical Press. Women and health . Volume 35 Nr.2-3 , 2002 1-203
- Gonzo L.: Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori. Un'indagine nell'Azienda Usl di Bologna. Comune di Bologna. 1997.
- P.Schinco P., Arcari M., Vendrame R. : Violenza domestica e Pronto Soccorso, efficacia di un programma di formazione per il personale . FCE News Ottobre 2008.
- Baccini F., Pallotta N., Badiali D., et al.: Prevalenza di maltrattamenti fisici e/o sessuali in pazienti con disturbi cronici gastrointestinali. Neuro-gastroenterologia 1998 .4:101-104.
- Roberts GL, Lawrence JM, O'Toole BI, et al: Prevalence Study of Domestic Violence Victims in an Emergency Department. Annals of Emergency Medicine, 1996, 27(6) :747-753.

ALLEGATO 1 | INDICI DI SOSPETTO PER PROCEDURA DI MALTRATTAMENTO

INDICATORI COMPORTAMENTALI/PSICOLOGICI

- Atteggiamento contraddittorio o evasivo
- Paziente riluttante a parlare in presenza del partner
- Partner dispotico / iperprotettivo / controllante
- Atteggiamenti difensivi incongrui
- Agitazione, stato d'ansia e paura
- Atteggiamento depresso
- Sguardo fisso, apatia, mutismo
- Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo
- Comportamento autolesivo – abuso di alcool, droga, cutting
- Intenzioni suicide
- Eccesso di adattabilità
- Disforia, umore negativo e altalenante
- Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia
- Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo, che evita il contatto oculare o si sottrae a contatto fisico

INDICATORI ANAMNESTICI

- Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli
- Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone
- Ritardo nel chiedere soccorso
- Dinamica non correlabile alle lesioni
- Lesioni/problemi durante la gravidanza o aborti reiterati
- Storia di abuso durante l'infanzia
- Istituzionalizzazione
- Depressione
- Disturbi del sonno
- Disturbi del comportamento alimentare
- Tentati suicidi

INDICATORI FISICI

- Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica)
- Lesioni traumatiche:
 - testa ed al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strappati)
 - seno, zone genitali
 - lato ulnare avambraccio
 - in zone nascoste dagli abiti
- Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola)
- Ustioni, bruciacature
- Ferite da arma da taglio
- Problematiche ginecologiche
- Aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/bambino nato morto
- Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ...)
- Dolore cronico
- Sintomatologia vaga e diffusa
- Malnutrizione
- Avvelenamento intossicazione

ALLEGATO 2 | PROMEMORIA ESAME CLINICO - SCHEDA

Premesso che la diagnosi, la presa in carico ed il trattamento della violenza (abuso sessuale e maltrattamento) sono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti clinici, aspetti medico-legali, psicologici, sociali e giuridici, è bene ricordare che la visita riveste un ruolo di estrema importanza per la raccolta delle prove.

La visita deve comprendere:

- Anamnesi fisiologica
- Anamnesi familiare
- Anamnesi patologica remota
- Anamnesi patologica prossima
- Consenso informato
- Descrizione di ciò che è accaduto
- Esame clinico
- Repertamento di materiale biologico
- Adempimento obblighi normativi
- Rilevazione del rischio

La descrizione del fatto

La raccolta del racconto della persona che ha subito il maltrattamento/violenza sessuale deve essere riportata in cartella clinica, sulla scheda di pronto soccorso, premettendo sempre «la/il paziente riferisce: ...», utilizzando le parole della persona presa in carico evitando interpretazioni e «traduzioni» in linguaggio medico/giuridico.

L'esame clinico

Esame obiettivo: esame obiettivo generale e locale con attenta osservazione delle lesioni, con descrizione anche dell'habitus del soggetto, al fine di individuare il quadro clinico specifico dopo attenta diagnosi differenziale (es. presenza di ecchimosi diffuse in soggetto che assume anticoagulanti)
Ricerca di lesioni: ecchimosi, escoriazioni, ferite lacere, fratture, rotture di visceri, lesioni da arma bianca, lesioni da arma da fuoco, ustioni ...

Fotografia delle lesioni può essere effettuata dopo aver avuto il consenso dell'avente diritto. Ricordarsi di segnalare in cartella che sono state eseguite immagini fotografiche che vanno conservate rispettando i dettami della privacy (es. computer con password di accesso, non collegato ad internet, password per accedere alle cartelle fotografiche). Ideale sarebbe avere a disposizione una macchina fotografica dedicata (se non fosse possibile scaricare immediatamente le immagini dalla propria apparecchiatura)

La documentazione fotografica è importante per completare la descrizione e per mantenere nel tempo il ricordo delle lesioni. Per collocare facilmente la lesione è bene scattare immagini fotografiche partendo dal generale e poi soffermandosi sul particolare. La lesione andrebbe fotografata sia senza riferimento metrico che con riferimento metrico, oltre che con il riferimento del caso. È possibile laddove le lesioni siano numerose utilizzare anche degli indici alfa-numeriche da riportare poi nella descrizione e nello schema corporeo. Se possibile asciugare le parti da fotografare per evitare riflessi, porre attenzione anche all'illuminazione dell'ambiente. Scattare le foto il più ortogonale possibile rispetto al corpo.

Descrizione delle lesioni

Che cosa riportare:

- iniziare la descrizione dalla testa e proseguire con collo, tronco, arti superiori e arti inferiori
- Sede: utile avere punti di riferimento (es vertice del capo, piano di appoggio) misurando la distanza della lesione da essi

Le escoriazioni

Sono caratterizzate da perdita di sostanza che coinvolge la cute o le mucose. Le escoriazioni sono per lo più causate da sfregamento e strisciamento, alcune volte da compressione (in questo caso ripetono la forma dell'oggetto che le ha determinate).

Le escoriazioni superficiali non sanguinano perché non vanno ad interessare le papille dermiche, al massimo si può avere fuoriuscita di linfa. Le escoriazioni profonde sono caratterizzate da fuoriuscita di sangue con formazione di croste. È necessario descrivere oltre alle caratteristiche prima ricordate (sede, dimensione, forma) anche la presenza o meno di lembetti epidermici utili per capire da quale parte è giunto il corpo contundente che ha determinato la lesione (direzione della violenza traumatica).

Le escoriazioni in caso di maltrattamento e violenza sessuale sono da ricercare anche a livello del collo (strangolamento, strozzamento), orifizi delle vie aeree (soffocamento), o a livello polsi e caviglie (segni da legatura)

Le ecchimosi

Lesioni determinate dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti con fuoriuscita di sangue che, se non può riversarsi all'esterno, infiltra i tessuti circostanti e si raccoglie in spazi preesistenti o in spazi che si creano per scollamento.

Possono essere superficiali o profonde. Le prime si presentano sotto forma di macchie dapprima rosso-violacee, di diversa estensione, a margini sfumati, non rilevate sulla cute. Le ecchimosi superficiali in base alla forma e alle dimensioni si suddividono in ematomi (voluminosa raccolta di sangue che si può formare in cavità preesistenti o in cavità neoformate per scollamento di sistemi di fasce), petecchie (piccole raccolte di sangue, con contorni netti, per lo più tondeggianti), soffusioni o suggellazioni (per confluenza di tante piccole ecchimosi, le prime sono poco o nulla rilevate, con contorni irregolari, le seconde sono multiple e fitte ecchimosi puntiformi). Le ecchimosi profonde si formano a causa di grandi traumi che interessano i muscoli o i visceri.

Le ecchimosi possono cambiare colore: detta caratteristica non può essere utilizzata per datare con precisione la lesione, ma può essere utile per valutare il ripetersi di azioni violente.

Di solito la sede di comparsa delle ecchimosi corrisponde a quella dove è stata esercitata la violenza traumatica; talvolta, però, stravasi profondi si rendono superficiali solo qualche tempo dopo e lontano dalla sede in cui è stata applicata la forza.

In alcuni casi l'ecchimosi può ripetere la forma dell'oggetto che l'ha determinata (es: morso, afferramento, strozzamento, soffocamento)

Le ferite-lacere

Il termine si riferisce ad una lesione caratterizzata da lacerazione della cute, della mucosa o anche di strutture più profonde per compressione violenta che vince il limite di elasticità dei tessuti stessi. Spesso si formano anche per scoppio per aumento della pressione e superamento dell'elasticità della cute (es. cuoio capelluto e regione inguinale)

I margini delle lacerazioni sono irregolari, spesso contusi con infiltrazione

emorragica, retratti. Possono essere presenti ponti fibrosi tra un margine e l'altro (d.d. con le lesioni da taglio, caratterizzate dall'assenza di ponti fibrosi e dalla presenza invece di codette d'entrata e d'uscita).

L'eritema

È caratterizzato da arrossamento più o meno intenso della cute e delle mucose dovuto ad un'iperemia attiva dei vasi cutanei e che scompare alla pressione della cute. Di scarso interesse medico-legale.

L'edema

È dovuto ad infiltrazione di liquido trasudato o essudato nei tessuti. Si determina se vi è un aumento del contenuto idrico dell'interstizio e a livello della cute si rivela con una tumefazione.

ALLEGATO 3 | FERITA/O, INSULTATA/O, MINACCIATA/O CON URLA (HITS) STRUMENTO DI SCREENING PER LA VIOLENZA DOMESTICA

Quante volte il suo partner...	Mai	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Frequentemente
le fa male fisicamente					
la insulta					
la minaccia					
le urla					
	1	2	3	4	5
Totale					

Ogni elemento ha un punteggio da 1-5. Il totale è compreso tra 4-20. Un punteggio maggiore di 10 significa che sono a rischio di abuso di violenza domestica.

È indicato raccogliere tali notizie nel corso della visita evitando di porre le domande in maniera diretta.

ALLEGATO 4 | RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE: INDICATORE DA5

Cartella clinica n° _____

Data: _____

Cognome e nome: _____

Rilevazione rischio recidiva severa				
Intimate Partner Violence Danger Assessment - Valutazione breve del rischio al Pronto Soccorso				
1. Negli ultimi 6 mesi è aumentata in frequenza o gravità la violenza fisica?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
2. (l'aggressore) Ha mai usato un'arma o ti ha minacciato con un arma?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
3. Credi sarebbe capace di ucciderti?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
4. Sei mai stata picchiata da lui/lei mentre eri incinta?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
5. È violento/a e costantemente geloso/a di te?	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No

La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità del 83% e denota un rischio elevato.

Accetta il percorso per la messa in sicurezza SÌ NO

Firma del Medico di Pronto Soccorso

Firma del paziente

2.1

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: LA COMPLESSITA' DEL PROBLEMA

Alessandra Kustermann | Direttore UOC PS, Accettazione Ostetrico/Ginecologico, Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) e Consultori Familiari Integrati - Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Marina Ruspa | Dirigente Medico, Ginecologa SVSeD - Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Giusy Barbara | Dirigente Medico, Ginecologa SVSeD - Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Laila Micci | Psicologa/psicoterapeuta - Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

La violenza può avere pesanti ripercussioni sulla salute delle donne fino a diventare un problema sanitario di primaria importanza. È quindi fondamentale che gli operatori sanitari, in particolare quelli che lavorano nelle strutture di emergenza, siano a conoscenza dei protocolli sanitari e delle modalità più idonee per accogliere le vittime di violenza. Come sarà illustrato in seguito, deve essere chiaro che data la complessità del problema un singolo operatore non può da solo aiutare le vittime di violenza, ma ci si deve avvalere di una rete multidisciplinare.

Un primo aspetto fondamentale è quello dell'informazione. È molto difficile che la vittima sia in grado di valutare gli effetti della violenza sul proprio equilibrio psico-fisico. L'informazione deve riguardare sia il rapporto violenza-malattia sia la disponibilità di luoghi e servizi specifici (Centri antiviolenza, Consultori familiari, ecc.) dove la donna può discutere i suoi problemi e darvi opportuni inquadramenti prima che essi si trasformino in percorsi di malattia. Per fare questo il mondo sanitario deve entrare in rete con altri servizi non sanitari, comportandosi come parte di un tutto che coopera alla soluzione del caso. Nell'azione sulle conseguenze della violenza le parti in gioco sono molte: gli operatori sanitari, sociali, della giustizia, il mondo dell'associazionismo delle donne che costituiscono il supporto più incisivo per offrire solidarietà alle altre donne.

La visita ginecologica è solo uno dei tanti elementi che concorrono a definire il quadro di una violenza sessuale. La maggioranza delle vittime non oppone resistenza, alcune per timore di essere uccise, e quindi solo raramente l'esame ispettivo permette di rilevare segni di certezza di avvenuta violenza. Soprattutto nei casi di donne adulte è presumibile che la maggioranza abbia già avuto rapporti sessuali in passato, per cui segni recenti di soluzioni di continuo dell'imene non sono ovviamente più riscontrabili e molte possono avere addirittura già partorito e avere solo residui imenali.

Sanguinamenti ano-genitali o aree ecchimotiche sono poco frequenti, mentre sono più facilmente evidenziabili segni di più modesta entità, anche se di dubbia interpretazione. Diversi studi nella letteratura internazionale e l'esperienza dell'SVSeD di Milano hanno dimostrato che le lesioni a livello genitale sono per la maggior parte lievi, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escoriazioni per lo più in sede anale o a livello di piccole labbra, forchetta e fossa

navicolare e meno frequentemente a livello imenale. Il colposcopio o una lente di ingrandimento possono migliorare la rilevazione di piccole lesioni genitali. Le lesioni più frequentemente riscontrabili sono extragenitali, nella maggioranza di lieve entità (piccole ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali) e solo in pochi casi si tratta di lesioni gravi.

Non tutte le donne violentate sono in grado di reagire e di conseguenza di dimostrare i segni incontrovertibili che le aiutino a provare l'avvenuta violenza. Sulla base della sola visita ginecologica o dell'esame ispettivo non è possibile confermare o smentire il racconto della violenza sessuale.

È importante però una descrizione precisa delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione, anche dello stato psicologico, nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per le vittime da un punto di vista giudiziario se decidono di presentare querela per la violenza subita.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: IL LAVORO D'EQUIPE

L'intervento nella fase acuta comporta la necessità di sapersi confrontare con la sofferenza, l'angoscia, i sentimenti di orrore. L'operatore sanitario deve saper rispettare e contenere i sentimenti e le emozioni che la donna esprime in quel momento. Una buona esperienza di ascolto e accoglienza può favorire poi l'avvio di una presa in carico successiva per il superamento del trauma.

La complessità dell'evento traumatico "violenza sessuale" e le sue conseguenze richiedono che l'operatore sanitario non intervenga da solo, ma possa avvalersi di un'équipe multidisciplinare. L'intervento sanitario inoltre deve sempre prevedere, almeno nella mente degli operatori, un invio successivo ad una struttura dove la persona possa trovare accoglienza ed ascolto da un punto di vista psicologico per la rielaborazione del trauma. L'invio non dovrà essere una forzatura, un obbligo, ma la comunicazione di un luogo connotato, dove poter "scegliere" di andare.

Talvolta è possibile concordare con la vittima un percorso facilitante tale invio, nel senso che è l'operatore che potrebbe proporre di prendere direttamente contatto con il luogo prescelto, per creare una sorta di accesso preferenziale. È bene ricordare che può essere pericoloso mettere subito in discussione le forme di difesa della vittima. La persona, pur desiderandolo, può non essere in quel momento in grado di accogliere le ulteriori proposte di aiuto; la non adesione non significa necessariamente l'inefficacia dell'approccio in fase di accoglienza. Se nel primo incontro ha potuto sperimentare "uno spazio buono", potrà riappropriarsene e utilizzarlo quando e dove lo desidererà.

Nell'emergenza è il ginecologo che ha il ruolo di accogliere il paziente che ha subito la violenza sessuale. A questo specialista è dato il compito di:

- raccogliere la storia della violenza;
- stilare l'anamnesi sanitaria socio-familiare;
- effettuare visita ginecologica, esami batteriologici e infettivo logici;
- raccogliere le prove ai fini medico-legale;
- effettuare la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse;
- richiedere ulteriori consulti e l'eventuale ricovero;
- creare le premesse di un progetto di aiuto più articolato, da condividere con gli operatori di diverse professionalità.

Al ginecologo spetta inoltre il ruolo di seguire il paziente nel follow-up restituendo gli esiti degli esami, valutando l'andamento clinico e completando gli

accertamenti.

Infine il ginecologo ha l'obbligo di stilare il referto all'Autorità Giudiziaria e testimoniare ai processi.

Il medico legale interviene sempre se la violenza è stata subita da minori pre-puberi, invece su richiesta del ginecologo nel caso di vittime adolescenti o adulte.

In questi casi il medico legale richiede la ricerca e l'acquisizione degli elementi necessari all'evenienza giudiziaria:

- rilevazione e descrizione delle lesioni genitali ed extragenitali (anche con documentazione fotografica);
- raccolta, repertazione e conservazione del materiale biologico ai fini di eventuale tipizzazione genica e accertamenti tossicologici (su richiesta della magistratura).

Ha inoltre l'obbligo, insieme al ginecologo, di denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria e di testimoniare ai processi.

L'infermiera/ostetrica ha il ruolo di accogliere il paziente che ha subito la violenza sessuale. Ha quindi il compito di assistere il ginecologico e il medico legale durante gli esami batteriologici e infettivologici, i prelievi ematici e urinari e la raccolta dei campioni biologici.

Gli operatori sono inoltre necessari per accompagnare la vittima alle visite, agli accertamenti diagnostici (radiografici, ecografici, cardiologici, maxillo facciali, ...) ecc.

Hanno inoltre il ruolo di programmare controlli infettivologici e sanitari per il follow-up, restituire l'esito degli esami e di rappresentare un collegamento tra ginecologa e vittima nei casi in cui sussista la necessità di una terapia farmacologica.

La psicologa, nell'emergenza, ha il compito di accogliere insieme alla ginecologa la vittima di violenza sessuale al fine di favorire:

- il contenimento della sofferenza e dei vissuti di disorientamento, angoscia, etc. di cui la donna è portatrice;
- attivazione delle risorse psicologiche del paziente per favorire l'elaborazione dell'accaduto;
- favorire, attraverso la sua presenza, la trasmissione di un importante messaggio: "la violenza sessuale non riguarda solo il corpo, ma ferisce anche la psiche di chi ne è vittima".

Nella presa in carico terapeutica delle vittime di violenza sessuale l'iniziale difficoltà potrebbe spesso essere quella di far emergere la domanda di aiuto, in quanto molte donne non desiderano ricordare il trauma subito.

È auspicabile poter offrire un sostegno psicologico che aiuti ad affrontare le conseguenze della violenza, anche nel tempo. È opportuno, a questo proposito, rendere comprensibile cosa significa aver subito una violenza sessuale, dare un senso alle emozioni e ai vissuti che possono riproporsi nei giorni, ma anche nei mesi (talvolta anni) successivi.

Rendere esplicito un quadro clinico di riferimento è dunque utile per dare alla vittima gli elementi in cui possa riconoscersi e comprendere la necessità di affrontare gli eventi, senza continuare a mettere in atto meccanismi di rimozione. Il percorso di rielaborazione del trauma può configurarsi come una presa in carico breve, focale, anche se talvolta le persone riferiscono situazioni e vicende pregresse che difficilmente possono esulare dal lavoro psicologico e che quindi potrebbero modificare i tempi e gli obiettivi dell'intervento sulla violenza sessuale.

È difficile stabilire un modello unico di intervento, in quanto ogni caso e ogni situazione ha esigenze e un andamento non prevedibile in anticipo.

I colloqui si dovrebbero dunque "costruire" sulla persona, considerando che l'approccio potrebbe essere misto e prevedere dalla rielaborazione dei vissuti traumatici ad aspetti più psicoeducativi.

Può essere, inoltre, importante dare un sostegno ai familiari della vittima, aiutarli a contenere le emozioni e la rabbia, che inevitabilmente l'evento suscita. All'interno di una relazione terapeutica la donna può essere aiutata a parlare, a rielaborare le immagini (flashback) che si ripresentano in modo intrusivo e imprevedibile, a rileggere gli incubi che tormentano il sonno, a ristrutturare le erronee convinzioni maturate dopo la violenza, a confrontarsi sugli aspetti problematici della quotidianità. L'obiettivo è di favorire la possibilità di riappropriarsi della propria vita che la violenza ha interrotto o compromesso, e di re-istituire la sua soggettività e integrità.

Lo psicologo ha anche l'importante ruolo di preparare all'iter giudiziario e, in collaborazione con l'assistente sociale, di promuovere e facilitare l'invio alle agenzie istituzionali e del privato sociale. Come obblighi di legge deve stilare eventuali relazioni all'Autorità Giudiziaria e testimoniare ai processi.

L'assistente sociale nell'emergenza ha il compito di accogliere, insieme al ginecologa, la vittima di violenza sessuale. A questa figura spetta, sulla base della raccolta anamnestica socio-familiare, di attivare una rete amicale e familiare che possa sostenere la paziente. Ha inoltre il ruolo di creare un collegamento con i servizi pubblici e del privato sociale per poterla inviare in una fase successiva. Da un punto di vista legale ha l'obbligo di stilare eventuali relazioni all'Autorità Giudiziaria e testimoniare ai processi.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: ACCOGLIENZA

Di fronte a episodi di violenza sessuale avvenuta da poco tempo è molto importante un intervento sanitario in emergenza, che sia in grado di tenere conto sia degli aspetti più clinici che delle implicazioni medico legali.

Quali sono gli elementi fondamentali per un'adeguata accoglienza?

- una sincera disponibilità;
- la non drammatizzazione, ma anche la non banalizzazione;
- la sospensione di qualunque giudizio;
- l'ascolto partecipato;
- la restituzione alla vittima del suo valore di "persona" e di protagonista in ogni fase dell'accoglienza e degli accertamenti: la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura sanitaria e psicosociale;
- la possibilità di rinviare senza essere incalzati dalla fretta e dall'urgenza;
- un setting ben preciso che garantisca contro il rischio di "agiti".

Se si riesce a garantire almeno alcuni di questi valori, la vittima sarà in grado di accogliere la proposta di aiuto nell'immediato o in un momento successivo. È fondamentale spiegare le fasi successive e le finalità degli accertamenti e richiedere il consenso della paziente per ogni singolo intervento. È raro che le pazienti rifiutino alcune o tutte le procedure proposte, ma la possibilità di dire no consente di ripristinare quei limiti e confini che la violenza ha annullato. Gli accertamenti sanitari, le eventuali terapie, la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse possono avere il significato di restituire l'immagine di un'integrità fisica ancora presente o comunque recuperabile e aiutare a superare il senso di frantumazione che la violenza può causare.

È necessario anche garantire una corretta raccolta degli elementi di prova, sempre ricordandosi che non è compito dei sanitari accertare la veridicità del

racconto o l'attendibilità della paziente.

In ogni caso, ma soprattutto nei casi di maltrattamento, è importante una descrizione accurata delle lesioni corporee, che faciliti una successiva valutazione dei tempi e delle modalità della loro produzione. Attraverso la diversa colorazione delle ecchimosi o il differente stadio dei processi riparativi si può documentare un maltrattamento continuato nel tempo.

Dal 2001 opera un gruppo di lavoro nazionale dell'AOGOI sui problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori che ha formalizzato i protocolli di intervento, ha proposto l'adozione di schede cliniche per rendere omogenea la raccolta dei dati e ha studiato i percorsi formativi per gli operatori coinvolti nella prima assistenza alle vittime di violenza.

Il protocollo prevede l'esecuzione e la compilazione di una cartella clinica:

- raccolta anamnestica;
- descrizione dell'esame obiettivo fisico e psichico;
- raccolta di documentazione fotografica delle lesioni extragenitali e genitali (con colposcopio o lente di ingrandimento);
- esecuzione di prelievi per esami batteriologici, ematochimici, tossicologici; infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi (in base alla descrizione degli eventi).

I test tossicologici o la tipizzazione genetica saranno effettuati eventualmente in un secondo tempo su richiesta della Magistratura.

È importante che il materiale biologico e i prelievi ematici e urinari vengano conservati da laboratori in grado di effettuare gli esami tossicologici e la tipizzazione genetica.

I modelli operativi prevedono inoltre provvedimenti preventivi (intercezione e profilassi delle malattie sessualmente trasmesse), eventuali terapie, attivazione di consulenze e follow-up.

FONDAMENTALE IMPORTANZA:

1. **Corretta documentazione della visita ginecologica e clinica**
2. **Descrizione degli aspetti psicologici**
3. **Raccolta delle prove (compresi gli indumenti strappati e macchiati)**
4. **Tamponi per la ricerca di sperma o tracce di altri liquidi biologici (per successive analisi del DNA)**

Inoltre è importante:

- la duttilità dell'operatore: pur seguendo uno schema logico e un protocollo concordato, deve essere in grado di modificare in ogni istante il suo comportamento per adattarsi alla persona che ha di fronte.
- il consenso a qualunque procedura: deve sempre essere richiesto ed è importante tenere presente che l'unica persona abilitata a darlo è la vittima, a qualunque età. Tutte le volte che viene espresso un esplicito e "incontrattabile" rifiuto non si deve procedere alla visita, anche se l'esame ispettivo viene richiesto dall'Autorità Giudiziaria, dalle Forze dell'Ordine o dai genitori di un minorenne.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: ANAMNESI

L'anamnesi patologica prossima deve sempre contenere:

- data, ora e luogo dell'aggressione;
- numero degli aggressori, conosciuti o no, eventuali notizie sull'aggressore;

- presenza di testimoni;
- minacce e eventuali lesioni fisiche;
- furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o altre sostanze;
- perdita di coscienza;
- sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo;
- se la vittima è stata spogliata integralmente o parzialmente;
- se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta;
- se c'è stata penetrazione con oggetti;
- se è stato usato un preservativo;
- avvenuta eiaculazione;
- manipolazioni digitali.

Devono essere riportati i sintomi fisici:

cefalea, dolore al volto, al collo, al torace, all'addome o agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro.

Devono essere riportati sintomi psichici riferiti o manifestati o elementi di valutazione dello stato psichico:

paura, sentimenti di impotenza e di orrore, distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, flash-back, sintomi di ansia e aumentato stato di allerta, come ipervigilanza, insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, risposte di allarme esagerate, pianto, tristezza, paura di conseguenze future o altro.

In cartella è inoltre importante riportare:

- tempo trascorso tra la violenza e la visita;
- precedenti visite presso altri operatori o presidi sanitari;
- pulizia delle zone lesionate o penetrate;
- cambio degli slip o di altri indumenti;
- minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale (secondo le diverse modalità della violenza);
- assunzione di farmaci;
- previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore).

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: ESAME OBIETTIVO GENERALE

L'esame obiettivo generale è guidato dal racconto.

È importante porre una particolare attenzione alle regioni in cui il corpo è stato afferrato. Vanno cercate su tutta la superficie corporea, descritte e possibilmente documentate fotograficamente tutte le lesioni presenti specificandone l'aspetto, la forma e il colore, la dimensione e la sede. Le lesioni più comuni possono essere di tipo contusivo (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni e fratture), dovute all'urto di una superficie corporea con una superficie piana o ottusa oppure essere provocate da un'arma.

Le ecchimosi sono lesioni "chiuse" che si manifestano come una discolorazione (il colore varia a seconda dell'epoca di produzione e va da rosso-blu per le più

recenti a verdastro, a marrone e infine giallo per le più vecchie) dovuta alla rottura di vasi sottocutanei che provocano una infiltrazione dei tessuti. La modalità di produzione di tale rottura può essere per compressione (es. un pugno), per suzione (es. un succhiotto), o per strappo (es. un pizzicotto). Variano di dimensioni, a seconda della superficie contundente e possono riflettere la forma dell'oggetto, per esempio, se piccole e tondeggianti possono essere attribuibili a dita, a seguito di afferramento violento o, se più grandi, a pugni, calci o urti contro il suolo.

Le escoriazioni implicano una perdita di sostanza cutanea dovuta all'effetto di frizione di una superficie ottusa contro il corpo. L'irregolarità della superficie e la forza applicata si riflettono nella profondità della lesione. Escoriazioni lineari, parallele e superficiali possono rappresentare graffi, mentre vaste escoriazioni su dorso e glutei possono indicare il trascinarsi del corpo su una superficie. L'evoluzione delle escoriazioni avviene attraverso la formazione di croste sierose, siero-ematiche e ematiche.

Le lacerazioni sono delle soluzioni di continuo della cute solitamente a margini irregolari spesso associate a ecchimosi e escoriazioni. Le lacerazioni si distinguono dalle lesioni da taglio (inferte con un'arma bianca) per i margini irregolari e poco netti e per il fondo della lesione, che spesso presenta ponti e briglie. Quando la discontinuazione interessa il tessuto osseo prende il nome di frattura.

Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori).

Possono riscontarsi segni di morsicature, sottoforma di ecchimosi o di escoriazioni in base agli elementi dentari rappresentati e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni. Nei casi di morsi è possibile, attraverso tamponi, prelevare materiale genetico dell'aggressore o rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore.

Nei casi di sospette fratture, anche pregresse è naturalmente necessario ricorrere a radiografie.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: ESAME GINECOLOGICO

Può essere effettuato ad occhio nudo, ma sarebbe meglio utilizzare una lente di ingrandimento. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica.

Va segnalata la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano).

L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti. L'esame con speculum, purtroppo, deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza.

Se indicato e non traumatico per la paziente, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: PRELIEVI

Tamponi per tipizzazioni genetiche

In base al tempo trascorso dalla violenza (massimo entro 7-10 giorni) vanno effettuati due tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genetico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, fornice vaginale posteriore, canale cervicale, retto, cavo orale. Per ogni sede vanno effettuati due tamponi e il primo dei tamponi va strisciato su un vetrino da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca di spermatozoi.

La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1-3 giorni (retto e genitali esterni) fino a 7-10 giorni (cervice).

In base al racconto, tracce biologiche dell'aggressore possono essere ricercate sulla cute (tampone sterile asciutto e bagnato con fisiologica sterile) o sotto le unghie della vittima (che vanno in questo caso tagliate e conservate) e possono essere ricercati e raccolti eventuali peli pubici dell'aggressore con pettine nuovo a denti mediamente spazati. Tutto il materiale raccolto deve essere conservato presso strutture dotate di freezer a -20°/-80° che garantiscano una corretta conservazione delle prove raccolte e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove"). La tipizzazione genetica, se richiesta dalla Magistratura, dovrà essere effettuata in centri di provata esperienza.

Esami tossicologici In base al racconto, possono essere effettuati esami tossicologici ematici o sulle urine. È importante che i campioni di sangue e urine raccolti in doppio per ulteriori e più sofisticate ricerche, da effettuare eventualmente in un secondo momento su richiesta dalla Magistratura, siano conservati in modo adeguato per impedire il deterioramento dei campioni ad opera dei batteri; comunque vanno tenuti in freezer che garantiscano una corretta conservazione delle prove e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove").

Screening delle malattie sessualmente trasmesse

Tamponi vaginali e/o cervicali per la ricerca di:

- neisseria gonorrhoeae
- trichomonas vaginale
- clamidia trachomatis
- batteriosi vaginale
- Prelievi ematici da ripetere a 1-3-6 mesi per:
 - VDRL-TPHA;
 - HIV;
 - markers per epatite B e C

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: PROFILASSI ANTIBIOTICA

Nei casi in cui ci sia un rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione, va prescritta una profilassi antibiotica che copra le diverse possibilità di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse.

Lo schema consigliato è:

AZITROMICINA 1gr. per os o TETRACICLINA 100mg. x 2 die x 7 giorni

+ CEFTRIAZONE 250 mg. i.m.

+ METRONIDAZOLO 2 gr. per os

In presenza di ferite sporche di terra o altro e in base al tempo trascorso dall'ultimo richiamo di antitetanica, può essere prescritta la profilassi.

Può essere consigliata la vaccinazione anti-epatite B.

PROFILASSI HIV

Il rischio di acquisire l'infezione da HIV da una singola violenza sessuale è da ritenersi, in base ai dati attuali, basso ma non facilmente quantificabile. Nei casi in cui il rischio di trasmissione è probabilmente alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio, o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza di questa patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli) o se la vittima lo richiede, può essere somministrata la profilassi. Va discussa con la paziente la non sicura efficacia della terapia, la sua possibile tossicità renale, ematica, gastrointestinale e neurologica, la comparsa di effetti collaterali importanti, la necessità di controlli regolari durante la terapia.

La terapia consigliata consiste in ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + INIBITORE DELLE PROTEASI. Va iniziata il prima possibile, probabilmente al massimo entro 12-24 ore, ma comunque mai oltre le prime 72 ore e continuata per 4 settimane. È consigliabile fare riferimento a un centro specializzato per le malattie infettive che seguirà la paziente per il periodo della terapia e per il follow-up.

INTERCEZIONE POSTCOITALE

Se sono trascorse meno di 72 ore è opportuno proporre l'intercezione postcoitale con LEVONOGESTREL 1 cp 1,5mg in unica somministrazione o ULIPRISTAL ACETATO 30 mg in un'unica somministrazione.

PROTOCOLLI SANITARI PER LA VIOLENZA SESSUALE: FOLLOW UP

Dopo aver eseguito tutte le pratiche di emergenza, lo scopo del follow-up è quello di completare gli accertamenti sanitari. È inoltre fondamentale valutare la situazione sociale della paziente (i suoi bisogni, le risorse personali, la rete di supporto) e il suo stato psicologico in conseguenze della violenza.

In tale sede è quindi opportuno elaborare un progetto condiviso con la vittima e, sulla base delle sue problematiche, attivare le risorse del Centro Antiviolenza e inviare a una rete esterna. A questo scopo è molto importante conoscere la rete dei servizi locali (mappatura aggiornata delle risorse esterne pubbliche o private) e la tipologia delle prestazioni offerte. L'invio è una fase operativa molto delicata dove ogni passaggio richiede una comunicazione chiara con la persona e il rispetto delle modalità concordate. Infatti la modalità con cui viene effettuato l'invio condiziona sia l'aspettativa del paziente, sia la risposta dell'operatore o del servizio che deve accoglierlo.

2.2

ACCOGLIENZA, TRIAGE E PRESA IN CARICO DELLE PERSONE VULNERABILI VITTIME DI VIOLENZA NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO E PRIMO INTERVENTO

COORDINATORE

Isabella Cevasco | Dir. Resp. S.S.D. Professioni sanitarie, E.O. Ospedali Galliera

GRUPPO DI LAVORO:

Emanuela Alessi, Michela Azzaro, M. Barbara Cantone, Piera Chiossi, Angela Corbella, Elena Cozzolino, Andrea Dellepiane, Antonella Di Giovanni, Alessandro Fazio, Simonetta Galliani, Sara Giacobbe, M. Grazia La Manna, Vanessa Mattu, Serenella Moggi, Massimo Moschillo, Daniela Repetto, Elisa Severino, Agnese Testoni

IL FENOMENO DELLA VIOLENZA NEL CONTESTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO (PS) E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO (PPI)

I SERVIZI DI PPSS E PPII NELL'ATTUALE CONTESTO: CRITICITÀ E PROSPETTIVE

Si ritiene opportuno, seppure in maniera sintetica, evidenziare le criticità dei PPSS che per ovvie ragioni incidono negativamente soprattutto sulle persone più fragili e vulnerabili tra cui le vittime di violenza oggetto del presente progetto. Intervenire quindi per risolvere tali criticità migliora l'assistenza ai pazienti, l'appropriatezza di intervento, riduce il burn out degli operatori e gli eventi avversi.

Si prenderanno brevemente in esame il fenomeno del sovraffollamento/overcrowding e, per la fase specifica del triage, le criticità di tipo organizzativo-strutturale, assistenziale e relazionale evidenziate dalla Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute (MDS) del Febbraio 2013¹.

IL FENOMENO DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Secondo i dati presentati da SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza) durante la settimana del Pronto Soccorso 2015 "su tutto il territorio nazionale ci sono 844 pronto soccorso, in cui lavorano 12.000 medici e 25.000 infermieri. Ogni anno gli accessi in pronto soccorso sono circa 24 milioni, 2 milioni al mese, 67.000 al giorno, 2.800 all'ora, 45 al minuto, quasi uno ogni secondo.

Questo sistema è ormai in uno stato di grave difficoltà strutturale, che è stato evidente a tutti all'inizio del 2015, quando i PS italiani hanno dovuto fronteggiare l'epidemia influenzale più pesante dell'ultimo decennio, in termini di

1 MDS Raccomandazione n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" - Febbraio 2013

popolazione coinvolta e di complicazioni gravi. Davanti a questo fenomeno, il sistema dell'emergenza ospedaliera nazionale è andato in crisi, soprattutto nelle grandi città. Ovunque in Italia, da nord a sud, si sono ripetute le stesse situazioni: pazienti in barella che affollavano i corridoi, attese di ore o giorni per un posto letto di ricovero in ospedale, personale medico e infermieristico sottoposto a un carico orario, professionale ed emotivo, insostenibile". <http://www.simeu.it/blog/?p=1322>

Rastelli et al² sottolineano che in tutto il mondo occidentale il fenomeno del sovraffollamento dei PS è un evento tanto conosciuto quanto preoccupante per le implicazioni potenzialmente negative. Fra le cause identificate vi sono il crescente sbilanciamento del numero di posti letto per abitanti, in costante riduzione, e l'incremento tendenziale costante del numero di accessi al PS determinato dalla rivoluzione demografica ed epidemiologica (aumento della popolazione anziana e delle malattie croniche). I momenti di sovraffollamento sono gravati da ripercussioni negative sui tempi di intervento e sulla stessa capacità del sistema di fornire risposte adeguate. La tabella che segue sintetizza le conseguenze del fenomeno di crowding.

TAB. 3

Principali conseguenze del crowding.

Outcomes avversi	Qualità ridotta	Difficoltà di accesso	Perdite per l'ospedale	Conseguenze per lo staff
Incremento eventi avversi	Ritardi nei trattamenti	Aumento abbandoni	Aumento eventi sentinella	Episodi di violenza
Ridotta soddisfazione dell'utenza	Ritardi nei trasferimenti	Dirottamento ambulanze	Aumento del contenzioso legale	Ridotta gratificazione Incremento del burn-out

Modificata da rif. bibliografico 1.

G. Rastelli et al "Sovraffollamento in pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione" in *Emerg. Care Journal* – 2010

Geddes³ evidenzia che all'analisi dei problemi di affollamento del Pronto Soccorso è dedicata un'ampia letteratura, in quanto rappresenta una criticità analoga a quelli di molti altri paesi. "Le valutazioni che emergono, sulla base di complesse indagini e revisioni della letteratura, offrono chiare indicazioni. Il problema nel nostro paese non è quindi tanto analitico quanto attuativo".

Vengono quindi identificati gli ambiti temporali e spaziali su cui intervenire:

- A monte del pronto soccorso: rispondere ai bisogni necessari al di fuori dell'ospedale; ridurre pertanto l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso;
- All'interno del pronto soccorso: selezionare in modo adeguato le problematiche in modo da indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi;
- A valle del pronto soccorso: assicurare un adeguato flusso verso i reparti di degenza per quei pazienti che, (a seconda della tipologia di PS oscillano fra

2 G. Rastelli et al "Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione" in *Emergency Care Journal* – 2010 <http://www.pagepressjournals.org/index.php/ecj/article/viewFile/ecj.2010.2.25/775>

3 Marco Geddes "Il Pronto Soccorso. Il grande imbuto del Servizio Sanitario Nazionale" su *Salute Internazionale* 2012 <http://www.saluteinternazionale.info/2012/03/il-pronto-soccorso-il-grande-imbuto-del-servizio-sanitario-nazionale/>

il 15% e il 20% degli accessi) necessitano di ricovero.

Per ciascuno di questi "comparti" vi sono politiche sanitarie e strategie gestionali efficaci, ma non è possibile che il sistema funzioni, SE NON SI AGISCE, CONTESTUALMENTE, SU TUTTI E TRE I PUNTI".

Se si interviene prevalentemente o solo, come si sta facendo, sul pronto soccorso, si realizzeranno strutture adeguate dal punto di vista ambientale, (...) si attueranno sistemi efficienti di trattamento dei pazienti, (il fast track è, ad esempio, un percorso che ha migliorato il flusso) con la conseguenza che le prestazioni erogate dal PS saranno più adeguate e attuate più celermente, ma il collo di bottiglia, rappresentato dalla capacità di "assorbire" pazienti dai reparti resterà immutato. I malati in attesa di ricovero resteranno per lungo tempo in barella, ammassati in una area di osservazione, in realtà di stazionamento. Contestualmente, non affrontando la situazione a monte, cioè l'offerta territoriale, si aumenteranno gli accessi al PS, reso ancora più attrattivo e funzionale (un "ospedale nell'ospedale"), unico luogo dotato di adeguate risorse per dare una qualche risposta⁴.

Esula dallo scopo del presente documento entrare nel dettaglio degli specifici interventi da attuare; in estrema sintesi, tenendo conto delle evidenze analizzate⁵, si evidenziano i principali:

- A monte del PS: un reale potenziamento/investimento sulla rete di cure primarie (MMG e servizi distrettuali) realizzando strutture in cui attuare la sanità d'iniziativa che trova concreta attuazione nel Chronic Care Model già previsto dal Piano Nazionale Sanitario 2009/2011 ma inattuato nella maggior parte delle Regioni. La letteratura⁶ dimostra che tale modalità contribuisce a ridurre gli afflussi al PS e l'ospedalizzazione grazie anche alla capacità di prevenire (con una adeguata gestione della cronicità) il ripetersi di episodi acuti che portano al ricovero;
- All'interno del PS: umanizzazione delle cure attraverso la definizione del tempo massimo di attesa in PS (8-12 ore lo Standard Nazionale), ambulatori di codici bianchi, fast track, percorsi affidati agli infermieri per patologie

4 M. Geddes "Il Pronto Soccorso. Il grande imbuto del Servizio Sanitario Nazionale" su *Salute Internazionale* 2012 <http://www.saluteinternazionale.info/2012/03/il-pronto-soccorso-il-grande-imbuto-del-servizio-sanitario-nazionale/>

5 M. Geddes "Il Pronto Soccorsocit...."

Comunicato Stampa FIMEUC (Federazione Italiana Medicina di Emergenza Urgenza e Catastrofi) Pronto Soccorso: Il Sovraffollamento si può misurare. Il Pronto Soccorso affollato è espressione di un ospedale affollato. Il Pronto Soccorso affollato evidenzia limiti organizzativi dell'ospedale – 2012

G. Rastelli et al "Sovraffollamento in Pronto Soccorso.....cit...."

M. Cooke et al "Reducing Attendances and Wait s in Emergency Departments. A systematic review of present innovations" Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) – 2005

6 Wagner, Managed Care and Chronic Illness: Health Services Research Needs, *Health Services Research*, 1997; 32(5): 702-714

T Bodenheimer. E H Wagner, K Grunbach "Improving primary care for patient with chronic illness: the chronic care model" part 2 *JAMA*,2002;208:1909-1914 - <http://www.improvingchroniccare.org/>

OMS "Primary Health Care: now more than ever" – World Health report – 2008

Maciocco G, et al Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana. Quaderni di Monitor, 2011

Ministero della Salute Piano Sanitario nazionale 2009-2011

e traumi minori > see and treat, dotazione adeguata di personale e di spazi, utilizzo, attraverso tutti i canali possibili, della campagna informativa per il Buon Uso del Pronto Soccorso avviata da AGENAS in collaborazione con le Società Scientifiche;

- A valle del PS: riorganizzazione degli ospedali per intensità di cure, governo della risorsa posto letto con strumenti gestionali specifici quali il “Bed management”, anticipo degli orari di dimissioni e ampliamento alle giornate di sabato creando un’area di dimissioni ospedaliere e/o discharge room, definizione dei posti letto dedicati alla Emergenza-Urgenza distinti dai posti letto della programmazione al fine di ridurre al minimo il collo di bottiglia e/o access block per assorbire i ricoveri dal Pronto Soccorso, potenziamento del sistema di cure intermedie in cui collocare quei pazienti che necessitano di un livello assistenziale inferiore ma che non possono essere indirizzati direttamente a domicilio.

Trasversale ai tre ambiti temporali e spaziali sopra menzionati è il potenziamento della comunicazione tra la rete dei servizi ospedalieri e territoriali attraverso un sistema informativo che garantisca in tempo reale la disponibilità di tutta la documentazione del paziente. Merita citare quanto affermato da M Geddes e dalla recente indagine conoscitiva, commissionata dal Senato della Repubblica, sulla sostenibilità del SSN: “L’informatizzazione e digitalizzazione della sanità è una questione di grande rilievo su cui il nostro paese è estremamente arretrato e che manca di una visione e pianificazione organica, volta a rendere omogenei i diversi sistemi, a rendere connessi diversi servizi e, in particolare, mettere in rete gli ospedali, le strutture territoriali e i medici di medicina generale”⁷.

Le criticità specifiche della fase di triage

La Raccomandazione n. 15 (2013) del MDS evidenzia il principale rischio nel processo di triage: “i pazienti a cui è stato assegnato, da parte del personale addetto all’attività di triage, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell’invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato”⁸.

La Raccomandazione evidenzia che sono identificabili tre ambiti di criticità che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice di priorità: l’ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale. Si sintetizza quanto riportato dalla Raccomandazione:

A. Criticità di tipo organizzativo/strutturale

- Insufficiente modalità di interazione tra i sistemi extra e intraospedalieri
- Insufficiente dotazione di personale infermieristico assegnato al triage in PS. L’indagine sulla sostenibilità del SSN sopra citata afferma “L’esperienza insegna che, la prassi dell’outsourcing e del ricorso al lavoro flessibile, spesso necessaria (per garantire i servizi) e per lo più illusoria quanto a

⁷ M. Geddes “L’indagine parlamentare sulla sostenibilità del SSN” in Salute Internazionale – 2015 <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/lindagine-parlamentare-sulla-sostenibilita-del-servizio-sanitario-nazionale/>

Senato della Repubblica XII Commissione permanente Igiene e Sanità “La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità” a cura dei senatori D’Ambrosio, Lettieri e Dirindin – <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3481585.pdf> - 2015

⁸ MDS Raccomandazione n. 15 “Morte o grave danno...” op. cit.

contenimento della spesa, ha di fatto aumentato il precariato all’interno del sistema, anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione) e indebolito progressivamente la sanità pubblica, in ragione del crescente impiego di personale non strutturato, non appartenente al servizio, non destinatario di specifiche attività formative e non titolare di alcune importanti tutele (si pensi ad esempio alla tutela della maternità)⁹.

- Collocazione logistica delle sale d’attesa, rispetto all’area triage, tale da non consentire la rilevazione immediata di repentini e imprevedibili aggravamenti della sintomatologia negli utenti in attesa o di permettere l’allontanamento del paziente dal PS senza aver informato gli operatori o all’insaputa degli stessi.

B. Criticità di tipo assistenziale

- Raccolta dei dati del paziente incompleta e/o inadeguata, sia nella componente soggettiva che in quella oggettiva.
- Inadeguata valutazione del paziente all’ingresso in Pronto Soccorso.
- Mancata osservazione e rivalutazione del paziente in attesa nei Pronto Soccorso.
- Mancato rispetto di protocolli e/o procedure.

B. Criticità di tipo relazionale

- Situazione sbilanciata, relativamente a competenze e ruoli (over-rule - prevaricazione del ruolo)¹⁰ tra gli operatori di PS;
- Limiti di comunicazione, dovuti sia a problemi linguistici, culturali e anagrafici, che alla inadeguata e incompleta, comunicazione fra paziente/utente (e/o eventuali familiari, accompagnatori) e operatore sanitario e fra i vari operatori.

Per prevenire e ridurre i rischi sopra evidenziati la Raccomandazione del MDS individua le seguenti azioni:

- “la predisposizione e l’adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attività di triage (...) Si sottolinea, inoltre, l’opportunità che nella predisposizione di procedure/protocolli di triage, si faccia specifico riferimento a fasce di popolazione in condizioni di fragilità, disabilità, emarginazione sociale oltre ad essere basati sulle evidenze e condivisi dagli operatori;
- la formazione specifica e l’addestramento del personale infermieristico addetto all’attività di triage;
- l’adozione, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell’area di triage e delle sale di attesa”¹¹

⁹ Senato della Repubblica XII Commissione permanente Igiene e Sanità “La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità” a cura dei senatori D’Ambrosio, Lettieri e Dirindin – <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3481585.pdf> - 2015

¹⁰ Il termine over-rule / prevaricazione del ruolo (dall’inglese over = sopra, rule = regola, norma) indica qualsiasi azione, circostanza o situazione che determina una prevaricazione decisionale immotivata compiuta da chiunque sull’operato di chi effettua il triage: una sorta di appropriazione indebita del ruolo delegato giuridicamente e per necessità operative e organizzative all’infermiere di triage. (Gruppo Formazione Triage “Triage infermieristico” – Terza Edizione – Mc-Graw-Hill - 2010 - pag 163)

¹¹ MDS Raccomandazione n. 15 “Morte o grave danno” op. cit.

Il Coordinamento Nazionale Triage, coerentemente con la raccomandazione del MDS, evidenzia la notevole disomogeneità del processo di triage in Italia oltre all'esigenza di disporre di protocolli condivisi:

“Attualmente, la situazione sul territorio italiano è estremamente disomogenea. Ogni realtà locale ha sviluppato, talvolta in maniera “artigianale”, il proprio sistema di triage. Il primo elemento di diversità riguarda i modelli teorici di riferimento; alla diversità di modelli, conseguono notevoli differenze organizzative ed operative. In generale si può affermare che, data la situazione attuale, alcuni dei principali problemi nell'attività di triage sono legati alla sua non completa diffusione sul territorio nazionale, alla scarsa diffusione di un modello uniforme e condiviso, alla carenza di personale dedicato, alla formazione specifica e alla carenza o mancanza di linee guida, protocolli e procedure di triage presso alcune realtà.

(...)

ogni PS deve disporre di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità del contesto al quale si riferisce.

Ogni struttura dovrà garantire una periodica revisione dei protocolli di Triage prevedendo intervalli temporali non superiori a tre anni. L'utilizzo di software per l'espletamento della funzione di Triage e la registrazione dei dati in essa rilevati deve consentire il rispetto dei criteri contenuti nei protocolli e delle funzioni svolte dall'infermiere di Triage.”¹²

IL FENOMENO VIOLENZA: GENERALITÀ, DIMENSIONI DEL PROBLEMA E MODALITÀ DI PREVENZIONE

Il panorama internazionale

Il recente (2014) report dell'OMS¹³ sulla prevenzione della violenza a livello globale si focalizza sulla violenza interpersonale, cioè quella che avviene tra i membri della famiglia, i partners, amici, conoscenti e non e include il maltrattamento dei bambini, la violenza giovanile, la violenza sul partner, la violenza sessuale e l'abuso degli anziani. La violenza interpersonale è un fattore di rischio per problemi sociali e sanitari lungo tutto l'arco della vita. È sia prevedibile che prevenibile e la responsabilità per affrontare il problema è chiaramente dei governi nazionali.

Il report descrive i progressi che i paesi hanno compiuto nell'implementazione delle raccomandazioni del 2002 contenute nel documento “Report mondiale su violenza e salute”¹⁴. Gli obiettivi specifici sono:

- Descrivere lo stato del problema violenza interpersonale e la misura con cui i paesi stanno raccogliendo i dati sulla violenza sia mortale che non per guidare la pianificazione e l'azione;

¹² Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso “Linee d'indirizzo per l'attività di triage di pronto soccorso” – in Rivista Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) anno XI numero 29 - 2012

¹³ WHO, UNODOC, UNDP “Global status report on violence prevention” - 2014 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

¹⁴ Disponibile in italiano su “Quaderni di sanità Pubblica” al seguente link http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf?ua=1

- Valutare la situazione attuale riferita a programmi, politiche e misure legislative per prevenire la violenza;
- Valutare la disponibilità di servizi sanitari, sociali e legali per le vittime di violenza;
- Identificare gaps nell'affrontare il problema della violenza interpersonale e stimolare azioni a livello nazionale per affrontarli.

Il report comprende dati provenienti da 133 paesi (tra cui l'Italia), copre 6.1 miliardi di persone e rappresenta l'88% della popolazione mondiale. La violenza colpisce la vita di milioni di persone, con conseguenze di lunga durata. Si stimano 475.000 morti nel 2012 per omicidio. Il 60% di questi erano maschi 15-44 anni; l'omicidio è la terza causa di morte per i maschi di questa fascia di età. Le donne, i bambini e gli anziani sopportano il peso di abuso fisico, sessuale e psicologico non mortale:

- Un quarto di tutti gli adulti riferiscono di aver subito abusi fisici da bambini;
- Una donna su cinque riferisce di aver subito abuso sessuale da bambina;
- Una donna su tre è stata vittima di violenza fisica o sessuale da parte di un partner nel corso della sua vita;
- Uno su 17 anziani riferisce di aver subito abusi nell'ultimo mese.

Tale violenza contribuisce a condizioni di salute precarie per tutta la vita - in particolare per le donne e i bambini - oltre che a morte precoce. Molte cause di morte, come le malattie cardiache, ictus, cancro e HIV / AIDS derivano dal fatto che molte vittime di violenza adottano comportamenti come il fumo, l'abuso di alcool e di droghe e il sesso non sicuro, nel tentativo di far fronte all'impatto psicologico della violenza. La violenza pone anche pesanti pressioni sui sistemi sanitari e di giustizia penale, i servizi sociali e assistenziali e il tessuto economico delle comunità. L'OMS evidenzia che “la maggior parte dei casi di violenza contro le donne, i bambini e gli anziani non vengono segnalati alle autorità o ai servizi”. L'indagine ha rilevato che i piani d'azione nazionali erano spesso presenti a fronte di dati di indagini nazionali mancanti, indicando che molta pianificazione e azione politica è costruita in assenza di dati”.

Un numero crescente di studi scientifici dimostra che la violenza è prevenibile. Sulla base delle revisioni sistematiche e dell'evidenza scientifica l'OMS e i suoi partners hanno identificato sette “buone strategie” best strategies – sei si focalizzano sulla prevenzione della violenza e una sugli sforzi di risposta.

Queste strategie possono potenzialmente ridurre diverse tipologie di violenza e aiutare a ridurre la probabilità che le persone siano violente o diventino vittime di violenza. Queste strategie sono:

1. Sviluppare e coltivare relazioni sicure, stabili tra bambini e i loro genitori e caregivers;
2. Sviluppare abilità / capacità di vita (life skills) nei bambini e negli adolescenti;
3. Ridurre la disponibilità e l'uso pericoloso dell'alcol;
4. Ridurre l'accesso alle armi e coltelli;
5. Promuovere la parità di genere per prevenire la violenza contro le donne;
6. Cambiare le norme culturali e sociali che supportano la violenza;
7. Programmi per identificare, curare e supportare le vittime.

L'indagine evidenzia che mentre i paesi investono in programmi di prevenzione coerenti con le strategie sopra riportate, il livello di investimento non è commi-

surato alle dimensioni e alla gravità del problema. La violenza di qualsiasi tipo è fortemente associata a determinanti sociali come una governance debole; uno stato di diritto debole; norme sociali, culturali e di genere; disoccupazione; reddito e disuguaglianza di genere; rapidi cambiamenti sociali; e limitate opportunità di istruzione.

Sono inoltre fortemente associati a più tipologie di violenza fattori trasversali di rischio come la facilità di accesso alle armi da fuoco e altre armi e l'uso eccessivo di alcol. L'insieme di questi fattori crea un clima sociale favorevole alla violenza, e in assenza di sforzi per affrontarli, è difficile ottenere miglioramenti/progressi duraturi nella prevenzione della violenza.

La violenza sessuale e di genere

Le dimensioni del fenomeno in Italia sono evidenziate dal secondo rapporto ISTAT pubblicato nel Giugno 2015 e riferito ai dati dell'anno 2014 in cui si afferma: "La violenza contro le donne è fenomeno ampio e diffuso. 6 milioni 788 mila donne hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni: il 20,2% ha subito violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri. Sono 652 mila le donne che hanno subito stupri e 746 mila le vittime di tentati stupri.

(...) I partner attuali o ex commettono le violenze più gravi. Il 62,7% degli stupri è commesso da un partner attuale o precedente. Gli sconosciuti sono nella maggior parte dei casi autori di molestie sessuali (76,8%).

(...) Emergono importanti segnali di miglioramento rispetto all'indagine precedente: negli ultimi 5 anni le violenze fisiche o sessuali sono passate dal 13,3% all'11,3%, rispetto ai 5 anni precedenti il 2006. Ciò è frutto di una maggiore informazione, del lavoro sul campo ma soprattutto di una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno e di un clima sociale di maggiore condanna della violenza"¹⁵. Segue tabella di sintesi:

PROSPETTO 1. DONNE DAI 16 AI 70 ANNI CHE HANNO SUBITO VIOLENZA FISICA O SESSUALE NEL CORSO DELLA VITA DA UN UOMO PER TIPO DI AUTORE E TIPO DI VIOLENZA SUBITA. Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

TIPO DI VIOLENZA	Partner attuale (a)	Ex partner (b)	Partner attuale o Ex partner (c)	Non partner (d)	Totale (d)
Violenza fisica o sessuale	5.2	18.9	13.6	24.7	31.5
Violenza fisica	4.1	16.4	11.6	12.4	20.2
Violenza sessuale (e)	2	8.2	5.8	17.5	21.0
Stupro o tentato stupro	0.5	3.8	2.4	3.4	5.4
Stupro	0.4	3.2	2.0	1.2	3.0
Tentato stupro	0.2	1.7	1.1	2.5	3.5

a) per 100 donne che hanno un partner attuale
b) per 100 donne che hanno un ex partner
c) per 100 donne con partner attuale o precedente
d) per 100 donne dai 16 ai 70 anni
e) incluso stupro e tentato stupro

Per violenza sessuale si intende qualunque atto, approccio o commento a sfondo sessuale perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica da parte di chiunque, indipendentemente dalla relazione con la vittima. Copre uno spettro assai ampio che va dalla molestia allo sfruttamento della prostituzione passando per lo stupro. È un modo per dominare l'altro, non ha niente a che vedere con l'espressione di un desiderio sessuale. In un simile contesto di prevaricazione, il sesso viene usato come un'arma; è il mezzo e non il fine.

Recentemente diversi studi internazionali hanno messo in evidenza che le donne vittime di violenza sono a più alto rischio di esiti di salute acuti, ma anche di esiti di salute cronici. Da tempo è assodato che esiste un nesso di causalità tra i disturbi che riguardano la sfera psichica e la violenza (Dearwater, 1998, McCauley, 1995) mentre solo più recentemente è stata osservata una relazione tra

¹⁵ ISTAT "La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. 2014" – 5 Giugno 2015 - <http://www.istat.it/it/archivio/161716>

violenza e peggioramento della qualità della vita in generale. Altri studi hanno evidenziato che le donne che hanno subito violenza nel corso della loro vita presentano più frequentemente disturbi ginecologici, gastroenterici, disturbi mentali, depressione, ipertensione, disturbi alimentari, ed hanno una percezione negativa del proprio stato di salute.

In particolare, gli effetti sulla salute fisica sono rappresentati da:

- qualsiasi tipo di lesione: contusioni, ematomi, danni oculari, rottura del timpano, fratture, ferite da taglio, bruciature, trauma cranico, lesioni addominali e toraciche
- malattie sessualmente trasmesse compreso l'HIV, malattia infiammatoria pelvica, dolori pelvici
- infezioni urinarie, infezioni vaginali, dismenorrea, sanguinamenti vaginali, dolori addominali
- disturbi gastroenterici, sindrome del colon irritabile
- dolori cronici, emicranie, invalidità permanenti, asma, ipertensione
- comportamenti autolesionisti (tabagismo, rapporti sessuali senza protezione)

Gli effetti sulla vita sessuale e riproduttiva consistono in:

- difficoltà nell'utilizzo della contraccezione
- gravidanze indesiderate
- interruzioni volontarie di gravidanza, soprattutto ripetute
- aborti spontanei
- infiammazioni pelviche, dolori pelvici
- dispareunia, mancanza di desiderio sessuale
- emorragie in gravidanza
- basso peso fetale

Gli effetti sulla salute mentale riguardano:

- Depressione
- Ansia
- Attacchi di Panico
- Fobie
- Scarsa autostima
- Disfunzioni sessuali
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbo dissociativo
- Disturbi ossessivo/compulsivi
- Disturbo di somatizzazione
- Disturbi da stress post-traumatico
- Dipendenze da sostanze (alcol e droghe)

Inoltre sono stati osservati esiti fatali in conseguenza di atti di violenza come: Suicidio, Omicidio, mortalità in gravidanza. È fondamentale che medici e operatori sanitari, dopo aver ricevuto una formazione adeguata, riconoscano questi problemi e sappiano farli emergere. Il ricorso ai servizi sanitari per tutte le condizioni sopra descritte potrebbe nascondere una storia di violenza domestica e/o di violenza sessuale o di abuso sessuale anche pregresso, per cui è necessario prestare attenzione e approfondire situazioni in cui:

- è noto un ricorso ripetuto al pronto soccorso per ferite o traumi;
- anamnesi di dolore pelvico cronico, di continue infezioni genito-urinarie, di patologie gastro-intestinali croniche;
- vi è una storia di depressione, abuso di droga o farmaci, tentati suicidi.

La violenza sui minori

Il già citato rapporto ISTAT 2015 dedica un paragrafo alla "Violenza sessuale prima dei 16 anni e la violenza in presenza dei figli". Si evidenzia che "Il 10,6% delle donne ha subito violenze sessuali prima dei 16 anni. Considerando il totale delle violenze subite da donne con figli, aumenta la percentuale dei figli che hanno assistito ad episodi di violenza sulla propria madre (dal 60,3% del dato del 2006 al 65,2% rilevato nel 2014)". Anche nel caso dei minori "Tra gli autori prevalgono le persone conosciute (quasi l'80%), soprattutto parenti e familiari"¹⁶. I più recenti dati relativi ai casi accertati di violenza/abuso nei principali ospedali italiani sono i seguenti:

- Bambin Gesù di Roma = 0.13% (100 casi su 77.000)
- Regina Margherita di Torino = 0.24% (120 casi su 50.000)
- Policlinico di Milano = 0.1% (27 casi su 25.000)
- Istituto G. Gaslini = 0.175% (70 casi su 40.000)

La violenza su minore consiste in reiterate azioni od omissioni nell'accudimento nei confronti di minori di età e si può estrinsecare in varie forme:

- **Trascuratezza grave:** Si riscontra quando i genitori o i tutori non sono in grado di capire i bisogni materiali ed affettivi dei propri figli, anche in riferimento alle varie età cronologiche, e quindi non riescono a curarli, a proteggerli e a farli crescere in modo sano: ad esempio abbigliamento inadeguato alle condizioni atmosferiche, trascuratezza igienica, sanitaria o alimentare, isolamento affettivo e/o sociale, inadempienza scolastica, denutrizione, etc.
- **Incuria:** Corrisponde alla mancanza, parziale o totale, delle cure essenziali di cui ha bisogno il bambino/adolescente (ad es. quando una madre non si occupa del figlio piccolo, non gli dà da mangiare, non lo veste, etc).
- **Discuria:** Si riscontra quando vengono fornite cure in maniera distorta rispetto all'età cronologica.
- **Ipercure:** Si riferisce ad un eccesso di cure date al bambino, anche mediante immotivata somministrazione di farmaci dannosi per il bambino o inutili e ripetuti accessi ospedalieri (hospital shopping). Una grave forma di ipercure è la Sindrome di Munchausen definita da Meadow come la "situazione in cui i genitori o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono ad una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli".
- **Maltrattamento fisico:** Il maltrattamento fisico si verifica quando i genitori o comunque le persone legalmente responsabili del bambino eseguono o permettono che si eseguano, in maniera reiterata, lesioni sul minore o comunque lo mettono nelle condizioni di rischiare di provocarsi lesioni. Può essere attuato attraverso pugni, calci, bruciature, graffi, sbattimento contro pareti o pavimenti, uso di cinghie, di bastoni o di altre forme di tortura.
- **Maltrattamento psicologico:** tutti gli atti che espongono ripetutamente il bambino a frustrazione, negazione della sua individualità, svalutazione delle proprie capacità e potenzialità. Rappresenta la forma più diffusa di violenza da parte di un adulto verso un bambino/adolescente e la più distruttiva per la salute e la crescita psico-fisica; nonostante ciò è la più difficile da riconoscere.
- **Abuso sessuale:** si intende il coinvolgimento di un minore in attività

¹⁶ ISTAT "La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. 2014" – 5 Giugno 2015 - <http://www.istat.it/it/archivio/161716>

sessuali (compresa la pornografia) anche non caratterizzate da violenza esplicita. Più precisamente: "qualsiasi atto in cui un adulto utilizzi il proprio potere su un bambino per ottenere una gratificazione sessuale approfittando della vulnerabilità e/o fiducia del bambino stesso". Le peculiarità che caratterizzano l'abuso sessuale nel bambino includono le seguenti considerazioni:

- raramente viene usata violenza o forza fisica;
- il maltrattante di solito è persona conosciuta;
- l'abuso sessuale nel bambino si realizza in tempi lunghi;
- frequentemente gli episodi sono ripetuti e sempre più intrusivi; la vittima viene coinvolta in atti e situazioni inadatte alla sua età ed esperienza.

Violenza Assistita

Si definisce "Il fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti" (C.I.S.M.A.I., Firenze 2003).

La violenza assistita è una forma di maltrattamento che può determinare effetti a breve, medio e lungo termine sulla salute psico-fisica e rappresenta uno dei fattori di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza.

I bambini vittima di violenza assistita sono spesso bambini che non esistono nella mente dei genitori, assumendo una funzione protettiva per la mamma vittima (controllanti, confidenti, simbiotici, bravi mediatori tra i genitori, ecc..) o una funzione di appoggio per il papà maltrattante (incoraggiati o costretti ad insultare, denigrare, picchiare madre o fratelli, a diventare "spie" dei movimenti della madre). Crescono apprendendo che l'uso della violenza, seppur sentito come doloroso, sia consueto e ammissibile nelle relazioni affettive e possono strutturare stereotipi di genere con svalutazione della figura materna, con disprezzo verso le donne e le persone percepite come più deboli.

La prevenzione del maltrattamento e abuso è fondamentale e va perseguita attivamente attraverso attività di monitoraggio di situazioni a rischio con informazioni diffuse mirate ai minori e alle loro famiglie soprattutto quando ne emerge la fragilità. Per la complessità del problema è indispensabile una formazione specifica dei professionisti dell'ambito che ponga al centro la condivisione di protocolli e linee guida, la comunicazione e la capacità di lavorare in una équipe.

La violenza sugli anziani e disabili

L'OMS definisce l'abuso sulla persona anziana come "atto commissivo o omisivo (in questo caso denominato negligenza) che può essere sia intenzionale che non e coinvolge persone di 60-65 anni e oltre. L'abuso può essere fisico, sessuale, psicologico (che coinvolge aggressione emotiva o verbale) o finanziario o coinvolgere altri maltrattamenti materiali; l'esito è rappresentato da sofferenze non necessarie, lesioni, dolore, perdita o violazione dei diritti umani e un peggioramento della qualità di vita per le persone anziane"¹⁷.

Le dimensioni del problema

L'OMS nel Fact sheet dell'ottobre 2015 relativo all'abuso sugli anziani eviden-

¹⁷ WHO, UNODOC, UNDP "Global status report on violence prevention" - 2014 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

zia quanto segue:

- “Circa 1 anziano su 10 è vittima di abuso ogni mese;
- I tassi di abuso sono più elevati negli anziani che vivono nelle istituzioni rispetto a quelli che vivono in comunità;
- L’abuso sugli anziani può causare danni fisici gravi e conseguenze psicologiche a lungo termine;
- Il fenomeno è destinato a crescere in quanto molti paesi sperimentano un rapido invecchiamento della popolazione;
- La popolazione globale di età ≥60 anni passerà da 900 milioni nel 2015 a circa 2 miliardi nel 2050”¹⁸.

Il report OMS riferito alla Regione Europea sulla prevenzione del maltrattamento degli anziani evidenzia i seguenti fatti chiave: “Il maltrattamento dell’anziano è pervasivo in tutti i paesi della regione europea OMS; le stime suggeriscono che almeno 4 milioni di persone anziane ogni anno sperimentano maltrattamento come abuso fisico. Inoltre, 29 milioni (19,4%) sono vittime di abuso psicologico e 6 milioni (3,8%) di abuso finanziario. Le stime indicano che circa 2500 persone anziane possono perdere la loro vita ogni anno a causa del maltrattamento”¹⁹.

Colmegna et al, che hanno condotto una ricerca bibliografica sul tema in questione, affermano:

“L’abuso nell’anziano è oggi un problema di salute pubblica decisamente in crescita, la cui rilevanza è ormai segnalata sia nella letteratura scientifica sia dai media. Negli Stati Uniti si stima che, mediamente, 2 milioni di persone l’anno siano vittime di maltrattamento durante la senilità. L’abuso in questa fase della vita un problema generalmente sottaciuto, in termini sia quantitativi sia qualitativi. Le più comuni forme di maltrattamento nell’anziano includono la negligenza, l’abuso emozionale, psicologico, fisico e lo sfruttamento economico. La condotta violenta è associata agli aspetti della relazione tra il potenziale paziente e colui che l’assiste ed è fortemente condizionata dalla storia familiare, dai fattori di rischio ambientali e psicopatologici, nonché dall’entità del carico assistenziale”²⁰.

Fattori di rischio

“Il National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) ha identificato e segnalato le seguenti categorie come “ad alto rischio di abuso”: donne; grandi vecchi (ultraottantenni); anziani con fragilità mentale o fisica”²¹. La letteratura analizzata evidenzia i numerosi fattori biologici, sociali, culturali, economici e ambientali che interagiscono ad influenzare il rischio e i fattori protettivi dell’essere una vittima o autore di maltrattamenti dell’anziano. Si sintetizzano i fattori di rischio evidenziati dall’OMS²² oltre che dalla letteratura analizzata:

- Livello individuale / della persona anziana: decadimento cognitivo, demenza, problemi comportamentali, malattie psichiatriche o problemi psicologici, grave dipendenza funzionale, scarsa salute o fragilità, genere della vittima, basso reddito e/o patrimonio, trauma o abuso pregresso,

18 WHO “Elder abuse” Fact sheet N°357 Updated October - 2015

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>

19 WHO “European report on preventing elder maltreatment” – 2011

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

20 Colmegna F., Clerici M. “Abuso e negligenza nell’anziano. Un problema contemporaneo” - Quaderni Italiani di Psichiatria – Vol 28 – Giugno 2009

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/03930645/28/2>

21 Colmegna F., Clerici M. “Abuso e negligenza nell’anziano...” op. cit.

22 WHO “Elder abuse” Fact sheet N°357 Updated October 2015 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>

- appartenenza a una minoranza etnica;
- Livello relazionale: caregiver sovraccaricato o stressato, caregiver con problemi di salute mentale, soprattutto depressione, precedente comportamento violento, abuso di sostanze soprattutto alcool, dipendenza dell’autore degli abusi dalla persona anziana (spesso finanziaria), pregressa storia di relazioni familiari inadeguate o conflittuali;
- Livello di comunità: scarso supporto sociale, isolamento sociale, coabitazione in condizioni di disagio socio-economico o con persone che presentano fattori di rischio come potenziali autori di abuso;
- Livello socio-culturale: rappresentazione delle persone anziane come fragili, deboli e dipendenti, erosione dei legami tra generazioni all’interno della famiglia, sistemi di diritti di successione che influenzano la distribuzione di potere e beni materiali all’interno delle famiglie, migrazioni di giovani coppie che lasciano i genitori soli, in società dove tradizionalmente gli anziani erano accuditi dai figli, mancanza di risorse economiche per pagare le cure.
- Livello delle istituzioni. Al loro interno l’abuso è più probabile dove:
 - gli standard di cura e i servizi di welfare per gli anziani sono scarsi/inadeguati;
 - il personale ha una scarsa formazione, remunerazione e un carico di lavoro eccessivo;
 - l’ambiente fisico è inadeguato;
 - le politiche sono volte solo all’interesse dell’istituzione anziché dei residenti.

Colmegna et al riassumono le caratteristiche delle vittime segnalando come esplicito fattore di rischio: “dipendenza fisica e mentale dal caregiver; scarsa comunicazione con il caregiver; condotta aggressiva dell’anziano; abuso sul caregiver effettuato dall’anziano in passato; condotta potenzialmente provocatoria da parte dell’anziano; convivenza con il caregiver; storia di ospedalizzazione, in particolare per cadute, nell’anziano; riluttanza a riportare l’abuso da parte dell’anziano; sottomissione, ritiro o depressione da parte dell’anziano in presenza del sospetto abusatore”²³.

La prevenzione

Le evidenze riferite all’efficacia dei programmi di prevenzione sono ad oggi limitate. Si sintetizzano i principali interventi di prevenzione:

- campagne per aumentare la consapevolezza sia dei cittadini che dei professionisti sul fenomeno;
- screening / individuazione delle potenziali vittime (vedi fattori di rischio);
- programmi intergenerazionali a livello scolastico;
- interventi di supporto ai caregivers (es. ricoveri di sollievo, gestione stress);
- formazione del caregiver sulla gestione del paziente con demenza;
- migliorare gli standard assistenziali delle strutture di cura a lungo termine;
- segnalazione obbligatoria dell’abuso alle autorità;
- gruppi di auto-aiuto;
- programmi di supporto psicologico per autori di abuso;
- linee telefoniche di aiuto/supporto per informazioni e reinvio alla rete di sostegno.

La violenza giovanile

“Nel mondo la violenza giovanile è la quarta causa di morte e causa 200.000

23 Colmegna F., Clerici M. “Abuso e negligenza nell’anziano...” op. cit.

giovani morti ogni anno”²⁴ è il tragico bilancio del recente report OMS (2015) sulla violenza giovanile.

L'OMS definisce la violenza giovanile come “quella che si verifica tra le persone di età compresa tra 10-29 anni. Spesso avviene tra i giovani che non sono parenti, e che non si conoscono; si svolge in generale fuori casa. Comprende un comportamento pericoloso che può iniziare presto e continuare nella vita adulta. Alcuni atti violenti – come l'assalto – possono portare a gravi lesioni o morte. Altri come il bullismo, il cyber bullismo, gli schiaffi e le percosse possono arrecare danni più emotivi che fisici”.

Le dimensioni del problema. A livello mondiale l'OMS evidenzia che:

- Ogni anno avvengono circa 200.000 omicidi tra le persone di età 10-29 anni; essi rappresentano il 43% di tutti gli omicidi nel mondo;
- La violenza giovanile è un fenomeno diffuso a livello mondiale: 4 giovani su 10 sono stati coinvolti in uno scontro/lotta fisico nell'ultimo anno; 1 adolescente su 4 ha subito episodi di bullismo nell'ultimo mese. I maschi hanno molte più probabilità di essere uccisi nell'ambito della violenza giovanile. L'83% delle vittime sono maschi.
- La violenza giovanile colpisce i paesi in maniera non uniforme. In alcuni paesi i tassi di violenza giovanile sono 100 volte più elevati che in altri paesi.
- La violenza giovanile ha un impatto che si prolunga nel tempo dando luogo a: problemi di salute mentale, scarso rendimento scolastico, uso pericoloso di tabacco, alcool e droghe, diventare, da adulto, vittima o autore di violenza
- La violenza giovanile danneggia le comunità: paura, ansia e perdita di coesione sociale.
- La violenza giovanile danneggia l'economia: costi sanitari, costi giuridici/legali, perdita di futuri guadagni e distruzione di proprietà.

I fattori di rischio

La violenza giovanile è prevedibile²⁵. I fattori di rischio, evidenzia l'OMS nel già citato rapporto, includono problemi e comportamenti quali:

- Difficoltà scolastiche
- Assenze ingiustificate e comportamento distruttivo
- Avere coetanei antisociali
- Abuso di alcool e droghe
- Problemi comportamentali
- Attività criminali

Circostanze quali: vivere in una zona ad alta concentrazione di povertà, governo debole e insufficiente stato di diritto, facile accesso a armi, alcool e droghe, genitori che sono duri / crudeli, incoerenti e/o disimpegnati.

Bullismo

Si definisce come “Il fenomeno delle prepotenze perpetrate da bambini e ragazzi nei confronti dei loro coetanei soprattutto in ambito scolastico”. Perché una relazione possa assumere questo nome devono essere presenti tre condizioni:

- asimmetria della relazione con comportamenti di prevaricazione e stato

²⁴ WHO “Preventing youth violence. An overview of the evidence” 2015 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/youth_violence/en/

²⁵ WHO “Preventing youth violence...” op. cit.

- di disagio nella vittima;
- persistenza nel tempo;
- intenzionalità di ferire, offendere, arrecare disagio.

Nella relazione vi è il coinvolgimento sempre degli stessi soggetti: uno/alcuni in una posizione dominante (bulli); uno/alcuni incapaci di difendersi (vittime); i bulli gregari/passivi per affermarsi nel gruppo; gli spettatori cioè coloro che non prendono parte attivamente alle prepotenze ma vi assistono.

Il bullismo si esprime tramite diverse forme: psicologica/indiretta, verbale e fisica. Sono atti di bullismo: insulti, offese, prese in giro ed umiliazioni; dominio ed intimidazioni; esclusione ed isolamento; voci diffamatorie e false accuse; critiche immotivate ed eccessivo controllo; razzismo; estorsione; minacce; comportamenti aggressivi e/o giochi violenti; percosse e lesioni personali; danneggiamento di oggetti della vittima.

Un aspetto centrale associato a questi atti è il silenzio delle vittime, che, per vergogna, senso di impotenza, paura di non essere presi sul serio e timore di deludere i familiari, spesso non raccontano agli insegnanti e ai genitori le prepotenze che quotidianamente subiscono.

La prevenzione

“La violenza giovanile NON è inevitabile. È possibile prevenirla. La ricerca ha individuato strategie potenzialmente efficaci ovunque nel mondo”²⁶. La punizione da sola non è la risposta in quanto non affronta le cause profonde. Gli interventi a diversi stadi della vita possono fare la differenza e aiutare i bambini a non diventare violenti. Tra questi l'OMS evidenzia:

- Prima infanzia: programmi per aiutare i genitori a costruire solide relazioni con i loro bambini, programmi di sviluppo per la prima infanzia per aiutare i bambini svantaggiati a stare al passo con i loro coetanei
- Adolescenti e giovani adulti: programmi di sviluppo di abilità / capacità di vita e sociali per aiutare i giovani a costruire sane relazioni con i coetanei, programmi scolastici di prevenzione della violenza incluso il bullismo, interventi terapeutici per aiutare i bambini e gli adolescenti a gestire rabbia / collera e problemi di comportamento
- Strategie di prevenzione a livello di società: politiche e programmi per ridurre l'uso di alcool e droghe, ridurre l'accesso alle armi, riqualificazione urbana e riduzione della povertà, polizia di quartiere e orientata ai problemi

Il Report OMS sottolinea infine che “il settore sanitario ha un ruolo vitale nel prevenire e rispondere alla violenza giovanile attraverso: la raccolta dati sull'impatto e i costi della violenza giovanile, programmi per ridurre i fattori di rischio come problemi di comportamento, maltrattamento dei minori e uso pericoloso dell'alcool; fornire servizi sanitari globali incluso quelli correlati all'emergenza, collaborare con altri settori (giustizia, istruzione e servizi sociali) per affrontare il problema della violenza giovanile”²⁷.

Per maggiori approfondimenti in tema di prevenzione si rimanda al documento della Confederazione Svizzera che descrive l'attuazione congiunta del programma nazionale di prevenzione della violenza giovanile. “Esso risponde all'esigenza di disporre di criteri di buona pratica realistici e scientificamente fondati nell'ambito della prevenzione della violenza giovanile”²⁸.

²⁶ WHO “Preventing youth violence...” op. cit.

²⁷ WHO “Preventing youth violence...” op. cit.

²⁸ AA.VV. “Criteri di buona pratica. Prevenzione della violenza giovanile in famiglia, a scuola e nello spazio sociale” Basilea 2014 - http://www.giovanievioolenza.ch/uploads/media/Guida_Buona_pratica_GeV_IT_03.pdf

IL TRIAGE NEI SERVIZI DI PS E PPI E LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

IL TRIAGE: DEFINIZIONE, OBIETTIVI E PROCESSO METODOLOGICO

La centralità della funzione di triage

“L’infermiere che esercita la funzione di triage è veramente il “regista” dei flussi e delle modalità di lavoro

del PS...perché è l’unico professionista dell’équipe che si trova ad avere tutte le informazioni e gli strumenti per governare i critici e articolatissimi processi del PS. L’infermiere addetto al triage conosce il numero, la priorità e le caratteristiche dei pazienti che sono in attesa, la tipologia e la priorità dei pazienti in arrivo (preavvisato dai sistemi di emergenza 118), la quantità e l’intensità di cure necessarie ai pazienti che sono già in carico al servizio e vi permangono per esami diagnostici e/o provvedimenti terapeutici, le caratteristiche, i tempi e le modalità di svolgimento di ogni attività del servizio; possiede, insomma, più informazioni di chiunque altro. È un ruolo difficile, strategico, complesso ed estremamente articolato, e per questo da sostenere e riconoscere. Se, come è vero e previsto dal modello del TG, quell’infermiere è il regista, devono necessariamente essere previsti e strutturati le attività, i ruoli, le funzioni, i percorsi, le procedure, gli ambienti e l’organizzazione, tali da sostenere e completare l’agire professionale dell’infermiere.”²⁹

Definizione di triage

“IL TRIAGE consiste nell’attribuzione dell’ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili”³⁰

“TRIAGE: Definizione delle priorità di trattamento dei pazienti sulla base della loro gravità clinica, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili”³¹

“Il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l’ordine di accesso al trattamento.”³²

Modello di riferimento

“I sistemi di triage implementati nelle realtà italiane si devono ispirare e/o adeguare al modello del “Triage Globale” fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, che realizza la valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all’effettiva disponibilità di risorse della struttura.

Presupposti fondamentali di questo modello di triage sono:

- a. Realizzare l’effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura.*
- b. Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato.*
- c. Garantire l’assegnazione del codice di priorità di visita attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell’assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.*

²⁹ GFT, Marchisio D. et al. “Triage Infermieristico”, McGraw Hill, III ed., 2010

³⁰ ATLS

³¹ GFT, Marchisio D. et al. “Triage Infermieristico”, McGraw Hill, III ed., 2010

³² Linee d’indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Coordinamento nazionale Triage di Pronto Soccorso, Monitor 29, AGENAS, Anno XI numero 29 2012 Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

- d. Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l’approccio globale alla persona ed ai suoi problemi di salute.*
- e. Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di visita.*
- f. Controllare e regolamentare tutti gli accessi al PS.*
- g. Disporre di un sistema documentale adeguato.*
- h. Gestire la lista e l’attesa dei pazienti.*
- i. Gestire gli accompagnatori in collaborazione con gli altri operatori del PS.”³³*

Obiettivi

Gli obiettivi fondamentali del triage in PS sono:

- Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di visita che regoli l’accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- Contribuire all’ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all’interno del PS anche attraverso l’attivazione e l’inserimento del paziente nel percorso di valutazione e trattamento.
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.
- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili ad assistiti ed accompagnatori riducendo l’ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico.³⁴

Metodologia

La metodologia per valutazione dei pazienti in Triage, in quanto è un processo altamente complesso, necessita di essere definita in modo puntuale, per creare una condizione di sicurezza per il paziente. Partendo dal presupposto che le fasi di valutazione del paziente, dato il setting di attuazione del processo, vengono eseguite, spesso, in contemporanea sullo stesso paziente ancorché su più pazienti, vengono distinte in senso logico dato dall’obiettivo che si prefiggono. Il processo di triage, metodologicamente, si deve articolare in quattro fasi:

1. Valutazione sulla porta: consiste in una rapida osservazione dell’aspetto generale della persona con l’obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2. Raccolta dati: si compone della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l’intervista (anamnesi mirata e valutazione sintomi), e della valutazione oggettiva, la quale consiste nella rilevazione dei segni e nell’analisi della documentazione clinica ove disponibile.
3. Decisione di triage: si concretizza con l’assegnazione del codice di priorità, l’attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l’eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
4. Rivalutazione: è necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Può confermare o variare il codice di priorità assegnato.

Codici di priorità

I codici di priorità sono codici colore che stratificano i pazienti in 4 categorie che organizzano i flussi dei pazienti e i tempi di accesso all’inizio dei percorsi di triage.

³³ Linee d’indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Coordinamento nazionale Triage di Pronto Soccorso, Monitor 29, AGENAS, Anno XI numero 29 2012 Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

³⁴ Idem

ROSSO: Paziente in pericolo di vita; vi è in atto il cedimento di una funzione vitale. L'accesso all'area di trattamento è immediato. Oltre ai pazienti con alterazioni critiche delle funzioni vitali, verrà attribuito un Codice Rosso ai pazienti con crisi psicotiche acute, violenti e non contenibili, ai pazienti per cui è individuata una sintomatologia per cui si ipotizzi una patologia tempo dipendente (ICTUS, STEMI, sepsi ecc.)

GIALLO: Paziente in potenziale pericolo di vita; vi è elevato rischio di rapida evoluzione verso il cedimento completo di una funzione vitale. Codici gialli sono da attribuirsi anche ai quadri clinici internistici/traumatici, in cui il tempo di diagnosi e trattamento è importante per il mantenimento della funzione d'organo. (Es lussazione scapolo-omerale, sospetta torsione di testicolo) L'accesso all'area di trattamento è immediato, compatibilmente con altre emergenze in atto, sicuramente in tempi rapidi.

VERDE: Paziente per il quale vi è indicazione alla visita medica ma differibile nel tempo senza alcun rischio evolutivo. Tali pazienti non presentano alterazioni dei parametri vitali, non appaiono particolarmente sofferenti, hanno coscienza integra. L'accesso all'area di trattamento avviene dopo i codici rossi e gialli.

BIANCO: Pazienti che presentano sintomi minori, comparsi da molte ore o giorni, in assenza di qualsiasi rischio evolutivo e per i quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extra-ospedalieri (MMG, consultori, specialistica ambulatoriale). L'accesso all'area di trattamento avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

Le nuove linee di indirizzo, in discussione alla Conferenza Stato Regioni, ste-se dal Coordinamento Nazionale Triage prevedono l'introduzione di un quinto codice per stratificare in maniera più adeguata i pazienti che afferiscono ai PS, come illustrato in tabella³⁵.

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato alle aree di trattamento
2.	URGENZA	Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Attivazione del percorso assistenziale entro 15 min
3.	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Attivazione del percorso assistenziale entro 60 min
4.	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici	Attivazione del percorso assistenziale entro 120 min
5.	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Attivazione del percorso entro 240 min

35 Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Coordinamento nazionale Triage di Pronto Soccorso, Monitor 29, AGENAS, Anno XI numero 29 2012 Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

LE SITUAZIONI DIFFICILI: IL RUOLO CRUCIALE DELLA COMUNICAZIONE NEL PROCESSO DI TRIAGE

Innumerevoli sono le situazioni in cui l'infermiere e in generale l'operatore sanitario comunica sia in maniera verbale che non: informa, spiega, ascolta, pone domande, acquisisce informazioni, osserva, guarda, tocca il corpo della persona per moltissime procedure, accoglie, rassicura, trasmette empatia, contiene l'ansia e l'aggressività, media, assume posture, gesticola, consiglia, educa, partecipa, condivide, dimostra, chiarifica, riassume, mostra interesse, mostra attenzione, incoraggia, stimola.....e si potrebbe continuare. Nello specifico contesto del PS e del processo di triage, primo impatto per l'utente con il servizio, la comunicazione riveste un ruolo ancora più cruciale a causa della situazione di disagio fisico, stress emotivo, preoccupazione e ansia in cui la persona generalmente si trova. Non è scopo del presente documento, per ovvie ragioni, trattare in maniera esaustiva tutti gli aspetti di un tema così vasto quale la comunicazione. Nel terzo capitolo si tratteranno in dettaglio gli indicatori di sospetta violenza, in questo paragrafo in termini generali con riferimento alla comunicazione si ricorda la regola delle 3A presentata agli inizi degli anni novanta come strumento didattico per la sicurezza in ambito sanitario al fine di contrastare le aggressioni a cui spesso veniva sottoposto il personale del pronto soccorso negli USA. La descrizione della regola viene riportata nel testo del Gruppo Formazione Triage³⁶. Le "3A" indicano le iniziali dei tre passi della procedura: "Attend", "Assess" e "Address".

- **ATTEND:** prestare attenzione. Il primo passo sottolinea l'importanza di ascoltare l'interlocutore. Il primo impulso di fronte a una persona che aggredisce è di rispondere "a tono" irritando ancor di più l'altro. Perché la risposta sia costruttiva è importante invece, ascoltare, prestare attenzione a come si presenta la persona alterata, a ciò che dice, al contesto che aiuta a capire perché lo dice;
- **ASSESS:** valutare il perché di uno stato emotivo, comprendere i sentimenti e "accettarli" con empatia. Mostrare comprensione delle motivazioni di un comportamento anche errato, come quello aggressivo, non significa avallarlo moralmente; la comprensione è rivolta alla persona perché non si senta ulteriormente frustrata e irritata e possa modificare il suo modo di fare, difensivo e aggressivo insieme, sapendo che nell'interlocutore può trovare aiuto. Il compito di valutare favorisce l'inibizione delle nostre reazioni istintive di fronte a una provocazione e consente di intervenire in modo pacato e costruttivo;
- **ADDRESS:** orientare verso una soluzione soddisfacente. È chiaro che la persona inizialmente ostile cambia il suo atteggiamento solo se ha potuto verificare, nei primi due momenti dell'interazione, che l'interlocutore non è un avversario da combattere, ma una persona comprensiva e aperta a soluzioni comuni.

Lo schema delle "3A" nasce dall'esperienza maturata nella gestione positiva di situazioni difficili, ma ha un valore molto più generale, perché ricalca lo schema del colloquio maieutico di Socrate ed è molto efficace ogni volta che si voglia orientare l'interlocutore a riflettere su opinioni diverse da quelle da lui sostenute, soprattutto quando queste abbiano un'origine più emotiva che razionale³⁷.

IMPORTANTE:

Messaggi opportuni da veicolare durante il colloquio/l'assistenza:

36 GFT "Triage infermieristico" – Terza Edizione – Mc-Graw-Hill - 2010

37 GFT "Triage infermieristico" op. cit.

- La violenza sessuale è un crimine
- La vittima non è colpevole.
- Nessuno merita mai di essere violentato.
- L'esecutore, non la vittima, è responsabile dell'aggressione.
- Milioni di altre donne /uomini hanno sperimentato un dolore simile.
- La vittima non è sola.
- La vittima è adesso una sopravvissuta. Ha fatto la scelta giusta di superare l'aggressione restando viva. Bisogna congratularsi con lei per essere sopravvissuta e per il coraggio avuto nel cercare aiuto.
- Le cure mediche possono aiutare nel passaggio da vittima a sopravvissuta. Cure mediche appropriate accelereranno la guarigione, allevieranno il dolore e l'aiuteranno a tornare ad una vita normale.
- Effettuare un rinforzo delle caratteristiche positive del soggetto

Messaggi non opportuni durante il colloquio/l'assistenza

- Ritenere gli episodi di violenza sessuale rari e improbabili
- Non ascoltare o non credere al paziente
- Formulare giudizi o farsi condizionare da valutazioni personali sulla condotta e moralità
- Minimizzare o scusare l'episodio di violenza
- Non forzare la vittima nell'espone l'accaduto

LA RESPONSABILITÀ GIURIDICA DELL'INFERMIERE DI TRIAGE

Obbligo della segnalazione (denuncia di reato) all'autorità giudiziaria da parte degli operatori sanitari dipendenti o convenzionati.

In tutte le situazioni in cui, nell'esercizio della professione sanitaria, il personale dipendente o convenzionato (Pubblico Ufficiale), venga a conoscenza di casi che possono presentare i caratteri di un reato perseguibile d'ufficio, diviene un obbligo effettuare la denuncia all'Autorità Giudiziaria (art.331 c.p.p.)³⁸

La denuncia costituisce, infatti, l'atto scritto con il quale il Pubblico Ufficiale informa l'Autorità Giudiziaria di un reato procedibile d'ufficio, o il sospetto di esso, di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo

38 Dispositivo dell'art. 331 Codice di Procedura Penale

Fonti → Codice di Procedura Penale → LIBRO QUINTO - Indagini preliminari e udienza preliminare → Titolo II - Notizia di reato (artt. 330-335)

1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito (1).

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.

4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero (2).

Note (1) Si tratta per tali soggetti di un dovere penalmente sanzionato ex artt. 361, 362 e 363. (2) In questo caso il procuratore della Repubblica informa senza ritardo il giudice civile o amministrativo delle richieste da lui formulate alla conclusione delle indagini preliminari ai sensi dell'art. 106 disp. att. del presente codice.

servizio. Non è quindi necessario che il denunciante abbia prestato la propria assistenza od opera, essendo sufficiente che il professionista sanitario ne "abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni". La denuncia ha lo scopo di consentire all'Autorità Giudiziaria di promuovere l'azione penale e costituisce una forma di collaborazione con la Giustizia al fine di prevenire e reprimere la criminalità. La denuncia all'Autorità Giudiziaria deve contenere (art.332 c.p.p.)³⁹:

- generalità complete del paziente;
- diagnosi e prognosi;
- elementi essenziali del fatto: occorre descrivere in modo circoscritto il fatto;
- il giorno dell'acquisizione della notizia;
- le fonti di prova note;
- se possibile, generalità, domicilio e quant'altro valga all'identificazione della persona alla quale sia ascrivibile il fatto; di coloro in grado di riferire sulle circostanze;
- luogo, ora e data di compilazione, firma del sanitario;
- deve essere redatto su carta intestata del singolo sanitario o dell'ente per il quale lavora.

L'omessa denuncia di reato è un delitto perseguibile d'ufficio, viene cioè annoverata fra i reati più gravi, quelli in cui è lo Stato il soggetto danneggiato e vi è un interesse pubblico a perseguirli. Si tratta, pertanto, di un'evenienza di rilevanza penale particolarmente grave per il pubblico dipendente (art.361 c.p.)⁴⁰. L'omissione della denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria da parte di un

39 Dispositivo dell'art. 332 Codice di Procedura Penale Fonti → Codice di Procedura Penale → LIBRO QUINTO - Indagini preliminari e udienza preliminare → Titolo II - Notizia di reato (artt. 330-335)

1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito [61], della persona offesa [90] e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti [351] (1).

Note (1) Qualora manchi l'indicazione degli elementi utili alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, questo non incide sull'avvio del procedimento penale, essendo possibile la denuncia a carico di ignoti, la quale deve essere trasmessa all'ufficio di procura competente da parte degli organi di polizia, unitamente agli eventuali atti di indagine svolti per la identificazione degli autori del reato, con elenchi mensili.

40 Dispositivo dell'art. 361 Codice Penale

Fonti → Codice Penale → LIBRO SECONDO - Dei delitti in particolare → Titolo III - Dei delitti contro l'amministrazione della giustizia (artt. 361-401) → Capo I - Dei delitti contro l'attività giudiziaria. Il pubblico ufficiale (1), il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni (2), è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria [c.p.p. 57], che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto [c.p.p. 330-332, 347] (3).

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Note (1) Si tratta di un reato proprio, che presuppone che il p.u. abbia conoscenza

operatore sanitario dipendente di una struttura pubblica rappresenta causa di non punibilità unicamente quando essa esporrebbe l'operatore stesso o un suo prossimo congiunto ad un grave ed inevitabile nocumento nella libertà e nell'onore; in sostanza non gli si impone né di autodenunciarsi né di denunciare un suo familiare, qualora l'operatore abbia avuto notizia di un reato perseguibile d'ufficio commesso dal familiare, mentre prestava la propria attività professionale. I sanitari (dipendenti o convenzionati) della Pubblica Amministrazione sono sempre obbligati alla denuncia di reato, anche quando questa esponga il paziente a procedimento penale^{41 42}.

di un fatto costituente reato, acquisita nell'esercizio delle proprie funzioni o in connessione funzionale con esse.

(2) Si tratta di un'ipotesi differente dal concorso nel reato per non averlo impedito, pur avendone l'obbligo (art. 40 c.p.), dove il pubblico ufficiale omette non tanto di denunciare un reato di cui sia venuto a conoscenza quanto di porre in essere un doveroso comportamento positivo, che poteva materialmente attuare impedendo così il compimento del reato stesso.

(3) Questa rappresenta un'aggravante speciale di carattere soggettivo, non tanto dunque un titolo autonomo di reato, in quanto in tale ipotesi la diversità non si coglie sul piano di una differente connotazione della condotta incriminata, quanto della diversa ampiezza che caratterizza il dovere di informativa.

41 Dispositivo dell'art. 330 Codice di Procedura Penale

Fonti → Codice di Procedura Penale → LIBRO QUINTO - Indagini preliminari e udienza preliminare → Titolo II - Notizia di reato (artt. 330-335)

1. Il pubblico ministero e la polizia giudiziaria (1) prendono notizia dei reati di propria iniziativa e ricevono le notizie di reato presentate o trasmesse a norma degli articoli seguenti (2).

Note

(1) La polizia svolge tale attività di ricerca ai sensi dell'art. 55.

(2) Per notizia di reato, stante la mancanza di una definizione legislativa, si intende qualsiasi rappresentazione non manifestamente inverosimile di uno specifico accadimento storico, attribuito o meno a soggetti determinati, dalla quale emerga la possibile violazione di una disposizione incriminatrice penale. Non vi rientrano tutti gli atti e le informative prive di rilevanza penale (ad es. esposti in materia civile o amministrativa), che vanno invece annotati nel registro delle non-notizie di reato o modello 45.

42 Dispositivo dell'art. 347 Codice di Procedura Penale

Fonti → Codice di Procedura Penale → LIBRO QUINTO - Indagini preliminari e udienza preliminare → Titolo IV - Attività a iniziativa della polizia giudiziaria (artt. 347-357)

1. Acquisita la notizia di reato [330], la polizia giudiziaria, senza ritardo, riferisce al pubblico ministero, per iscritto, gli elementi essenziali del fatto e gli altri elementi sino ad allora raccolti, indicando le fonti di prova e le attività compiute, delle quali trasmette la relativa documentazione [357] (1).

2. Comunica, inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona nei cui confronti vengono svolte le indagini [349], della persona offesa [90] e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti [351].

2 bis. Qualora siano stati compiuti atti per i quali è prevista l'assistenza del difensore della persona nei cui confronti vengono svolte le indagini, la comunicazione della notizia di reato è trasmessa al più tardi entro quarantotto ore dal compimento dell'atto, salvo le disposizioni di legge che prevedono termini particolari (2).

3. Se si tratta di taluno dei delitti indicati nell'articolo 407 comma 2 lett. a) numeri da 1) a 6) e, in ogni caso, quando sussistono ragioni di urgenza, la comunicazione

IL TRIAGE PER LA PERSONA VITTIMA DI VIOLENZA O DI SOSPETTA VIOLENZA

VALUTAZIONE SULLA PORTA: ACCOGLIENZA E PRIMI SEGNALI DA RILEVARE

La figura all'interno della struttura sanitaria che spesso rappresenta il primo contatto con la persona maltrattata o abusata è l'infermiere di Triage, che avvia così l'accoglienza e la presa in carico in cui sarà coinvolta tutta l'equipe. La complessità del tema può disorientare l'infermiere portandolo a sottovalutare o non riconoscere una condizione di rischio connessa al racconto della persona che dichiara o nasconde un vissuto di violenza. È fondamentale sottolineare che il tipo di ascolto e di accoglienza offerta al triage, così come la comprensione della condizione del paziente, determinano tutta la presa in carico successiva, comportando differenti sentimenti e stati psicologici nelle persone e influenzando la decisione di denuncia dell'atto violento o il rimanere in silenzio. Come è noto l'obiettivo principale della valutazione sulla porta è quello di identificare immediatamente i pazienti in pericolo di vita; ciò può valere anche per le vittime di violenza e si rimanda ai protocolli / procedure dei singoli PS.

I primi segnali da cogliere possono essere:

- Atteggiamento del paziente (impaurito, apatico, guardingo, dimesso, ecc.)
- Condizione igienica
- Rapporto relazionale che il paziente tiene con l'accompagnatore (suditanza, paura, apatia, eccesso di attenzioni all'accompagnatore, ecc.) e viceversa (aggressività, autoritario, cerca di parlare al posto della vittima, ecc.)
- Reattività all'ambiente

Per il minore Presenza di accompagnatore insolito in relazione all'evento dichiarato.

della notizia di reato è data immediatamente anche in forma orale. Alla comunicazione orale deve seguire senza ritardo quella scritta con le indicazioni e la documentazione previste dai commi 1 e 2.

4. Con la comunicazione, la polizia giudiziaria indica il giorno e l'ora in cui ha acquisito la notizia (3).

Note

(1) Tiene luogo della comunicazione scritta la comunicazione della notizia di reato consegnata su supporto magnetico o trasmessa per via telematica. Nei casi di urgenza, le indicazioni e la documentazione previste dall'articolo da tale articolo sono trasmesse senza ritardo.

(2) Tale comma è stato introdotto dall'art. 4, comma 1, lett. b), del D.L. 8 giugno 1992, n. 306, convertito in L. 7 agosto 1992, n. 356.

(3) Gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria che senza giustificato motivo omettono di riferire nel termine previsto all'autorità giudiziaria la notizia del reato, che omettono o ritardano l'esecuzione di un ordine dell'autorità giudiziaria o lo eseguono soltanto in parte o negligenza o comunque violano ogni altra disposizione di legge relativa all'esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria, sono soggetti alla sanzione disciplinare della censura e, nei casi più gravi, alla sospensione dall'impiego per un tempo non eccedente sei mesi ex art. 16 disp. att. del presente codice.

RACCOLTA DATI: VALUTAZIONE SOGGETTIVA E OGGETTIVA

Abuso - violenza dichiarata

Domande di approfondimento: durante l'intervista è fondamentale chiedere:

- Se l'esecutore è conosciuto, in caso affermativo farsi dare i dati conosciuti dalla vittima
- Il luogo e l'ora dove si è consumata la violenza
- I particolari della violenza che la vittima si sente di esporre (come e che cosa è accaduto)
- Se possibile chiedere se la paziente:
 - Se si è lavata (doccia, bidet, denti, ecc.)
 - Se si è cambiata i vestiti.
 - Se ha assunto farmaci dopo il fatto

Abuso – violenza non dichiarata: checklist di screening (ESCAPE) per orientare l'operatore

La checklist di screening consiste in una serie di domande che l'operatore deve porsi. Lo strumento è validato in letteratura⁴³ per il minore e adattato (nel presente progetto) anche alla persona adulta, consente di ridurre la discrezionalità di valutazione del singolo attraverso una prima selezione delle potenziali vittime di violenza.

Si propone di applicare la suddetta checklist a tutti gli accessi in PS per le persone <18 anni in caso di:

- trauma e/o presenza di ecchimosi
- alterazioni dello stato di coscienza
- sintomatologia neuro-psichiatrica
- dolori addominali ricorrenti
- disurie
- avvelenamenti.

Per quanto riguarda l'utenza >18 aa l'utilizzo dell'ESCAPE è fortemente raccomandato.

Domande di screening		
Il racconto dell'evento è coerente?	SI	NO ^a
Vi è stato un ritardo non giustificabile nel rivolgersi ai servizi sanitari?	SI ^a	NO
in caso di minore: il meccanismo di insorgenza del danno è coerente con il livello di sviluppo del bambino?	SI /NA	NO ^a
Il comportamento del bambino/paziente adulto e dell'accompagnatore/caregiver e la loro interazione sono appropriati?	SI	NO ^a
I risultati dell'esame fisico testa/piedi sono coerenti con il racconto dell'evento?	SI	NO ^a
Vi sono altri segnali che ti fanno dubitare sulla sicurezza del bambino/paziente adulto o di altri membri della famiglia? Se sì specificare _____	SI ^a	NO

43 Lowers E. C.F.M. et al "Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency Department" – in Pediatrics – 2012

Legenda: NA = non applicabile; La presenza di almeno una risposta contrassegnata con la lettera ^a determina la necessità di approfondimento attraverso la ricerca degli indici di sospetto. In caso contrario seguire i protocolli utilizzati di routine.

Fonte: Lowers E. C.F.M. et al "Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency Department" – in Pediatrics – 2012

Per procedere alla delicata fase della ricerca degli indici di sospetto si sottolinea nuovamente il ruolo cruciale della comunicazione e in particolare (vedi anche paragrafo **Le situazioni difficili**)

- Rivolgersi direttamente al paziente, cercando di gestire gli interventi dell'accompagnatore;
- Invitare l'accompagnatore ad accomodarsi in sala di attesa dopo aver raccolto i dati, ove possibile;
- Disporsi all'ascolto ATTIVO;

L'ASCOLTO DEL MINORE

In caso di minore devono essere evitate domande "suggestive" e il personale si deve limitare a raccogliere e annotare eventuali dichiarazioni spontanee (il minore riferisce...). È importante raccogliere dagli accompagnatori (oltre alle dichiarazioni) i dati anagrafici dei genitori e la composizione del nucleo familiare anche al fine di poter assumere provvedimenti di tutela nei confronti di eventuali altri minori del nucleo.

ABUSO – VIOLENZA NON DICHIARATA: INDICI DI SOSPETTO ANAMNESTICI, COMPORTAMENTALI/ PSICOLOGICI E FISICI

INDICI DI SOSPETTO NELL'ADULTO⁴⁴

INDICATORI	ANAMNESTICI	COMPORAMENTALI/ PSICOLOGICI	FISICI
	<ul style="list-style-type: none"> Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli; Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone; Ritardo nel chiedere soccorso; Dinamica non correlabile alle lesioni; Lesioni/problemi durante la gravidanza o aborti reiterati; Istituzionalizzazione Depressione Disturbi del sonno; Disturbi del comportamento alimentare Tentati suicidi 	<ul style="list-style-type: none"> Atteggiamento contraddittorio o evasivo; Paziente riluttante a parlare in presenza del partner; Accompagnatore/Partner dispo-tico o iperprotettivo o con atteggiamento di controllo; Atteggiamenti difensivi incongrui; Agitazione, stato d'ansia e paura; Atteggiamento depresso; Sguardo fisso, apatia, mutismo; Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo; Comportamento autolesivo – abuso di alcool, droga, cutting; Intenzioni suicide; Eccesso di adattabilità specie nei bambini; Disforia, umore negativo e altalenante; Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia; Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo, che evita il contatto oculare o si sottrae al contatto 	<ul style="list-style-type: none"> Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica) Lesioni traumatiche nelle seguenti zone: <ul style="list-style-type: none"> testa ed al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strap-pati); seno, zone genitali; lato ulnare avambraccio; in zone nascoste dagli abiti Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola, ossa lunghe in bambini non deambulanti) Ustioni, bruciature Ferite da arma da taglio Problematiche ginecologiche Aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/ bambino nato morto Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ...) Dolore cronico Sintomatologia vaga e diffusa Malnutrizione Avvelenamento intossicazione

44 "Percorso di presa in carico sanitaria ed assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza relazionale intra-familiare ed extra-famigliare", Gruppo di lavoro per i Servizi di Pronto Soccorso afferenti al "Tavolo Amaltea"

INDICI DI SOSPETTO NEL MINORE⁴⁵

INDICATORI	ANAMNESTICI	COMPORAMENTALI/ PSICOLOGICI
	<ul style="list-style-type: none"> Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici Reticenze o racconti contraddittori da parte degli accompagnatori Ritardo nel chiedere soccorso Dinamica riferita non correlabile alle lesioni <p>Particolare attenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia, enuresi ed encopresi Eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale Nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita Stato degli abiti, stato di igiene personale Atteggiamento depresso, autolesionismo Istituzionalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> Paura, sentimento d'impotenza e/o di orrore Distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa Sintomi di ansia, ipervigilanza Insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, reazioni esagerate di allarme Pianto, tristezza, paura di conseguenze future Esplosioni emotive improvvise e immotivate Etero ed auto aggressività Disturbo delle condotte alimentari Rifiuto a mostrare il corpo nudo Interessi e comportamenti sessualizzati inappropriati all'età Fughe, tentativi di suicidio <p>In età evolutiva il segno più importante di vittimizzazione (abuso fisico psicologico - sessuale) è rappresentato dal cambiamento comportamentale. Anche la presenza di un solo segno comportamentale, quando sia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Improvviso Perdurante nel tempo Immodificabile nonostante le strategie di rassicurazione dell'adulto Non in relazione ad eventi e/o cambiamenti di abitudini di vita richiede un approfondimento psico-diagnostico presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile con operatori specificamente formati.

Continua...

45 "Percorso di presa in carico sanitaria ed assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza relazionale intra-familiare ed extra-famigliare", Gruppo di lavoro per i Servizi di Pronto Soccorso afferenti al "Tavolo Amaltea"

... Segue

FISICI

- Lesioni multiple in diverso stato di evoluzione
- Coesistenza di ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, ematomi, ustioni, ecc
- Ecchimosi localizzate in sedi atipiche (retro auricolari, sul viso eccetto la fronte, dorso, regioni glutee, genitali e perianali, polsi, caviglie, mucosa orale), in particolare se con aspetto "a stampo"
- Morsicature
- Fratture ossee
 - Tutte le fratture ossee in età pediatrica richiedono una spiegazione appropriata e questa deve essere consistente con l'età e il grado di sviluppo del bambino
 - Fratture di omero di tipo spirale
 - fratture multiple
 - fratture costali e spinali
 - fratture del femore: in bambini che non camminano sono sempre da indagare per sospetto di frattura non accidentale, la più frequente è quella trasversale, ma frattura di tipo spirale è possibile anche nel bambino che deambula
 - fratture metafisarie
 - fratture teca cranica: richiedono una forza considerevole e debbono essere spiegate dalla dinamica dell'incidente riportato
 - Le fratture che preoccupano di più sono le seguenti: occipitale, fratture depresse, fratture 'in crescita'
- Ustioni, bruciature lesioni da contatto con oggetti roventi (ferro da stiro)
- lesioni da sigaretta
- lesioni da immersione forzata in acqua calda alle estremità (a calza o a guanto)
- lesioni bilaterali e simmetriche
- Lesioni che derivano da liquido gettato o versato, da frizione con superfici (da trascinamento)
- Le sedi di lesione da ustione inflitta sono più comuni agli arti inferiori e ai glutei, alle mani (al dorso), ai piedi e al volto
- Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ...)
- Malnutrizione
- Avvelenamento e intossicazione

INDICI DI SOSPETTO NELL'ANZIANO⁴⁶

TIPI DI ABUSO SEGNI E SINTOMI	
FISICO	Ematomi, segni di corde, segni di costrizione, fratture o lesioni non trattate, lesioni in diversi stadi di guarigione, lesioni interne, occhiali rotti, alopecia traumatica, segni di bruciature da immersione (distribuzione a calzino o a guanto), bruciature in zone inusuali (dorso, glutei, cuoio capelluto) eccessiva ed impropria somministrazione di farmaci sedativi.
SESSUALE	Ematomi attorno alle mammelle o all'area genitale, malattie sessualmente trasmesse o infezioni genitali inspiegabili, emorragie vaginali o anali inspiegabili.
PSICOLOGICO	Ansia, sintomi depressivi, paura del contatto fisico anche con l'esaminatore, mutismo, facilità al pianto.
NEGLIGENZA	Malnutrizione, piaghe da decubito non trattate, scarsa igiene personale, abiti sporchi o inappropriati alla stagione, problemi sanitari non trattati, condizioni abitative pericolose o non sicure, condizioni di vita insane o non pulite, mancata somministrazione della terapia.
ABBANDONO	Abbandono di un paziente in ospedale, in un'altra istituzione o in qualsiasi locale pubblico ovvero il riferimento da parte di un anziano di essere stato abbandonato.
FINANZIARIO	Modifiche improvvise e inspiegabili del testamento, cambiamenti improvvisi del conto bancario, sparizione di fondi o di oggetti di valore, ritrovamento di una forma forzata in una transazione finanziaria, trasferimento improvviso e inspiegabile degli averi ad un membro della famiglia o ad una persona estranea, inclusione di nomi addizionali nelle carte di credito o nelle carte bancarie.

PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI PAZIENTE:

- COMPILAZIONE SCHEDA DI TRIAGE: descrivere in modo particolareggiato sulla scheda di triage quanto riscontrato durante l'esame fisico (Es. presenza di lesioni visibili, tipo, dimensione, zona corporea, ecc.);
- ACCESSI RIPETUTI AL PS: ricercare nel database i seguenti dati: numero di accessi, sintomatologia esposta e diagnosi riscontrata.

⁴⁶ A. Molinelli et AL, "Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano", G Gerontol 2007;55:170-180

ASSEGNAZIONE CODICE DI PRIORITÀ

CODICE ROSSO: nei casi previsti dai protocolli di PS (alterazione di funzione vitale, possibile danno d'organo, ecc.)

CODICE GIALLO: in tutti gli altri casi (codice situazionale)

Proposta di modifiche alla scheda di triage**PROPOSTA MODIFICHE SCHEDA DI TRIAGE**

• Anagrafica scheda triage – Flag su box violenza = apertura POP-UP
• DOMANDE DI SCREENING [] positivo [] negativo (Para grafo 3.2.2.)
• TIPOLOGIA DI VIOLENZA: sessuale/ di genere – minori – violenza assistita – bande giovanili – bullismo – anziani (possibilità di indicare più di un campo)
• VIOLENZA DICHIARATA [] NO [] SI
• NO = INDICI DI SOSPETTO (paragrafo 3.2.3.) • SI = DOMANDE DI APPROFONDIMENTO
• CONOSCENZA AGGRESSORE – grado parentela / rapporto – anagrafica • QUANDO è accaduto? • DOVE è accaduto? • COME E CHE COSA è accaduto? • Eventuali TESTIMONI PRESENTI – grado di parentela / rapporto – anagrafica

INTERVENTI ASSISTENZIALI

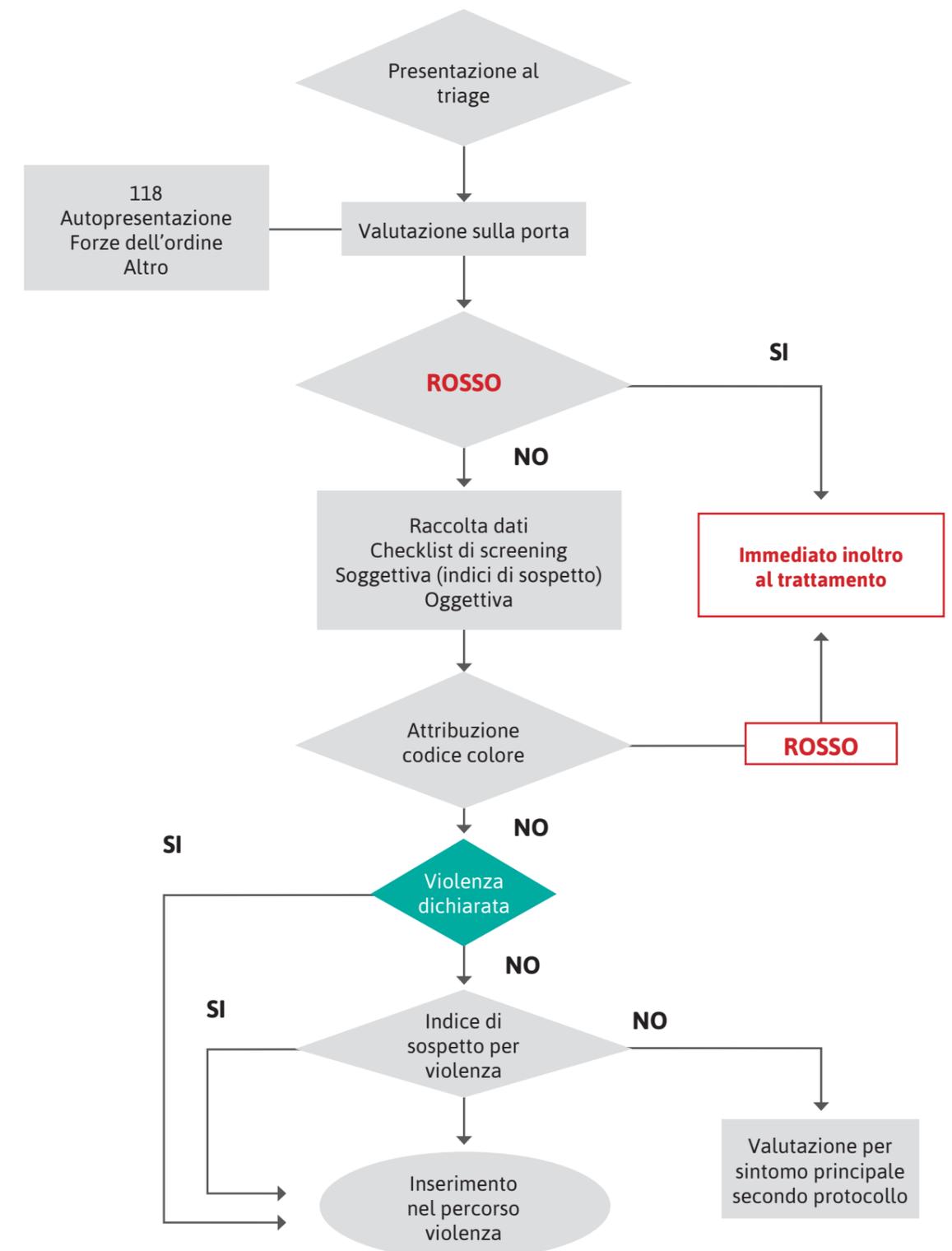
Proteggere la privacy della vittima attraverso le seguenti misure:

- Accompagnare la vittima in locale adeguato (possibilmente individuare a priori una sala dedicata)
- Provvedere ad attivare la non visibilità negli elenchi dei pazienti presenti in ospedale

Evitare l'inquinamento delle prove attraverso le seguenti misure:

- Indossare sempre i guanti
- Limitare i contatti con altre persone per proteggere emotivamente la vittima
- Limitare il contatto fisico con la vittima allo stretto necessario e non eseguire cure igieniche
- Evitare, ove possibile, la medicazione delle lesioni; solo se indispensabile utilizzare garze sterili e fisiologica (Na Cl 0.9%)
- Trattenere il lenzuolo con cui il paziente è stato trasportato in ambulanza
- Trattenere tutti gli abiti e gli accessori che la vittima si toglie ed imbustarli separatamente
- **Non dare da bere alla vittima**

In caso di allontanamento consegnare il verbale di triage alla polizia giudiziaria.

SINTESI PROTOCOLLO/FLOWCHART PER LA PERSONA VITTIMA DI VIOLENZA/SOSPETTA VIOLENZA

PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI DI MONITORAGGIO

	INDICATORI	STANDARD
1	N. schede di triage compilate correttamente / numero percorsi violenza attivati	Correttezza scheda triage >95%
2	Numero di percorsi attivati in fase di triage / numeri di conferme alla dimissione	75% percorsi confermati
3	Numero operatori formati / totale operatori addetti al triage	≥90%

1. La rilevazione per l'indicatore n. 1 sarà annuale per valutare la correttezza e completezza dei dati riportati nella scheda di triage. Si valuta la ricaduta assistenziale della formazione e il rispetto da parte degli operatori delle procedure / protocolli;
2. La rilevazione dell'indicatore n. 2 sarà annuale per valutare la congruenza tra valutazione a livello di triage e quella alla dimissione; occorre tener presente la peculiarità del tema in questione che rende l'indicatore in parte dipendente dalla soggettività dell'operatore e del paziente;
3. La rilevazione viene fatta ad ogni evento formativo per valutare il miglioramento delle conoscenze e competenze sul tema in oggetto.

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il recente documento (settembre 2015) della Presidenza Consiglio dei Ministri e Dipartimento Pari Opportunità, pur trattando nello specifico la violenza sessuale e di genere, evidenzia alcuni aspetti generali che risultano validi per tutte le tipologie di violenza:

“La convenzione di Instambul impegna gli Stati a porre in essere misure atte a garantire una specifica formazione per le figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza prevedendo altresì dei corsi di formazione in materia di cooperazione coordinata interistituzionale al fine di consentire una gestione globale e adeguata degli orientamenti da seguire nei casi di violenza. La formazione deve essere orientata in 3 aree di intervento:

- I. Riconoscimento del fenomeno
- II. Presa in carico della vittima
- III. Accompagnamento nel percorso di uscita dalla violenza

*Al fine di rendere i percorsi e le pratiche formative efficaci è opportuno prevedere un modello integrato di intervento basato sul sistema di rete articolato nelle tre suddette aree di intervento”.*⁴⁷

⁴⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Pari Opportunità “Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere” – Settembre 2015 - <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/primo-piano/2684-piano-dazione-straordinario-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere>

Il triage incide sulla prima area di intervento e sulla seconda in termini di attivazione della presa in carico. Nello specifico del processo di lavoro “trriage” risultano di fondamentale importanza per uniformare il comportamento degli operatori:

- Formazione congiunta almeno a livello metropolitano o meglio regionale tra i diversi Pronto Soccorso così da poter attivare meccanismi di confronto e benchmarking tra le diverse realtà;
- Protocolli condivisi sul riconoscimento e gestione vittime di violenza;
- Scheda di triage unificata a livello nazionale che guidi gli operatori nella raccolta dati e successivi interventi.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Da quanto sopra esposto si formulano alcune considerazioni e proposte tra cui:

- Aumentare la sensibilizzazione degli operatori sul tema attraverso una formazione congiunta dell'equipe dei PS e PPI a livello regionale; ciò consentirà confronto, scambio di esperienze e integrazione delle modalità di intervento superando rigidità di ruoli;
- Migliorare la consapevolezza degli operatori relativamente all'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria nei casi di sospetta violenza;
- Formalizzare attraverso procedure / protocolli l'utilizzo di strumenti volti a far emergere il sommerso (screening e indici di sospetto); ciò contribuirà ad uniformare il comportamento degli operatori;
- Consentire la visualizzazione degli accessi al PS a livello regionale con relativa diagnosi di dimissione;
- Unificare la scheda di triage a livello nazionale al fine di guidare gli operatori nella raccolta dati e successivi interventi; si ipotizza che la scheda di triage possa visualizzare delle Pop-up contenenti le domande di screening e gli indici di sospetto (vedi paragrafo 3.2.2 e 3.2.3).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. “Criteri di buona pratica. Prevenzione della violenza giovanile in famiglia, a scuola e nello spazio sociale” Basilea 2014 http://www.giovanievioolenza.ch/uploads/media/Guida_Buona_pratica_GeV_IT_03.pdf
- Bodenheimer T. et al “Improving primary care for patient with chronic illness: the chronic care model” part 2 JAMA,2002;208:1909-1914 - <http://www.improvingchroniccare.org/>
- Colmegna F., Clerici M. “Abuso e negligenza nell'anziano. Un problema contemporaneo” - Quaderni Italiani di Psichiatria – Vol 28 – Giugno 2009 - <http://www.sciencedirect.com/science/journal/03930645/28/2>
- Comune di Genova Rete Amaltea “Percorso di presa in carico sanitaria e assistenziale in pronto soccorso per le vittime di violenza relazionale intrafamiliare ed extrafamiliare” <http://www.comune.genova.it/content/rete-amaltea-prevenire-e-contrastare-la-violenza-sui-minori-e-di-genere>
- Comunicato Stampa FIMEUC (Federazione Italiana Medicina di Emergenza Urgenza e Catastrofi) “Pronto Soccorso: Il Sovraffollamento si può misurare. Il Pronto Soccorso affollato è espressione di un ospedale affollato. Il Pronto Soccorso affollato evidenzia limiti organizzativi dell'ospedale” – 2012 - http://www.fimeuc.org/sites/default/files/Overcrowding_Misura_Limiti_Ospedale_0.pdf
- Cooke M. et al “Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments. A systematic review of present innovations” Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) – 2005.
- Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso “Linee d'indirizzo per l'attività di triage di pronto soccorso” – in Rivista Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i

servizi sanitari regionali (AGENAS) anno XI numero 29 - 2012

Geddes M. "Il Pronto Soccorso. Il grande imbuto del Servizio Sanitario Nazionale" su Salute Internazionale 2012 <http://www.saluteinternazionale.info/2012/03/il-pronto-soccorso-il-grande-imbuto-del-servizio-sanitario-nazionale/>

Geddes M. "L'indagine parlamentare sulla sostenibilità del SSN" in Salute Internazionale – 2015 <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/lindagine-parlamentare-sulla-sostenibilita-del-servizio-sanitario-nazionale/>

Gruppo Formazione Triage "Triage infermieristico" - Terza Edizione McGraw-Hill – 2010

ISTAT "La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. 2014" – 5 Giugno 2015 - <http://www.istat.it/it/archivio/161716>

Lowers E. C.F.M. et al "Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency Department" – in Pediatrics – 2012

Maciocco G, et al "Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana" - Quaderni di Monitor, 2011

Ministero Della Salute (MDS) Raccomandazione n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" - Febbraio 2013

Molinelli A. et al "Aspetti medico-legali e geriatrici del maltrattamento dell'anziano" G. Gerontol 2007:55- 170-180

Mussi C et al "L'anziano e il pronto soccorso: il triage" – in G. Gerontol – 2008;56:109-117

Organizzazione Mondiale Sanità (OMS) "Primary Health Care: now more than ever" – World Health report – 2008

OMS "Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee guida cliniche dell'OMS" - G. Fioriti Editore - 2014

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Pari Opportunità "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere" – Settembre 2015 - http://www.pariopportunita.gov.it/inde1.php/primo_piano/2684-piano-dazione-straordinario-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere

Rastelli G. et al "Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione" in Emergency Care Journal – 2010 <http://www.pagepressjournals.org/inde1.php/ecj/article/viewFile/ecj.2010.2.25/775>

Senato della Repubblica XII Commissione permanente Igiene e Sanità "La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità" a cura dei senatori D'Ambrosio, Lettieri e Dirindin – <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3481585.pdf> - 2015

Wagner E.H., "Managed Care and Chronic Illness: Health Services Research Needs" in Health Services Research, 1997; 32(5): 702-714

World Health organization (WHO/OMS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), United Nations Development Programme (UNDP) "Global status report on violence prevention" - 2014 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

WHO "European report on preventing elder maltreatment" – 2011 http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

WHO "Elder abuse" Fact sheet N°357 Updated October 2015 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>

WHO "Youth violence" 2015 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/yv_infographic_small.pdf?ua=1

WHO "Preventing youth violence. An overview of the evidence" 2015 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/youth_violence/en/

Tavolo di lavoro 3

COLLOQUIO E ACCOGLIENZA PSICOLOGICA

Luisa Marchini
Edith Ferrari
Maria D'Apruzzo
Laila Micci
Elena Calabrò
Agnese Schena
Daniela Morero |

INTRODUZIONE

Secondo l'OMS il 35% delle donne ha sperimentato, nel corso della propria vita (lifetime), violenza fisica, verbale e/o sessuale da parte del proprio partner, o violenza sessuale da parte di un altro uomo. La maggior parte delle violenze originava comunque proprio dal partner; (il 38% del totale degli omicidi di donne risulta essere commesso dal proprio partner). Le vittime hanno un rischio significativamente maggiore di soffrire di un'ampia serie di sequele sia somatiche che psichiche.

In Italia l'indagine realizzata dall'ISTAT su 25 mila donne, in età compresa tra i 16 e i 70 anni, desta un forte allarme: secondo la stima 6 milioni e 743 mila donne (da 16 a 70 anni) sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale nel corso della propria vita (pari al 31,9% della classe di età considerata): 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), e 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito uno stupro o un tentativo di stupro (4,8%). Il 14,3% delle donne con un rapporto di coppia attuale o precedente ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal proprio partner. Il 24,7% delle donne ha subito violenze da un altro uomo; mentre la violenza fisica è più di frequente opera dei partner (12% contro 9,8%), l'inverso accade per la violenza sessuale (6,1% contro 20,4%) soprattutto per il peso delle molestie sessuali: la differenza, infatti, è quasi nulla per gli stupri e i tentati stupri. Secondo i dati dell'indagine ISTAT, nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate.

PERCORSO OPERATIVO

Il modello di accoglienza alle donne vittime di violenza ha un carattere orientativo e l'obiettivo principe è offrire delle procedure standardizzate per un per-

corso competente, coerente, sequenziale e sistematico che faciliti l'intervento delle diverse figure professionali all'interno del Pronto Soccorso (infermiere, medico, psicologo) che a vario titolo, entrano in contatto con la persona vittima di violenza.

PROTOCOLLO DI EMERGENZA IN PRONTO SOCCORSO

Il pronto soccorso per eccellenza è un luogo dove prima o poi, nel corso della storia di maltrattamenti, la donna giunge. Esso rappresenta quindi un anello (talvolta il primo) della catena di luoghi e di azioni che la donna percorre e compie e che costituiscono l'avvio del complesso percorso di uscita da una relazione violenta.

L'accesso al Pronto Soccorso, soprattutto nel breve tempo successivo all'aggressione subita è un momento molto delicato e particolarmente proficuo per iniziare a raccontare la situazione di violenza che le donne subiscono.

Grazie all'accoglienza della donna nel tempo del trauma subito è possibile anche compiere un'azione di prevenzione secondaria grazie alla rilevazione precoce di situazioni e fattori di rischio.

A partire da un accesso in Pronto Soccorso per violenza dichiarata o mascherata/sospetta, il personale sanitario, dall'infermiere di triage, può offrire una risposta immediata, competente e in ascolto ai bisogni e al particolare stato emotivo della donna. A seguito della cura medica del corpo, le psicologhe offrono uno spazio di ascolto finalizzato sia alla accoglienza che all'ascolto clinico, avviando anche la collaborazione con i Servizi e alla rete territoriale.

È importante che il personale sanitario individui tempestivamente i casi a rischio di recidiva (S.A.R.A. metodo di valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza domestica messo a punto in Canada, ampiamente utilizzato in Svezia e Scozia) e a rischio di pericolosità.

L'utilizzo del metodo SARA, infatti, permette di intervenire adottando strategie a tutela della vittima e agendo nei confronti del reo, limitandone la libertà e quindi riducendo le sue possibilità di colpire ancora. Si tratta qui di applicare con maggiore decisione e continuità le misure cautelari di diverso grado, già previste dalla normativa in vigore, quali l'ordine di allontanamento dalla casa domiciliare, il divieto di dimora o la custodia in carcere. La valutazione del rischio è un metodo da rendere obbligatorio per legge. Si renderà così più efficace l'azione delle Forze dell'ordine, dei giudici penali e civili, dei pubblici ministeri, degli assistenti sociali che hanno in affidamento un reo e dei Centri antiviolenza. Le donne vittime, d'altra parte, potranno acquisire maggiore consapevolezza dei rischi che corrono, mentre gli stessi uomini potranno comprendere che, usando violenza, creano anche grave danno a loro stessi.

In particolare in PS è importante concentrarsi sulla valutazione del rischio, essendo, infatti, l'aggressione molto recente bisogna capire se siamo in un momento di escalation in cui il rischio di recidiva è maggiore. Per la conseguente gestione del rischio, ogni istituzione valuterà i servizi su cui appoggiarsi, per e. le case rifugio, i servizi della Rete antiviolenza, e/o i ricoveri in ospedale.

A | PRONTO SOCCORSO CHE CONTA CON LA PRESENZA DI UNA PSICOLOGA

Il servizio di attenzione psicologica a donne vittime di violenza offre una attenzione integrale e personalizzata con la finalità di garantire uno spazio che permetta alla donna di evitare di correre rischi futuri continuando a rimanere in una situazione relazionale dove subisce violenza.

Il personale ospedaliero oltre a verificare l'entità dei danni fisici subiti dalla donna è anche formato ad un ascolto sensibile, necessario a individuare i traumi del corpo, che celano spesso traumi di natura psicologica/emotiva. Infatti, nei casi in cui la violenza viene negata è il corpo che parla per primo, attraverso i segni che la violenza lascia o i sintomi che sviluppa nel tempo.

Le psicologhe vengono chiamate dall'infermiere al momento del triage prima della visita medica o successivamente -in considerazione delle condizioni mediche al momento dell'accesso al PS- e in tutti casi di violenza sospetta o dichiarata.

Le psicologhe svolgeranno un colloquio dopo l'accesso in PS, momento in cui la donna è particolarmente vulnerabile, ambivalente, spesso non ancora consapevole di ciò che sta vivendo né ancora in un rapporto di fiducia (transfert) con chi l'accoglie. In questo primo incontro fondamentale è non forzare i tempi, non giudicare, non proporre soluzioni ma stare nell'ascolto di ciò che viene verbalizzato spontaneamente dalla donna; inoltre la paziente va sempre informata sulla funzione del colloquio che sta per svolgere e sulla libertà di aderirvi o meno. Per la donna svolgere il colloquio è un diritto e non un dovere, una opportunità che può cogliere anche successivamente al suo ingresso in P.S.

La logica dell'intervento psicologico non è di tipo direttivo, assistenzialista, ma di accoglienza del soggetto, con il suo vissuto traumatico e la sua storia relazionale.

Fondamentale per l'operatore è stare in ascolto, non avere subito delle soluzioni pronte all'uso (a parte nei casi particolarmente gravi per il pericolo di recidiva) né degli obiettivi da raggiungere (per esempio forzare una eventuale denuncia). Tutto ciò che la psicologa ritiene utile fare, come contattare eventuali Servizi territoriali, e/o che si devono fare, come la segnalazione al Tribunale Ordinario e/o Minorile, deve essere comunicato alla paziente, in modo tale da evitare che la donna si senta ancora una volta costretta o ingannata.

Dopo il primo colloquio in PS la psicologa valuta l'opportunità di proseguire per altri incontri (di 3/4) nei quali, a partire dal trauma riportato, si approfondiranno le dinamiche della relazione violenta, le modalità della donna di affrontarle, le sue risorse, la sua implicazione soggettiva in ciò che le sta accadendo.

La finalità del lavoro clinico è offrire la possibilità alla donna di rielaborare i vissuti traumatici in modo da poterli integrare nella propria storia personale in forme e rappresentazioni connotate affettivamente.

Nel racconto delle donne, si evince spesso un appiattimento del vissuto emotivo, una grossa difficoltà a mentalizzare, simbolizzare e a riconoscere di essere all'interno di un legame violento che rischia di invalidare non solo le funzioni del pensiero ma la possibilità dell'ascolto psicologico.

Nel colloquio bisogna riuscire a conciliare da una parte la libera narrazione ma dall'altra bisogna tenere a mente i punti salienti e le informazioni utili per fare una valutazione del rischio secondo il metodo SARA-S.

Nel caso in cui la donna racconti di episodi di violenza reiterati che rientrano nel reato di maltrattamento bisogna valutare se e quando procedere con una denuncia d'ufficio. L'aspetto della denuncia d'ufficio è molto importante e va trattato con la donna da subito, bisogna riuscire a conciliare le tutele della donna con l'esigenza di non perdere l'alleanza terapeutica con la donna stessa.

QUALE INTERVENTO IN PS?

La psicologa del PS è in campo nel pronto intervento, nel tempo dell'emergenza, dell'acuzie, nel tempo del trauma fisico, che è strettamente correlato ad

un trauma psicologico, ad un'urgenza soggettiva. Al Pronto Soccorso arriva la richiesta d'aiuto da parte della donna maltrattata, nella maggior parte delle volte, solo dopo anni di maltrattamenti, ed in situazioni di alto rischio per la propria incolumità, e si configura quindi spesso come richiesta di protezione. Questi legami affettivi violenti sono caratterizzati da dinamiche complesse che vanno affrontate con terapeute adeguatamente formate e supervisionate.

Spesso maltrattato e maltrattante, sono protagonisti di un legame letale, da cui non riescono a staccarsi, dando origine a una dipendenza reciproca devastante, poiché, da una parte, la donna fa vedere una "fedeltà" all'uomo che l'ha traumatizzata, umiliata, calpestata, e dall'altra abbiamo un uomo che ha localizzato il suo malessere fuori da sé, colpendo l'altro, maltrattandolo, umiliandolo, violentandolo.

Solo l'intervento di un terzo (ospedale, polizia, carabinieri, procura, etc.) in molti casi offre la possibilità alle donne, di ripararsi, di prendere una distanza, se non altro fisica da chi agisce violenza su di loro.

Se la violenza che porta le donne in Pronto Soccorso funge da spartiacque, se quel pugno, quel calcio si trasforma da "è solo uno pugno" a "nulla sarà più come prima", se quello schiaffo fa segno di un insopportabile, di un limite oltre il quale si decide di non volere andare, la donna ci accoglie con fiducia e può iniziare un percorso. È un tempo prezioso che se viene perso ha un prezzo elevato per tutti noi.

Nella nostra pratica il nostro intervento si articola quindi in due fasi:

- la prima fase è quella dell'accoglienza del trauma psichico a partire da quello fisico
- la seconda fase è quella della presa in carico, dell'attraversamento del trauma e dell'implicazione soggettiva della donna.

Gli operatori che vengono individuati all'interno del P.S. preposti dell'accoglienza alle donne vittime di violenza sono professionisti formati all'ascolto dei segni del corpo che fanno segno di violenza, formati ad un lavoro a più, perché in questi casi non si può credere di poter risolvere la situazione in solitudine ma occorre collaborare in un continuo lavoro di condivisione di informazioni e restituzioni. L'importanza della presenza della psicologa in PS sta nell'intervento immediato di un professionista che offre uno spazio fisico e mentale specializzato, che è in grado di esserci con il proprio corpo nell'ascolto, di non chiudere gli occhi di fronte all'orrore della violenza, di fare da argine all'angoscia che la violenza genera.

La presa di-retta con il reale della violenza, con il reale del corpo battuto è ciò a cui tutti noi operatori siamo confrontati all'interno del PS. È necessario prendersi cura del corpo traumatizzato, violato per rianimarlo attraverso il desiderio dell'operatore che ascolta, perché queste donne sono state svuotate da ciò che tiene in vita: il desiderio.

REPERIBILITÀ /DISPONIBILITÀ TELEFONICA CON LA PSICOLOGA

Quando in PS arriva una donna vittima di violenza domestica dopo l'orario di chiusura del Servizio o di domenica/giorni festivi, viene contattata dal medico di guardia o dall'infermiere la psicologa reperibile che effettua un colloquio d'accoglienza telefonico con la donna.

Gli obiettivi del colloquio telefonico sono: agganciare la donna e fissare un appuntamento presso il Servizio e fare la valutazione del rischio in emergenza. La psicologa reperibile, effettuata la valutazione del rischio, deciderà come gestire il rischio, quindi se dimettere la donna inviandola al domicilio o se attivare

risorse diverse: ricoverarla in ospedale, attivare delle risorse disponibili della donna stessa (amici e/o parenti) o attivare una risorsa della Rete Antiviolenza. Nel caso di donne con minori che hanno subito violenza o sono stati presenti alle violenze si deciderà caso per caso come prendere in carico l'intero nucleo.

B | PRONTO SOCCORSO SENZA LA PRESENZA DI UNA PSICOLOGA

A prescindere che nel presidio ospedaliero ci sia la psicologa, il PS dovrà destinare una stanza appositamente dedicata per accogliere la persona vittima di violenza, che necessita di riservatezza, privacy, protezione, allontanamento da possibili accompagnatori e tempo.

Nei casi in cui l'ospedale non ha nel suo organico la psicologa, si dovrà individuare un operatore (assistente sociale, infermiere, medico) appositamente formato che si occuperà di svolgere un colloquio di accoglienza preliminare e che darà indicazioni alla donna per la sua presa in carico e l'avvio di un progetto di uscita dalla violenza da parte di una psicologa, presente in un altro presidio ospedaliero o nella rete territoriale

È importante che vi sia da parte dell'operatore particolare attenzione ad alcuni aspetti:

- Attenzione ad assumere una posizione di ascolto.
- Atteggiamento empatico e non frettoloso
- Attenzione agli indizi comportamentali e psicologici standardizzati per la corretta identificazione della violenza
- Atteggiamento duttile: pur seguendo uno schema logico e un protocollo concordato, deve essere in grado di modificare in ogni istante il suo comportamento per adattarsi alla persona che ha di fronte;
- che la donna percepisca una sincera disponibilità e la sospensione di qualunque giudizio da parte dell'operatore;
- la restituzione alla vittima del suo valore di "persona" e di protagonista in ogni fase dell'accoglienza e degli accertamenti: la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, che cosa accettare o non accettare delle proposte di cura sanitaria e psicosociale.
- non raccomandare una terapia familiare (nelle relazioni violente non vi può essere mediazione tra le parti)
- riportare con la massima accuratezza ogni elemento che possa essere di utilità clinica alla psicologa che successivamente prenderà in carico il caso.
- redigere referto o denuncia nei casi imposti dalla legge, avendo cura di riportare ogni dettaglio e ogni circostanza.
- CONSULENZA PSICHIATRICA

In caso si ritenga opportuno una presa in carico della paziente anche da parte dello psichiatra, lo stesso sarà contattato dal medico di turno per una eventuale consulenza e/o ricovero.

Tavolo di lavoro 4

PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO AI SERVIZI TERRITORIALI SOCIO-ASSISTENZIALI PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Coordinatrice: Eloïse Longo

Vice Coordinatrice: Bruna Cimenti

Gruppo di lavoro: Fiorella Annibali, Susanna Bambini, Emanuela Biscarini, Dorina Calcagno, Filippa Cappellino, Simona Catullo, Varinia Cignoli, Barbara Cimini, Alessia De Angelis, Carmela Di Sante, Elisa Fattori, Maria Rosaria Forte, Donatella Galloni, Oria Gargano, Silvia Gatto, Roberto Izzo, Grazia Lamanna, Giuseppe Libro, Monica Ligas, Lina Losacco, Daniela Lucernoni, Luisa Marchini, Elisa Marinelli, Paola Masala, Laila Micci, Mariagrazia Moro, Alessio Mossino, Cettina Noto, Claudio Pagliara, Francesca Paratore, Lucilla Romani, Silvia Russo, Paolo Schiavo, Agnese Testoni, Monica Urbano, Monica Vaillant, Daniela Vignaroli, Claudia Zaccari, Maria Liana Zambito

INDICE

1. Il fenomeno: caratteristiche dimensioni conseguenze
2. Il ruolo del sistema sanitario
3. La rete: funzione, strumenti e azioni
4. L'offerta della rete dei servizi socio-sanitari
5. L'assistente sociale: ruolo e funzioni di accompagnamento
6. L'Accompagnamento del minore
7. Proposte
8. Bibliografia

IL FENOMENO: CARATTERISTICHE, DIMENSIONI E CONSEGUENZE

La violenza di genere rappresenta una violazione dei diritti della persona riconosciuta in tutte le sedi istituzionali di ogni Paese civile ed organizzazione internazionale. Essa rappresenta un fattore di criticità urgente, poiché mina la salute e la personalità delle donne, limita le libertà personali, influenza la sicurezza collettiva, condiziona la crescita del capitale umano e del sistema economico e sociale nel suo complesso.

Molti sono gli organismi che a livello internazionale hanno emanato dichia-

razioni e risoluzioni per denunciare e contrastare tale fenomeno. Per brevità se ne riportano alcune tra le più significative dal punto di vista della salute pubblica:

- Dichiarazione sulla Eliminazione della Violenza contro le Donne dove la violenza di genere questa viene definita come: "(...) qualunque atto di violenza in base al sesso, o la minaccia di tali atti, che produca o possa produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali, o psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata delle donne" (ONU, 1993).
- Conferenza Mondiale sulle donne di Pechino nella quale si specifica che (...) la violenza alle donne è la manifestazione della storica differenza in termini di potere all'interno delle relazioni di genere tale disparità ha comportato e comporta una sistematica discriminazione nei loro confronti, si invitano, quindi, i governi a un maggiore impegno per quanto riguarda la quantificazione e la valutazione delle sue conseguenze sulla salute delle donne(ONU, 1995);
- Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel quale si definisce la violenza nei termini di "un problema di salute di proporzioni enormi, globale"; si sollecitano i servizi sanitari ad un impegno maggiore "per dare conforto alle donne che subiscono atti di violenza fisica e abusi sessuali" (OMS, 1996);
- Primo Rapporto mondiale sulla violenza e la salute dell'OMS che rappresenta la prima analisi completa su scala globale del problema della violenza (WHO, 2002);
- La Convenzione di Istanbul punta l'attenzione sul fatto che la violenza contro le donne è in primo luogo una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne (Istanbul 11 maggio, 2011).

Come tutti i problemi di salute pubblica il contrasto alla violenza di genere implica un'azione di prevenzione su tre livelli:

- a) prevenzione primaria con interventi volti a impedire la violenza prima che si manifesti;
- b) prevenzione secondaria con risposte immediate alla violenza una volta che sia stata agita, quali servizi di pronto soccorso, terapia clinico-farmacologica o chirurgica, ecc.;
- c) prevenzione terziaria con interventi riabilitativi o reintegrativi a lungo termine per attenuare il trauma e ridurre la disabilità associate alla violenza.

Tali interventi s'inquadrano in quello che viene comunemente definito "modello biopsicosociale di salute" che riconosce il genere come uno dei fattori determinanti della salute (Zani e Cicognani, 2004). Secondo tale prospettiva la violenza di genere è il prodotto di una serie di fattori di rischio tra loro interagenti e che richiedono un intervento della collettività a livello soprattutto di prevenzione primaria (Proposta di legge n. 3603).

Essa è, infatti, uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (OMS, 2002). La maggior parte delle ricerche condotte in Nord America e in Europa hanno dimostrato l'elevata prevalenza della violenza contro le donne a livello globale e i suoi effetti negativi sulla salute psico-fisica (Campbell, 2004; Garcia-Moreno et al., 2005; Ellsberg et al., 2008; Bott et al. 2012).

La prevalenza globale di violenza relazionale in ambito familiare è pari al 30,0% e nella Regione Europea 1 donna su 4 ha subito una violenza fisica e/o sessuale da parte del partner, o una violenza sessuale da un altro uomo (WHO, 2013). In Italia 1 donna su 3 tra i 16 e i 70 anni ha subito violenza nel corso della

propria vita (ISTAT, 2015).

Questi dati allarmanti mostrano come il fenomeno - al di là delle forme variegata che può assumere e dei contesti in cui si manifesta (nella sfera pubblica, ma anche in quella privata)- sia trasversale a tutti i Paesi del mondo nonostante i numerosi progetti, le raccomandazioni delle Organizzazioni Internazionali e le campagne dei mass media.

Per quanto riguarda le cause e le forme della violenza si registrano quella: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale, e lo stalking che si manifestano prevalentemente in ambito domestico/familiare (genitori, parenti, caregiver), relazionale (amici, conoscenti), scolastico, di gruppo (compagni di scuola, educatori). La più comune è quella in ambito domestico (Intimate Partner Violence- IPV).

Alcune forme di violenza sono subdole e caratterizzate da una sistematica ripetitività, continuità e ciclicità temporale tali da impedire alla donna di riconoscerla nella sua vera essenza. Ad es., parole oltraggiose e sprezzanti, spintonamenti, lanci di oggetti, minacce con armi da fuoco o da taglio, limitazione di accesso alle finanze familiari, ecc. sono azioni che hanno come obiettivo la sottomissione e il controllo della donna.

Le conseguenze sullo stato di salute delle donne assumono diversi livelli di gravità che possono avere: esiti fatali (femminicidio o interruzione di gravidanza); condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione avvelenamento o intossicazione) e psicologica (Disturbo da Stress Post-Traumatico - PTSD, depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc.).

Sebbene i contorni del fenomeno siano difficilmente delineabili in termini di conseguenze sanitarie, i dati relativi alla violenza extra partner rivelano che le donne che hanno subito violenza fisica o sessuale sono 2,3 volte più soggette ad avere disturbi connessi all'abuso di alcol e 2,6 volte più soggette a sperimentare forme di depressione o di ansia (WHO, 2013).

Le medesime conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e affliggere anche i bambini che assistono alla violenza sulla propria madre, o sono essi stessi vittime di abusi e maltrattamenti. A ciò si aggiunga l'influenza che tali traumi hanno sul comportamento successivo dei bambini vittime di maltrattamento, con rischio maggiore sia di comportamenti maltrattanti sia di esserne vittime (WHO, 2014). Il danno a lungo termine nei bambini viene spesso sottovalutato anche da parte degli assistenti sociali del territorio che non hanno una specifica preparazione rispetto al fenomeno della violenza assistita (Save the Children, 2011).

Nel 1999 la Consulta sulla prevenzione dell'abuso sui bambini dell'OMS ha dato la seguente definizione: "L'abuso o il maltrattamento sull'infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere".

Studi sull'argomento riportano come il fenomeno della violenza assistita non sia ancora un patrimonio condiviso tra gli operatori e che stenta ad essere riconosciuto come una vera e propria forma di violenza. Anche nell'ambito della magistratura ordinaria la violenza assistita non sempre viene considerata come una forma di maltrattamento (Save the Children, 2011).

La violenza in ambito relazionale, dunque, è caratterizzata da una sistematica

sotto rilevazione dovuta al difficile riconoscimento per la naturale tendenza delle persone, vittime o aggressori che siano, a occultare comportamenti devianti che avvengono nel ristretto ambito familiare, amicale e sociale.

È noto che le vittime di abuso o maltrattamento, in cui la violenza abbia caratteristiche di ripetitività, gravità ed escalation, ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggior frequenza rispetto al resto della popolazione. Si stima che la prevalenza di casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al PS sia compresa tra il 2 e il 10% (Teeuw et al., 2012).

Le donne e i bambini che hanno subito violenza necessitano, quindi, di luoghi in cui ricevere servizi adeguati di assistenza sanitaria, assistenza giuridica nonché consulenza e terapia psicologica (Parvanova A., 2014).

L'impatto sociale della violenza sulla popolazione e, soprattutto, su donne e bambini, in termini di frequenza e gravità del danno psico-fisico, ha reso, dunque, la risposta assistenziale e la prevenzione della stessa un importante obiettivo di politica sanitaria.

All'interno di questo scenario si colloca il progetto REVAMP (Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum), incentrato sul controllo e sulla risposta della violenza su soggetti vulnerabili, tra cui il bambino, da parte delle reti dei servizi sanitari a partire da quelli di emergenza sanitaria. Il progetto si propone di armonizzare ed ottimizzare i modelli d'intervento nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali a partire dal problema del riconoscimento delle vittime che si presentano nei setting di assistenza sanitaria in emergenza.

Il Pronto Soccorso è, quindi, un osservatorio privilegiato per intercettare gli abusi. In questa sede si può favorire l'emersione della violenza di genere in ambito relazionale e quella sul minore, mediante specifiche procedure di riconoscimento.

IL RUOLO DEL SISTEMA SANITARIO

Per l'OMS il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, in particolare, i Dipartimenti di Pronto Soccorso devono assumere una posizione di leadership nelle azioni da intraprendere per contrastare ogni forma di violenza, anche grazie alla loro funzione di riconoscimento e supporto immediato alle vittime di violenza, prevenzione secondaria e terziaria.

La più recente letteratura scientifica indica come, sebbene sia necessaria ulteriore ricerca, il rafforzamento dei servizi sanitari in un'ottica di rete sia lo strumento più efficace per contrastare il fenomeno della violenza sulla donna, attraverso lo sviluppo di: protocolli e competenze degli operatori e dei servizi; l'effettivo coordinamento tra le istituzioni coinvolte; la creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza.

Il Piano di azione globale dell'OMS vede in un'ottica multisettoriale il sistema sanitario quale fattore decisivo nella prevenzione e risposta a tutte le forme di violenza interpersonale, in particolare contro le donne e le ragazze, e i bambini (WHO, 2016).

Il ruolo del sistema sanitario è, quindi, quello di:

- **individuare coloro che stanno subendo violenza e fornire dei servizi sanitari completi a tutti i livelli;**
- **sviluppare, attuare e valutare i programmi di prevenzione della violenza e delle attività di promozione della salute;**
- **documentare le dimensioni del fenomeno, le sue cause e le conseguenze sullo stato di salute.**

Tuttavia, il sistema sanitario da solo non può adeguatamente prevenire e rispondere alla violenza interpersonale in quanto molti dei fattori di rischio e determinanti della violenza sono al di fuori dello stesso e richiedono una risposta olistica, integrata e coordinata in diversi settori (ad es. la polizia e la giustizia, i servizi sociali, l'istruzione, l'alloggio, ecc.), disciplinari e istituzionali, pubblici e privati, non governativi.

I fattori che ostacolano, quindi, l'accesso ai servizi sanitari sono dovuti a cause endogene ed esogene:

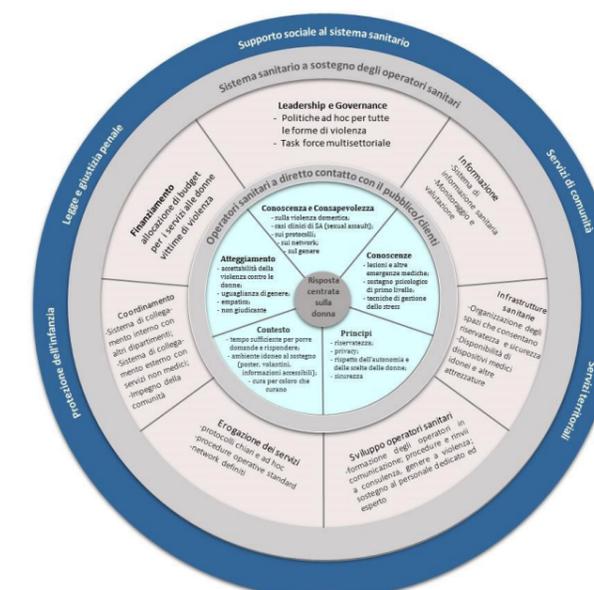
- **paura e senso di vergogna da parte delle vittime di violenza;**
- **processi di stigmatizzazione o di minimizzazione che impediscono agli operatori di riconoscere "segnali" della violenza;**
- **formazione adeguata degli operatori/trici dei servizi socio-sanitari e integrazione delle competenze nei curricula per tutti i professionisti della sanità;**
- **mancanza di un sostegno da parte della comunità nel lungo percorso di uscita dal circuito della violenza (Colombini et al., 2017).**

Per quanto riguarda le risposte dei servizi alla violenza relazionale (IPV), evidenze scientifiche hanno dimostrato come nei paesi a basso e medio reddito i servizi più completi e integrati fossero principalmente in ambito primario e sanitario (Colombini et al., 2017). I risultati suggeriscono come i seguenti strumenti e metodi non possano mancare:

- disponibilità di linee guida, politiche o protocolli chiari;
- supporto alla gestione dei servizi e coordinamento intersettoriale con opzioni chiare e accessibili via web;
- personale adeguato e qualificato, con atteggiamenti empatici nei confronti delle vittime di violenza;
- formazione iniziale e continua per gli operatori sanitari;
- un ambiente di supporto e supervisione in cui introdurre nuovi protocolli IPV.

Indipendentemente dal loro punto di accesso al servizio, ciò che è emerso come cruciale è stata una risposta collegata a livello di sistemi con tutti gli elementi implementati in modo coordinato.

A titolo esemplificativo si riporta nella figura sottostante gli elementi di risposta del sistema sanitario e di assistenza sanitaria per contrastare la violenza sulle donne.



Tradotto e modificato da: M. Colombini et al., Lancet, November 21, 2014

La costruzione di una rete di servizi di accoglienza, accompagnamento, cura e formazione è demandata alle istituzioni che devono sostenerla e trovare opportuni finanziamenti per garantire una continuità nelle azioni sul territorio.

È opinione diffusa come la presenza di una rete di servizi socio-assistenziali capillare, capace di interagire, dialogare e scambiare efficaci prassi metodologiche sia un modo per far emergere il fenomeno della violenza e sconfiggere il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne. La rete è un modo per garantire alla donna supporto e protezione. La presenza di procedure e protocolli condivisi a livello territoriale serve proprio a facilitare la donna nel trovare le risposte e soluzioni più adeguate per sé e per i propri figli. Essa garantisce, infatti, un collegamento costante tra le soggettività che la costituiscono al fine di individuare modalità di raccordo con le altre reti presenti sul territorio e garantire risposte adeguate alle vittime della violenza in ognuno dei punti ove venga esplicitata la richiesta di aiuto. Al riguardo è necessario che ogni nodo della rete abbia chiaro i propri e altrui compiti e funzioni e che la donna ne sia informata onde evitare indebite ingerenze, aspettative e confusione nella stessa.

Tra le diverse forme di rete quella inter-istituzionale presenta modalità concrete per contrastare il fenomeno della violenza sulla donna e il minore. Secondo la definizione di Rete A. Pichierrì "l'organizzazione Rete è un modello stabile di transazioni cooperative, tra attori individuali o collettivi, che costituisce un nuovo attore collettivo" (Pichierrì; 1999).

Le "organizzazioni a Rete" si identificano per elementi costitutivi tra cui:

- la valorizzazione: valore economico e sociale;
- i processi: interfunzionale, interaziendale, interistituzionali;
- i nodi della rete: produttivi ed istituzionale;
- le connessioni della rete coesistenti e sinergiche;
- la struttura creata da reti e connessioni;
- le proprietà operative: linguaggi, obiettivi, codici, valori, sistemi di pianificazione e controllo, sistemi premianti.

Le caratteristiche delle stesse sono:

- territorializzazione capillare;
- presenza di coordinamento orizzontale (connessioni di rete);
- capacità decisionale diffusa;
- gestione dei processi di rete;
- controllo della "rete del valore";
- decentramento delle attività produttive in unità organizzative interne autosufficienti ("nodi vitali");
- è insieme: una struttura gerarchica, un mercato, un sistema informativo, un sistema logistico, un sistema di comunicazione, una cultura, un sistema politico ("strutture composite e coesistenti").

Per contrastare e prevenire il fenomeno in modo efficace è importante che tutti gli attori (Servizio Sanitario e Sociale, FFOO, Sportelli e Centri anti violenza, Procura della Repubblica, Regione, Provincia e Comune, Ufficio Scolastico Territoriale, Associazioni di volontariato e terzo settore a promozione sociale) abbiano una lettura univoca e condivisa del fenomeno avendo chiari i compiti e le necessità di tutti gli operatori coinvolti. Queste premesse costituiscono la base del lavoro di rete.

Il lavoro in modalità multidisciplinare e sui diversi livelli (sul singolo caso, sulle istituzioni e sulla società) è lo strumento che consente di intervenire su tale problematica. Il lavoro di rete diventa così lo strumento per la costruzione di un percorso integrato contro la violenza alle donne ed in generale a tutte le persone vulnerabili.

L'OFFERTA DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La costruzione di una rete di sostegno efficace tra gli/le operatori/trici è la condizione fondamentale per predisporre progetti integrati che possa concretamente offrire alla donna e al bambino l'opportunità di uscire dal circuito della violenza. Il servizio sociale territoriale può rappresentare l'elemento catalizzatore per la promozione del cambiamento sociale e culturale.

La rete dei servizi anti violenza territoriale vede il coinvolgimento di tutte le istituzioni, gli enti e le associazioni, gli operatori, siano essi pubblici o privati, che partecipano secondo le rispettive competenze, alla "stesura di un progetto di uscita dalla violenza", condiviso con la donna affinché sia offerto un sostegno concreto ed una risposta completa alle necessità che le donne vittime di violenza presentano in tale situazione (Pagliara, 2017).

Gli operatori della salute rivestono un ruolo chiave nell'individuare e accogliere adeguatamente la donna vittima di violenza informandola su una possibile correlazione tra la sua salute precaria e il vissuto traumatico di violenza e indicandole i percorsi opportuni di uscita dalla stessa (Losacco, 2010).

La letteratura scientifica evidenzia al riguardo come sia necessaria una formazione specifica per gli operatori dei servizi sanitari territoriali. Le donne, giovani e adulte, che subiscono violenza hanno bisogno del sostegno da parte dei servizi territoriali, poiché questo spesso manca così come il sostegno da parte dei familiari. Vi sono, tuttavia, ostacoli di natura socio-culturale, quali ad es., processi di stigmatizzazione che impediscono e/o sono lenti nel riconoscere episodi di violenza minimizzandone le conseguenze (WHO, 2016).

La rete integrata dei servizi sociali in sinergia con quella del sistema sanitario rappresentano per le cittadine/i una risposta ai problemi di salute e di difficoltà di natura sociale. Tali servizi sono erogati da diverse professionalità con competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e sociali.

Nei servizi sociali vengono offerte attività finalizzate ad aiutare le cittadine/i a superare situazioni di difficoltà e bisogno. Le prestazioni sono stabilite a livello locale, nell'ambito dei programmi per le politiche sociali (Carollo e Fabbri). Alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, nonché associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni ed altri organismi privati, in qualità di soggetti attivi nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e degli interventi sociali (Legge 8 novembre, 2000). La complessa organizzazione dei servizi sociali è ispirata da una logica di rete che prevede forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi (Bruno, 2012).

I servizi socio-territoriali in collegamento con le Forze dell'Ordine costituiscono le "maglie" della rete di protezione per la presa in carico della vittima di violenza e l'accompagnamento nel suo contesto di vita.

L'assistente sociale nell'ambito della violenza domestica può intervenire sia nella fase acuta che nella presa in carico successiva. Nella fase acuta stabilisce se sia necessario un allontanamento immediato della vittima dal maltrattante attraverso una valutazione più accurata del rischio di recidiva e di aggravamento.

Nella successiva presa in carico ha il compito di coordinare e di attivare i componenti della presa in carico multidisciplinare al fine di costruire insieme alla vittima un percorso adeguato di fuoriuscita dalla violenza.

I servizi sociali presenti sul territorio sono:

- centri e/o sportelli anti violenza
- case rifugio
- case famiglia
- consultori familiari
- associazioni di genere
- caritas diocesana

I servizi sociali si coordinano con i servizi ed enti istituzionali che assieme costituiscono la rete anti violenza territoriale:

- Ospedali (dipartimenti di emergenza e di ostetricia ginecologia)
- Dipartimenti di salute mentale
- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Forze dell'Ordine -FF.OO.
- Procura dei Minori e procura ordinaria
- Anti violenza donna 1522
- Operatori di emergenza 118
- Emergenza infanzia 114

L'ASSISTENTE SOCIALE: RUOLO E FUNZIONI

L'assistente sociale deve conoscere i servizi presenti sul territorio e le modalità di contatto. L'assistente sociale ha il compito di curare la fase di attivazione, di verificare l'efficacia attraverso sia il contatto costante tra gli operatori coinvolti e la donna vittima di violenza.

Durante il colloquio con la donna l'assistente sociale potrà individuare alcuni significativi indicatori di violenza tra cui:

- segni visibili sul suo corpo (lividi, graffi, escoriazioni ecc.)
- trascuratezza della persona,
- aspetto provato e triste,
- rigidità e tensione nei gesti
- atteggiamento diffidente ed a volte aggressivo
- reticenza a parlare di sé e della sua famiglia.

Al fine di favorire la costituzione di un rapporto di fiducia e rassicurante, il colloquio dovrà svolgersi in una stanza ad hoc dove sia garantita riservatezza. È opportuno che l'assistente sociale durante il colloquio:

- usi domande aperte che lascino spazio al dialogo e alla disponibilità a pensare insieme
- eviti domande o atteggiamenti giudicanti sia verso la donna che verso il partner;
- condanni chiaramente il comportamento violento del maltrattante;
- rispetti i "tempi" della donna (il percorso di uscita dalla violenza e di emancipazione dal partner violento è soggettivo e procede a fasi alterne e con vari ripensamenti);
- valuti le richieste d'intervento definibili in "urgenza", individuando quelle contraddistinte da una reale situazione di pericolo immediato per la donna (e degli eventuali figli minori);
- definisca la domanda della donna e valuti con lei la strada che è pronta a compiere, tenendo conto del suo vissuto, dei suoi desideri e della sua autodeterminazione;
- fornisca risposte realistiche sui servizi territoriali attivi

Nel caso in cui la donna si trovi in una situazione ad alto rischio è importante

stabilire con lei un piano di sicurezza. Le possibilità sono:

- 1) lasciare il partner e stabilirsi temporaneamente in un luogo sicuro. Al riguardo sarà opportuno verificare la possibilità di trovare ospitalità presso la propria famiglia di origine, o nella rete di amicizie; valutare la possibilità di trovare ospitalità presso una struttura residenziale (casa rifugio, casa famiglia);
- 2) non lasciare il partner e tornare a casa. In questo caso è necessario sostenere la sua decisione ed aiutarla a costruire lo scenario di protezione.

L'ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE

La violenza sul bambino si esplica principalmente nel contesto familiare (genitori, parenti) e relazionale (amici, conoscenti, compagni, educatori) e di comunità. Evidenze scientifiche dimostrano come vi sia una sottovalutazione e una mancanza di segnalazione da parte dei professionisti, inclusi gli operatori socio-sanitari, dei sospetti di maltrattamento e/o abuso del minore, dovuta a fattori sia di carattere socio-culturale, sia alle capacità di riconoscimento di indicatori di sospetto di carattere anamnestico, comportamentale/psicologico e fisico (Indici di sospetto del minore, 2017).

La prevenzione e il contrasto al fenomeno richiede interventi multi-settoriali (sanitario, educativo, giudiziario, sociale) al fine di adottare strategie di provata efficacia che agiscano su molteplici aspetti quali: la genitorialità, le abilità di vita dei bambini e dei ragazzi, le norme sociali, i rischi specifici di vulnerabilità personale e sociale (dipendenze da sostanze, disturbi psicologici, degrado sociale, ecc.) (Pitidis, Longo, Cremonesi, 2017).

Gli interventi nell'ambito del maltrattamento/abuso dei minori per le sue peculiarità (gravità, multiformità, sommersione) comportano, dunque, un lavoro di carattere multidisciplinare, condiviso e integrato con tutti i servizi socio-sanitari territoriali al fine di favorire un intervento coordinato a livello diagnostico-terapeutico e psicosociale per tutti i casi individuati. Il lavoro di rete rappresenta un punto di protezione per il minore e di raccordo con i servizi sociali territoriali, la Magistratura e le Forze dell'Ordine.

Il compito dell'assistente sociale riguarda principalmente l'acquisizione di informazioni sulle caratteristiche sociali e culturali del contesto familiare in cui vive il minore al fine di individuare situazioni di criticità e attivazione di risorse (sostegno economico, mediazione culturale, ecc.), nonché la presa in carico dello stesso da parte dei servizi sociali, dei consultori e della rete anti violenza.

Il colloquio con l'assistente sociale, in sinergia con lo psicologo, deve rispettare le seguenti modalità:

- svolgersi in uno spazio protetto di ascolto e supporto al fine di favorire un clima di fiducia e sicurezza;
- stimare il rischio attuale e futuro legato alla situazione di violenza;
- individuare la presenza eventuali altri minori coinvolti nella situazione di violenza;
- reperire informazioni e documentazione circa il vissuto familiare e sociale del minore presso gli organi di competenza;
- impostare secondo una modalità condivisa il successivo percorso di segnalazione e invio del caso servizi di competenza (Procura dei Minori, centri anti violenza, consultori, servizi sociali territoriali, servizi di neuropsichiatria infantile, pediatra);
- attivare i servizi sociali per la tutela e la messa in sicurezza del minore.

La disponibilità di percorsi e procedure preventivamente concordate con l'autorità giudiziaria e i servizi sociali territoriali sin dal Pronto Soccorso (attraverso il servizio di medicina legale ospedaliero) permette, una più rapida ed efficace gestione di alcuni specifici casi (Debbia, 2017).

PROPOSTE

Di seguito vengono fornite delle indicazioni per il miglioramento dei servizi socio-assistenziali territoriali e per gli operatori che in essi vi operano.

- Formazione degli assistenti sociali e delle FFOO
- Fornire servizi di assistenza e sostegno in collaborazione con le organizzazioni territoriali.
- Offrire informazioni e supporto per l'attivazione dei servizi socio-sanitari.
- Personale esclusivamente dedicato all'attivazione dei servizi socio-sanitari assistenziali
- Protocolli condivisi e un modello comune di formazione per gli assistenti sociali
- Programma di advocacy/supporto legale
- Presenza di un Centro di coordinamento dei servizi socio-sanitari territoriali
- Rete integrata dei servizi sanitari e sociali multilingue accessibile anche per le donne migranti
- Procedure di accompagnamento per le donne straniere
- Condivisione delle risorse economiche socio-sanitarie
- Codice identificativo regionale per le donne vittime di violenza

BIBLIOGRAFIA

- Bruno S, 2012. Elementi di legislazione nazionale e regionale a contenuto socio-assistenziale e previdenziale. Disponibile all'indirizzo: <https://s9572ea0c173ae40d.jimcontent.com/download/version/1387017291/module/7386677920/name/DISPENSA%20ENTE%20MORALE.pdf>.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002. Apr 13;359(9314).
- Carollo D. e Fabbri AM. Organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Disponibile all'indirizzo: http://campus.unibo.it/14444/1/01_CL_INF_Org_Socio-Sanitaria.doc.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, et al., 2002. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*, 2002 Nov, 23(4).
- Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Stud Fam Plann*. 2017 Jun;48(2):179-200.
- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1555-66.
- García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1567-79.
- Indici di Sospetto del minore 2017. Percorso di presa in carico sanitaria ed assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza relazionale intra-famigliare ed extra-famigliare, Gruppo di lavoro per i Servizi di Pronto Soccorso afferenti al "Tavolo Amaltea", E.O. Galliera di Genova.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato

di interventi e servizi sociali. Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186.

Linee Guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza, a cura di D.i.Re – Donne in Rete contro la violenza, 2014.

Linee guida contro la violenza di genere Valle d'Aosta, 2012

Linee guida contro la violenza di genere, Regione Toscana, 2007

Linee guida per il contrasto della violenza sulle donne nella Provincia di Trento, 2014.

Losacco LV., 2010. L'accoglienza in emergenza Codice rosa; Diagnosi inadeguate La salute svanisce nell'esperienza traumatica, in Progetto Strega- Strumenti Efficaci di Genere Antiviolenza, Trasferimento di buone pratiche e costruzione di reti, Manuale (a cura di) Differenza Donna.

Policlinico di Palermo 2013. Manuale per operatori sanitari su violenza. Procedura unica interaziendale "Assistenza alle vittime di violenza di genere in età adulta". Disponibile all'indirizzo: <http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/violenzadigenere/Manuale-operatorisanitariviolenzagenere.pdf>.

Organizzazione delle Nazioni Unite – ONU, 1993. Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne.

Pagliara C, 2017. "Il ruolo e la rilevanza dei diversi attori coinvolti nella rete antiviolenza" in Corso Formazione a Distanza -FAD Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali.

Parvanova A., 2014. Relazione Al Parlamento Europeo. Commissione Europea per i Diritti Della Donna e l'uguaglianza di Genere.

Pichierri A., 1999. "Organizzazioni rete, reti di organizzazioni: dal caso anseatico alle organizzazioni contemporanee". Studi Organizzativi. Franco Angeli Ed., Roma.

Proposta di legge PDL Camera dei Deputati n. 3603. Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, 12 febbraio 2016.

Pitidis A, Longo E, Cremonesi P e Rete Progetto REVAMP (a cura di). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario. Manuale per operatori di Pronto Soccorso. Rapporti ISTISAN, Roma (in corso di stampa).

Save the Children, 2011. Spettatori e Vittime: i minori e la violenza assistita in ambito domestico. Analisi dell'efficienza del sistema di protezione in Italia, Roma: Arti Grafiche Agostini.

Sprague S, Scott T, Garibaldi A et al. A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 May 5;8(1):1314159.

Teeuw AR, Derkx BHF, Koster WA and van Rijn RR. Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*, Jun 2012; 171(6).

World Health Organization – WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.

World Health Organization - WHO, 2014. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020.

World Health Organization – WHO, 2016. The global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-en.pdf.

World Health Organization (WHO), 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence, WHO, Geneva.

World Health Organization- WHO, 1999. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO, Geneva. 1999.

World Health Organization- WHO, 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. WHO, Geneva, 2013.

Zani B. e Cicognani E., 2004. Psicologia della salute, Bologna: Il Mulino.

4.1

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEI PRONTO SOCCORSO (PS) NELL'AMBITO DELLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE VITTIME DI VIOLENZA RELAZIONALE

Anna De Santi | Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità
Antonio Sparaco | Coordinamento Attività di Prevenzione, ASP Trapani

Diversi documenti sono stati pubblicati da prestigiosi Enti e Organismi nazionali e internazionali su come il sistema sanitario debba intervenire per prevenire e rispondere alla violenza in ambito relazionale, operando con altri settori della società: servizi sociali, polizia, magistratura.

Tutte le indicazioni e i recenti documenti di policy presenti prevedono il ruolo centrale del personale sociosanitario dei PS, che si trova in una posizione privilegiata per intercettare e rispondere alla modalità di presa in carico della donna o del bambino vittima di violenza relazionale. Personale che spesso non è stato adeguatamente formato per svolgere in forma ottimale questo compito.

La formazione degli operatori sanitari sulla violenza in ambito relazionale sulle donne e i bambini rappresenta dunque un punto importante del progetto REVAMP del Ministero della Salute sia in fase di pre-qualificazione del personale, sia come formazione in servizio.

Data la complessità del problema, la formazione dei professionisti dei Dipartimenti di Emergenza/urgenza deve essere di approccio multidisciplinare e riguardare i vari contenuti della risposta alla violenza.

A tale proposito si presenta un elenco di conoscenze e abilità che dovrebbero essere acquisite dagli operatori dei PS:

- capacità di analisi e inquadramento del fenomeno (epidemiologia, legislazione, codice rosa, triage in PS delle vittime di abuso, indicatori di sospetto, identificazione)
- corretta comunicazione e counselling, (capacità di raccolta e inquadramento della storia di violenza con atteggiamento di accoglienza, sensibilità, ascolto, supporto...)
- consapevolezza sulle proprie capacità/ difficoltà di ascolto emotivo di sé e dell'altra/o, per accrescere le proprie abilità relazionali
- capacità di superare le resistenze emotive e sociali di fronte all'ascolto delle vittime di violenza (donne e bambini/e) e degli autori di violenza
- capacità di ascolto emotivo di sé e dell'altra/o, per accrescere le proprie abilità relazionali
- riconoscimento della violenza relazionale nelle sue manifestazioni quotidiane e misconosciute, oltre a quelle più macroscopiche, che comunque vanno incontro a disconoscimento
- riconoscimento delle tipologie e degli effetti a breve e a lungo termine della violenza di genere e della violenza all'infanzia, e sugli ostacoli alle loro emersione
- conoscenze circa l'abuso sessuale infantile e il trauma
- comprensione dei meccanismi psicologici e culturali che favoriscono l'in-

staurarsi e il perpetuarsi della violenza, sia nel subirla che nel continuare ad agirla

- conoscenze sugli autori di violenza, le loro caratteristiche, le modalità migliori con cui approcciarsi per stabilire un'alleanza di lavoro che favorisca maggiore consapevolezza, motivazione e cambiamento
- competenze sulle tipologie e gli effetti a breve e a lungo termine della violenza di genere e della violenza all'infanzia, e sugli ostacoli alle loro emersione
- conoscenze circa l'abuso sessuale infantile e il trauma
- comprensione delle resistenze emotive e sociali di fronte all'ascolto delle vittime di violenza (donne e bambini/e) e degli autori di violenza
- comprensione dei meccanismi psicologici e culturali che favoriscono l'in-staurarsi e il perpetuarsi della violenza, sia nel subirla che nel continuare ad agirla
- conoscenze sugli autori di violenza, le loro caratteristiche, le modalità migliori con cui approcciarsi per stabilire un'alleanza di lavoro che favorisca maggiore consapevolezza, motivazione e cambiamento
- competenze nella raccolta della documentazione dei fatti riferiti traumi
- diagnosi differenziale di abuso
- capacità di valutazione neuropsichiatrica, o di invio a specialista
- accoglienza e presa in carico delle vittime di abuso,
- offerta di percorsi assistenziali, sostegno della vittima e dei suoi familiari.

Molte delle attuali ricerche in questo ambito attribuiscono infatti al momento del contatto con le strutture sanitarie un ruolo prioritario nell'accoglienza e presa in carico della donna e del bambino vittime di violenza in quanto gli operatori dei PS hanno precise responsabilità professionali spesso disattese.

Dato che il progetto REVAMP si è posto l'obiettivo di armonizzare e ottimizzare i modelli d'intervento nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali a partire dal riconoscimento delle vittime di violenza nei setting di assistenza sanitaria in emergenza, la formazione degli operatori dei PS dovrebbe - grazie anche all'analisi di questi aspetti curati nella letteratura scientifica, nel confronto con gli interventi e le esperienze di altri Paesi - offrire una panoramica dei principali problemi, criticità e risorse legati a tale fenomeno.

L'assistenza alla donna e al bambino vittime di violenza risulta alquanto complessa; assistere le vittime in questo percorso, vuol dire non solo offrire assistenza sociosanitaria ma anche riconoscere l'autodeterminazione loro negata, il riconoscimento del bisogno di giustizia, riconoscerla nella sua specificità. Proprio per questo è indispensabile resistere alla tentazione di semplificare tutto con la razionalità tecnica e saper sopportare il disagio esistenziale legato a vissuti inquietanti che mettono in discussione tutti i parametri di umanità, di fiducia ed intimità.

L'operatore che si trova a contatto con la donna o il minore, deve poter mettere in campo tutte le tecniche di comunicazione non verbale, e porsi in modalità di ascolto, prestando attenzione alle parole non dette, perchè difficili da pronunciare e alla richiesta di aiuto - non solo di cure mediche, forse - ma di conforto e rassicurazione.

Purtroppo diventa difficile, nei pronto soccorso ospedalieri, nel caos, in cui riversano, trovare il modo di porsi in ascolto, sembra impossibile trovare il modo di curare con attenzione le "ferite nascoste"; eppure è indispensabile, perchè dalla capacità degli operatori di capire, dipende la decisione della donna o del bambino di aprirsi, di uscire dal vortice della violenza e denunciare.

Dunque alla capacità di ascolto che permette di capire se ci si trova di fronte ad un caso di violenza, è necessario accostare l'azione dell'Informare, sulle scelte possibili e sulla rete di servizi pubblici o di volontariato, in grado di fornire un aiuto competente anche in relazioni ai diritti legali.

Da quanto esposto, ci rendiamo conto, che la figura degli operatori sanitari è fondamentale, centrale, il primo filtro tra la donna e il bambino che ha subito violenza e le istituzioni.

Spesso, alcuni importanti aspetti dell'accoglienza e della presa in carico sono al caso, senza una adeguata formazione del personale in tal senso. Sono molte le donne che, vittime di violenze, hanno raccontato come spesso, il personale sociosanitario delle strutture di emergenza non ha saputo vedere oltre quel riserbo, oltre la paura, la vergogna, i silenzi che chiedevano giustizia, e in molti casi hanno saputo anche giudicare.

Dato il ruolo importante all'interno del processo di assistenza alle donne e bambini vittime di violenza, si propone - a tutte le aziende ospedaliere e alle strutture di accoglienza deputate all'accoglienza delle persone vittime di violenza relazionale - di formare adeguatamente il personale, affinché oltre a fornire assistenza, gli operatori possano aiutare a far cadere quel muro di paura, di silenzi impenetrabili tipici di alcune donne e bambini abusati.

La formazione di chi accoglie e assiste deve essere esperta e qualificata.

Il saper riconoscere, ascoltare, proteggere e curare le vittime di violenze richiede, infatti, una preparazione professionale specifica, al passo con le evoluzioni del fenomeno e con gli strumenti di cura, contrasto e di tutela che ne conseguono.

È necessario che anche gli operatori sociosanitari dei PS sviluppino un know how attraverso il quale concorrere alla corretta accoglienza e presa in carico delle vittime, divenendo attori protagonisti della gestione complessiva del fenomeno.

Il riconoscimento e l'ascolto del trauma della violenza relazionale costituiscono infatti i primi passi per un adeguato sostegno alle vittime e per promuovere percorsi di uscita dalla violenza. La specificità del tema pone però gli operatori e le operatrici in contatto con una sofferenza emotiva profonda e con una grande complessità operativa.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha promosso e finanziato un **Progetto "Programma di formazione blended per gli operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere"** coordinato dall'Unità Operativa UO RCF del Dipartimento delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità per offrire una sistematica e omogenea formazione a operatori socio-sanitari di 28 Pronto Soccorso presenti nelle 4 regioni italiane partecipanti al Progetto.

Obiettivo del corso è quello di accrescere le capacità di diagnosi, gestione e trattamento della violenza di genere; rafforzare o costituire reti territoriali multidisciplinari antiviolenza; valutare l'efficacia dell'intervento formativo analizzando il numero dei casi riscontrati; individuare uno strumento di identificazione e valutazione del rischio di re-vittimizzazione, in rete con altri servizi territoriali, con altri settori disciplinari e con i centri antiviolenza.

La struttura del corso è suddivisa in due unità.

Gli obiettivi della prima unità sono i seguenti:

definire le dimensioni epidemiologiche e le caratteristiche della violenza di genere; descrivere gli strumenti (segni e sintomi) e gli indicatori standardizzati per una corretta identificazione e registrazione di casi; descrivere i principali effetti

della violenza di genere sulla salute psico-fisico- sociale delle persone colpite e dei bambini che assistono; descrivere le più appropriate strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione dei casi di violenza.

Gli obiettivi della seconda unità sono:

individuare le procedure di riferimento per una corretta gestione dei casi di violenza di genere; identificare gli strumenti per una corretta rilevazione del rischio di re-vittimizzazione attraverso lo strumento Danger Assessment; individuare la normativa e descrivere il ruolo e la rilevanza dei diversi attori coinvolti nella rete.

Si riporta, inoltre - a titolo di esempio - obiettivi e contenuti di un Corso residenziale per Operatori dei Pronto Soccorso proposto con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri all'interno dei Progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere.¹

1. Aumentare la conoscenza del fenomeno della violenza sulle donne e bambini - Contenuti:

- Epidemiologia della violenza sulle donne e bambini e relative statistiche negli studi nazionali ed internazionali;
- Definizione della violenza e delle sue diverse forme, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- Tipologie di violenza in danno di donne e minori;
- Violenza fisica, psicologica, sessuale; Violenza assistita; Stalking e molestie
- Fattori di rischio e fattori di protezione.

2. Aumentare la capacità di interazione ed assistenza alle donne e bambini che hanno subito violenza - Contenuti:

- Tecniche di ascolto empatico con le vittime di violenza;
- Difese degli operatori di fronte alla violenza e tecniche di gestione delle emozioni nel soccorso;
- Emozioni e comportamenti nella relazione d'aiuto: come utilizzare l'intelligenza emotiva con le vittime o con le sospette vittime per creare un rapporto di fiducia;
- Consapevolezza ed informazione sulle opportunità di cura e di tutela;
- Empowerment e resilienza dell'operatore e della donna vittima.

3. Identificare i danni e formare gli operatori sulle conseguenze della violenza sulle vittime - Contenuti:

- Principali conseguenze sulla salute fisica della donna e del bambino (disturbi ginecologici, gastro- intestinali, cardiocircolatori, respiratori, gravidanza indesiderata, HIV, astenia, cefalea, etc.);
- Conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva;
- Effetti sulla salute mentale e psicologica della donna (comportamenti suicidari e suicidio, depressione, ansietà, disturbi alimentari, disturbi del sonno, panico, dipendenza, disturbi ossessivo- compulsivi, etc.).

4. Descrivere i danni psicologici della violenza sulla salute a breve, medio e lungo termine - Contenuti:

- La Sindrome Post-traumatica da Stress;
- Classificazione dei danni alla salute nella letteratura internazionale;
- Correlazioni fra forme di violenza e danni alla salute;
- Le ESI (Esperienze Sfavorevoli Infantili) e gli effetti a lungo termine della violenza;

¹ <http://www.ibambini.it/uploads/formazione/File/progetti/CorsoPA RES.pdf>

- Le conseguenze sociali sulle condizioni di vita nel contesto familiare per la donna e i figli e nell'inserimento lavorativo e sociale.

5. Aspetti medico-legali della violenza e del maltrattamento contro le donne

Contenuti:

- Problematiche relative alla raccolta delle prove nei casi di abuso sessuale, fisico e psicologico ed ostacoli di comunicazione con le persone in stato di crisi;
- Aspetti di criticità correlati al consenso del paziente ed alla querela;
- Procedure medico legali e precauzioni da seguire all'interno del pronto soccorso nei casi di sospetta -Contenuti:
- violenza;
- Esami medici probatori e ruolo del personale socio-sanitario
- Documentazione dell'esame fisico: fotografie, campioni, analisi;
- Raccordo fra personale sanitario e forze dell'ordine per la gestione degli aspetti medico-legali;
- Tecniche di conduzione del colloquio e dell'interrogatorio da parte delle forze dell'ordine nei casi di sospetta violenza;
- Tecniche di indagine peritale medico-legale delle vittime di violenza.

6. Identificare e saper prendere in carico le vittime di violenza

Contenuti:

- Ruoli e funzioni del medico e dell'infermiere nell'accertamento dei casi di violenza - Contenuti:
- Procedure di accoglienza per le vittime di violenza in Pronto soccorso;
- Presa in carico medico e psicologica delle vittime in Emergenza: modelli e metodi;
- Progettazione del percorso di presa in carico e rete delle collaborazioni interne ed esterne all'Ospedale
- Lavoro della rete inter-servizi: strumenti di intervento e modalità operative;
- Risorse territoriali verso cui indirizzare le vittime di violenza: tipologie di strutture e modalità operative;
- Attività dei centri antiviolenza e case delle donne; Il ruolo delle associazioni di volontariato nel sistema di protezione.

8. Identificare gli aspetti legislativi e gli obblighi giuridici della violenza e del maltrattamento contro le donne e dello stalking - Contenuti:

- La normativa internazionale e nazionale per la protezione e la tutela legale della donna e dei minori vittime di violenza;
- Classificazione dei reati in materia di violenza di genere;
- Il reato di stalking, le diverse fattispecie, la giurisprudenza;
- Piano nazionale antiviolenza e programmi nazionali e regionali per la promozione della tutela della donna e del bambino;
- Problematiche probatorie e ruolo del personale sanitario nella fase di emergenza;
- Obblighi giuridici del personale sanitario e modalità di adempimento;
- Il ruolo del medico/operatore sociale in caso di reati perseguibili d'ufficio;
- Informazioni legali alle vittime

9. Individuare l'intervento sanitario nella rilevazione e trattamento delle mutilazioni genitali femminili - Contenuti:

- Definizione ed inquadramento generale del fenomeno delle mutilazioni genitali fra antropologia e storia;
- Aspetti legali e normativi sulle mutilazioni genitali femminili in Italia;
- Salute e mutilazioni genitali femminili: conseguenze e complicanze im-

diate e tardive della pratica di infibulazione e asportazione a livello fisico, psicologico e sessuale;

- I quattro tipi di mutilazione e gli indicatori di riconoscimento;
- Possibili interventi sanitari nella fase di emergenza e ruolo del ginecologo e dell'ostetrico;
- La procedura di deinfibulazione;
- Le linee guida regionali per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni genitali.

10. Apprendere le Tecniche di rilevazione della violenza sessuale, domestica e stalking - Contenuti:

- Indicatori e sintomi per l'osservazione e rilevazione dei maltrattamenti;
- Tecniche di rilevazione degli indicatori di sospetta violenza e strumenti di triage per identificare casi di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- Valutazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi;
- Utilizzo di griglie e questionari per la rilevazione delle violenze;
- Dalla rilevazione alla diagnosi.

11. Utilizzare i Protocolli di intervento sulle vittime di violenza nell'emergenza sanitaria - Contenuti:

- Linee Guida per il personale socio-sanitario di Pronto Soccorso;
- Accoglienza, raccolta dell'anamnesi e procedure mirate di esame obiettivo;
- Trattamento delle lesioni e raccolta di eventuali campioni ai fini medico legali;
- Linee guida per il personale medico della divisione di ginecologia e modalità di esecuzione della visita;
- Linee guida per la consulenza integrata con le altre strutture.

BIBLIOGRAFIA

The World Health Assembly endorses the global plan of action on violence against women and girls, and also against children <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/action-plan-endorsement/en/>

G. De Girolamo, P. Romito "Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS" - Giovanni Fioriti Editore, 2014

A. De Santi, M. Teodori, Seed La didattica in sanità - Comunicare, progettare e valutare la formazione, ed. 2012 <http://www.edizioniseed.it/la-didattica-in-sanita.html>

A. Colucci et al., "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso un percorso di formazione Blended rivolto agli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso" in Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, volume 29 numero 7,8 luglio.- agosto 2016

<http://www.ibambini.it/uploads/formazione/File/progetti/CorsoPARES.pdf>

<http://www.differenzadonna.org/corso-di-formazione-per-operatori-socio-sanitari-e-assistenti-sociali/>

<http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/violenzadigenere/Manualeoperatorisanitariviolenzagenere.pdf>

https://internationalmedicalcorps.org/programs/womens-childrens-health?gclid=Cj0KEQjw-ezKBRCGwqyK0rHzmVkBElQAu_-LMSpOeVeeuNljUy_Kqk_IkCA2QjYs9OupXi-FWYelvWlaAmnP8P8HAQ

http://www.wadvocates.org/resources/?gclid=Cj0KEQjw-ezKBRCGwqyK0rHzmVkBElQAu_-LIEw7Co83Xb47GtKxpCUMEkdcagoNTMnTLAHSbJ_5MaAsmx8P8HAQ

<http://www.who.int/mediacentre/en/>

<https://hr.od.nih.gov/hrguidance/civil/documents/domesticviolence.pdf>

Tavolo di lavoro 5

RICONOSCIMENTO, ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO, FOLLOW-UP E ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE VITTIMA DI VIOLENZA

COORDINATORE

Emanuela Piccotti | Dipartimento DEA, Responsabile U.O.S.D. Pronto Soccorso e OBI IRCCS Istituto Giannina Gaslini

GRUPPO DI LAVORO

Elena Coppo, Carla Debbia, Federica Accomazzo, Michele Salata, Emilio Fossali, Anna Plebani, Laura Dell’Era, Maria Chiara Lucchetti, Caterina Offidani, Antonino Reale, Stefano Vicari, Susanna Falorni, Marisa Zaccagnini, Daniela Repetto, Michela Azzaro, Barbara Cantoni, Andrea Gazzelloni, Lucia Sciarretta, A. Urbino, Luca Gastaldo, Sara Racalbutto, Angela Bellettieri, Sergio Manieri

CON LA COLLABORAZIONE DI

M. A. Serra, M. Romanengo, O. Romano, A.S. Tramaglino, V. Roccati, M. D’Apruzzo

DEFINIZIONE DEI REQUISITI MINIMI

Il presente documento è finalizzato ad illustrare il lavoro di confronto e armonizzazione delle procedure su riconoscimento, accoglienza, presa in carico, follow-up e accompagnamento del minore vittima di violenza ; inoltre intende delineare una proposta di modello di lavoro con definizione di requisiti minimi essenziali sul piano organizzativo e metodologico nei casi di maltrattamento e abuso all’infanzia.

PREMESSA

La violenza rappresenta un problema sociale e sanitario, gravemente sottostimato, che richiede di essere fronteggiato tramite una rete competente e consolidata, costituita da professionisti ed istituzioni dell’area sanitaria, sociale, della giustizia e delle forze dell’ordine.

Il non riconoscimento della violenza come causa di malattia è il principale fattore che favorisce l’emergere a distanza di esiti dannosi sulla salute psicologica e somatica delle vittime dirette ed indirette.

L’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) sottolinea il ruolo del sistema

socio-sanitario nella presa in carico delle vittime di violenza, rilevando l'impatto che traumi o esposizione a forme di violenza fisica e psicologica prolungate nel tempo, hanno sulla salute, sia mentale sia fisica, a breve, medio e lungo termine.

Il Pronto Soccorso rappresenta un osservatorio privilegiato per identificare ed accogliere situazioni di maltrattamento, che potrebbero altrimenti rimanere in una condizione di invisibilità, dando avvio alla presa in carico complessiva del bambino e indirizzando a percorsi di sostegno e protezione.

L'azione del Pronto Soccorso si può riassumere nelle seguenti funzioni:

- Intercettazione/ riconoscimento dei casi sospetti
- Rilevazione e presa in carico precoce di casi di violenza/ maltrattamento dichiarati;
- Percorso diagnostico e terapeutico: diagnosi e primo intervento di cura e sostegno;
- Adeguata accoglienza e spazio di ascolto e comprensione della persona;
- Avvio a percorsi di tutela/protezione e consapevolezza grazie alla collaborazione con la Rete territoriale;
- Corretta segnalazione ai servizi sociali territoriali e all'Autorità Giudiziaria

VITTIME E TIPO DI VIOLENZA

La violenza su minore consiste in reiterate azioni od omissioni nell'accudimento nei confronti di minori di età e si può estrinsecare in varie forme:

- **Trascuratezza grave:** Si riscontra quando i genitori o i tutori non sono in grado di capire i bisogni materiali ed affettivi dei propri figli, anche in riferimento alle varie età cronologiche, e quindi non riescono a curarli, a proteggerli e a farli crescere in modo sano: ad esempio abbigliamento inadeguato alle condizioni atmosferiche, trascuratezza igienica, sanitaria o alimentare, isolamento affettivo e/o sociale, inadempienza scolastica, denutrizione, etc.
- **Incuria:** Corrisponde alla mancanza, parziale o totale, delle cure essenziali di cui ha bisogno il bambino/adolescente (ad es. quando una madre non si occupa del figlio piccolo, non gli dà da mangiare, non lo veste, etc).
- **Discuria:** Si riscontra quando vengono fornite cure in maniera distorta rispetto all'età cronologica.
- **Ipercure:** Si riferisce ad un eccesso di cure date al bambino, anche mediante immotivata somministrazione di farmaci dannosi per il bambino o inutili e ripetuti accessi ospedalieri (hospital shopping). Una grave forma di ipercure è la Sindrome di Munchausen definita da Meadow come la "situazione in cui i genitori o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono ad una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli".
- **Maltrattamento fisico:** Il maltrattamento fisico si verifica quando i genitori o comunque le persone legalmente responsabili del bambino eseguono o permettono che si eseguano, in maniera reiterata, lesioni sul minore o comunque lo mettono nelle condizioni di rischiare di provocarsi lesioni. Può essere attuato attraverso pugni, calci, bruciature, graffi, sbattimento contro pareti o pavimenti, uso di cinghie, di bastoni o di altre forme di tortura.
- **Maltrattamento psicologico:** Tutti gli atti che espongono ripetutamente il bambino a frustrazione, negazione della sua individualità, svalutazione delle proprie capacità e potenzialità. Rappresenta la forma più diffusa di violenza da parte di un adulto verso un bambino/adolescente e la più di-

struttiva per la salute e la crescita psico-fisica; nonostante ciò è la più difficile da riconoscere.

- Per **abuso sessuale** si intende il coinvolgimento di un minore in attività sessuali (compresa la pornografia) anche non caratterizzate da violenza esplicita. Più precisamente: "qualsiasi atto in cui un adulto utilizzi il proprio potere su un bambino per ottenere una gratificazione sessuale approfittando della vulnerabilità e/o fiducia del bambino stesso". Le peculiarità che caratterizzano l'abuso sessuale nel bambino includono le seguenti considerazioni:
 - raramente viene usata violenza o forza fisica;
 - il maltrattante di solito è persona conosciuta;
 - l'abuso sessuale nel bambino si realizza in tempi lunghi;
 - frequentemente gli episodi sono ripetuti e sempre più intrusivi; la vittima viene coinvolta in atti e situazioni inadatte alla sua età ed esperienza.
- **Violenza Assistita** Si definisce "Il fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti" (C.I.S.M.A.I., Firenze 2003).

La violenza assistita è una forma di maltrattamento che può determinare effetti a breve, medio e lungo termine sulla salute psico-fisica e rappresenta uno dei fattori di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza.

I bambini vittima di violenza assistita sono spesso bambini che crescono apprendendo che l'uso della violenza, seppur sentito come doloroso, sia consueto e ammissibile nelle relazioni affettive e possono strutturare stereotipi di genere o con svalutazione e disprezzo verso le figure percepite come più deboli.

- **Bullismo** Si definisce come "Il fenomeno delle prepotenze perpetrate da bambini e ragazzi nei confronti dei loro coetanei soprattutto in ambito scolastico". Perché una relazione possa assumere questo nome devono essere presenti tre condizioni:
 1. asimmetria della relazione con comportamenti di prevaricazione e stato di disagio nella vittima;
 2. persistenza nel tempo;
 3. intenzionalità di ferire, offendere, arrecare disagio.

Nella relazione vi è il coinvolgimento sempre degli stessi soggetti: uno/alcuni in una posizione dominante (bulli); uno/alcuni incapaci di difendersi (vittime); i bulli gregari/passivi per affermarsi nel gruppo; gli spettatori cioè coloro che non prendono parte attivamente alle prepotenze ma vi assistono.

Il bullismo si esprime tramite diverse forme: psicologica/indiretta, verbale e fisica. Sono atti di bullismo: insulti, offese, prese in giro ed umiliazioni; dominio ed intimidazioni; esclusione ed isolamento; voci diffamatorie e false accuse; critiche immotivate ed eccessivo controllo; razzismo; estorsione; minacce; comportamenti aggressivi e/o giochi violenti; percosse e lesioni personali; danneggiamento di oggetti della vittima.

Un aspetto centrale associato a questi atti è il silenzio delle vittime, che, per vergogna, senso di impotenza, paura di non essere presi sul serio e timore di deludere i familiari, spesso non raccontano agli insegnanti e ai genitori le prepotenze che quotidianamente subiscono.

FATTORI di RISCHIO (Linee guida SIMPIA 2007)

Sono stati identificati in letteratura fattori di rischio più facilmente correlati alla violenza su minore . Ovviamente l'assenza di tali fattori non esclude in alcun modo il rischio, per il bambino, di subire maltrattamenti fisici, psicologici o abusi sessuali

1) Cause sociali

- famiglie isolate dal contesto sociale;
- difficoltà economiche e/ lavorative, disoccupazione;
- emarginazione sociale, immigrazione, cause religiose e razziali;
- isolamento dalle rispettive famiglie d'origine;
- condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi;
- famiglia monoparentali (ragazze madri, separazione e divorzio, vedovanze);

2) Cause relazionali intrafamiliari

- patologia della relazione tra i genitori;
- conflitti nella coppia genitoriale con esposizione dei figli;
- età dei genitori (troppo giovane o troppo avanzata);
- inversioni dei ruoli genitoriali;
- genitori con pattern di attaccamento fortemente insicuri/disorganizzati;
- promiscuità delle relazioni;
- esposizione alla violenza domestica.

3) Problematiche parentali

- psicosi;
- gravi disturbi di personalità (borderline);
- gravi disturbi ansiosi o depressivi (depressione post-partum);
- tossicodipendenze;
- alcolismo;insufficienza mentale;
- gravi disabilità fisiche o sensoriali.

4) Problematiche del bambino

- patologie neonatali;
- malattie croniche;
- disabilità fisiche e/o psichiche;
- deficit di apprendimento;
- disturbi del sonno, pianto notturno e diurno;
- problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche;
- inibizione o ipercinesia.

ACCOGLIENZA E RICONOSCIMENTO

Occuparsi di un caso di maltrattamento/abuso sul minore significa operare un intervento delicato e complesso che presuppone un alto grado di competenza e professionalità in ciascuno degli operatori che, pur con compiti e con modalità diverse, ne prendono parte. Presuppone inoltre un buon livello di coordinamento e collaborazione tra le diverse aree di pertinenza e la capacità di operare con un'ottica allargata che tenga in considerazione contemporaneamente aspetti fisici e psicologici, aspetti individuali e relazionali, che valuti, insieme, la vittima potenziale ed il suo potenziale abusante. Sarebbe auspicabile, in tal senso, che il singolo professionista che affronta un caso di minore maltrattato abbia conoscenza generale del problema sotto le diverse prospettive (fisico,

legale, psicologico, ecc.) pur nella specificità del suo ruolo. Occorre, inoltre, che abbia chiari gli obiettivi che guidano l'accertamento di maltrattamento/abuso. Allo stesso tempo bisogna garantire al minore l'esperienza di ascolto ed accoglimento durante tutta la fase della rivelazione; occorre perciò, accanto alla accurata registrazione dei fatti, sostenere i sentimenti e le emozioni legate al racconto dell'abuso; solo in questo modo l'accertamento costituirà per il bambino una esperienza in cui ricevere comprensione ed aiuto e non solo l'occasione di una dolorosa rievocazione dei fatti.

TRIAGE

La figura all'interno del Pronto Soccorso che, di regola, accoglie in accesso e valuta il paziente al fine di stabilire la priorità alla visita medica, è l'infermiere di Triage. L'infermiere di triage assegna un codice di priorità attraverso l'applicazione di metodologia e protocolli condivisi.

La metodologia (triage globale) applicata per l'età pediatrica è sovrapponibile a quella utilizzata nell'adulto e peraltro prevista nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni di Ottobre 2001. Si articola in 4 steps successivi: valutazione alla porta, raccolta dati, decisione di triage e rivalutazione e consente l'assegnazione del codice colore (bianco, verde, giallo, rosso). (Per approfondimento si rimanda al documento generale redatto dal tavolo di lavoro sul Triage).

Nell'ambito del tema oggetto della trattazione si individuano 2 differenti condizioni in cui l'infermiere di triage si può trovare

1. Violenza/ maltrattamento dichiarato (da paziente, accompagnatore, Forze Ordine, trasferito da altro ospedale)
2. Presenza di sintomi correlati con una condizione di rischio

Nella prima situazione è necessario (1) :

- Garantire riservatezza e trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica, eseguendo il triage in un locale adeguato alla privacy e alla tranquillità del minore e della famiglia
- Stabilire una relazione positiva con il bambino ed eseguire la valutazione dello stato di salute al fine di assegnare il codice colore di priorità (in caso di parametri stabili, si assegni il codice giallo – eventualmente verde con priorità , a seconda delle procedure interne)
- Segnalare al medico di guardia che procederà con l'approfondimento

Nella seconda condizione (2)

- è necessario essere in grado di operare una "intercettazione " del caso. Malgrado sia evidente la necessità di uno screening per il precoce riconoscimento delle vittime di abuso, non è ancora stato realizzato uno strumento unico e condiviso dalla comunità scientifica internazionale (1)

Fra i più recenti studi , nel 2013, il gruppo di Lowers et al. dimostrava che 6 semplici domande (ESCAPE Instrument) potevano ottenere una sensibilità dell'80% e specificità del 98% per abuso; infatti, su un campione di 420 bambini con screening positivo, 44 erano stati confermati e su 17.855 con screening negativo, solo 11 erano invece vittima di abuso (2)

In questa sede viene proposto **ESCAPE**, al triage, come strumento di screening per l'abuso in soggetti con età inferiore ai 18 anni.

1) La storia è verosimile?	Si	No
2) Vi è un ritardo immotivato nel ricorrere alle cure?	Si	No
3) Le lesioni sono coerenti con il grado di sviluppo psicomotorio?	Si	No

4) Il comportamento e le interazioni del bambino e degli accompagnatori appare appropriato?	Si	No
5) I segni osservati sono coerenti con la storia riferita ?	Si	No
6) Ci sono altri segnali che evocano dubbi per la sicurezza del bambino o di altri membri della famiglia?	Si	No

Si propone di applicare la griglia “filtro” in tutti i casi di accesso in PS (ad eccezione dei casi di maltrattamento/ abuso dichiarato).

Nel caso in cui anche solo 1 delle risposte sia tra quelle evidenziate (ESCAPE Positivo), il rischio di maltrattamento/violenza risulta aumentato per cui è raccomandato riferire il risultato dell’Escape al medico di guardia e procedere con approfondimento

- La attribuzione del codice di triage, a seguito di valutazione infermieristica, sarà determinata dai protocolli relativi ai segni clinici .
- La modalità di segnalazione dell’esito dell’ Escape (es: computerizzata, cartacea, etc) sarà legata alla organizzazione interna a ciascun centro

È raccomandato all’operatore sanitario di effettuare la valutazione del paziente secondo le indicazioni metodologiche note , omettendo giudizi personali o domande suggestive. È raccomandato altresì, nel caso in cui il sistema informatico lo consenta, il controllo del numero e della tipologia degli accessi complessivi in PS .

SCHEMA DI TRIAGE PEDIATRICO IN DETTAGLIO

VALUTAZIONE SULLA PORTA

Sulla porta è possibile cogliere pochi particolari ma possiamo ricordare:

- Atteggiamento del Paz. (impaurito, apatico, guardingo, dimesso, ecc.)
- Interazione con l’ambiente
- Condizione igienica / abiti
- Tipologia di accompagnatore e rapporto relazionale che il paziente tiene con l’accompagnatore (sudditanza, paura, apatia, eccesso di attenzioni all’accompagnatore, ecc.) e viceversa (aggressività, autoritario, cerca di parlare al posto della vittima, ecc.)
- Presenza di accompagnatore non usuale (es. fratello/sorella, amici)

RACCOLTA DATI

Questo è il punto cardine del processo di triage in cui viene identificato il problema principale del paziente e si compone di :

VALUTAZIONE SOGGETTIVA

Durante l’intervista:

- Se maltrattamento/abuso (o sospetto) è dichiarato si raccomanda di condurre l’intervista garantendo il rispetto della privacy ; si raccomanda altresì di avviare la compilazione di una scheda di raccolta dati che faciliterà la compilazione della eventuale segnalazione (es scheda in allegato 1) evitando comunque di rivolgere domande suggestive al paziente ma limitandosi ad annotare solamente ciò che viene spontaneamente riferito
- Se maltrattamento/abuso non dichiarato si procede con applicazione di ESCAPE che integrerà la intervista prevista per i sintomi presentati

VALUTAZIONE OGGETTIVA

Durante l’esame fisico mirato previsto dalla valutazione oggettiva prestare attenzione agli indicatori fisici (elenco più dettagliato in tabella Approfondimento) come ad esempio:

- Presenza di lesioni suggestive (ematomi e ecchimosi di forma e in sedi atipiche, morsi, ustioni in sedi atipiche o a stampo , tumefazioni/ fratture specie agli arti in bambini non deambulanti)
- Presenza di lesioni multiple o differenti che coesistono (es: ustione e tumefazioni)
- Presenza di lesioni in vario stadio di riparazione

DECISIONE DI TRIAGE

La decisione di triage segue, di norma, le indicazioni del protocollo interno basato sulla condizione clinica del paziente.

Dove non risulta necessario assegnare codice ROSSO l’infermiere di triage attribuisce il codice GIALLO o VERDE con priorità in caso di :

- Rivelazione spontanea da parte di un minore o accompagnatore di minore di evento certo o sospetto di maltrattamento – abuso
- Minore condotto da accompagnatori esterni alla famiglia (forze dell’ordine, servizi sociali, 118) per valutazione in certo o sospetto maltrattamento/ abuso

Non è prevista attribuzione di codice Bianco

Il Medico di Guardia deve essere tempestivamente informato del sospetto/preoccupazione da parte del personale di triage

Per completezza viene qui di seguito riportato il sistema di classificazione dei pazienti in 5 codici di priorità così come previsto nella bozza dei documenti ministeriali più recenti (Documento di proposta di aggiornamento delle Linee guida sul triage intraospedaliero – Ministero della Salute).

Con l’avvio della nuova codifica si suggerisce di utilizzare i codici di priorità 1 e 2 per i pazienti con maltrattamento / abuso accertato o sospetto.

Codici di priorità

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	accesso immediato alle aree di trattamento
2.	URGENZA	condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	attivazione del percorso assistenziale entro 15 min
3.	URGENZA DIFFERIBILE	condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	attivazione del percorso assistenziale entro 60 min
4.	URGENZA MINORE	condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici	attivazione del percorso assistenziale entro 120 min
5.	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	attivazione del percorso entro 240 min

Proposta alternativa per riconoscimento: Griglia indicatori

(in uso presso PS-DEA IRCCS Bambino Gesù - Roma)

Lo screening viene considerato positivo quando almeno 1 indicatore risulti presente.

**INDICATORI DI SCREENING – FATTORI DI RISCHIO
PER LA TUTELA DELL'INFANZIA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

1. Incongruenze anamnestiche: anamnesi che non spiega le cause delle lesioni o delle patologie rilevate, anamnesi incoerente sulla causa delle lesioni, anamnesi non compatibile con l'obiettività clinica rilevata
2. Dichiarazione (degli accompagnatori del minore) di un sospetto abuso, violenze domestiche, molestie o violenze sessuali
3. Bambino esposto all'uso di sostanze stupefacenti
4. Storia di precedenti abusi o di violenze domestiche
5. Bambino in condizioni di abbandono, o con genitori cui sia sospesa la potestà genitoriale
6. Grave trascuratezza fisica che provochi condizioni patologiche del minore (patologia delle cure)
7. Evidente e grave mancanza di tempestività di cure mediche e/o mancato rispetto di cure mediche specificamente raccomandate, con pregiudizio per la salute di un minore
8. Ecchimosi inspiegabili
9. Ustioni inspiegabili o estese a più del 10% della superficie corporea, ustione da sigaretta, ustioni sui genitali
10. Evidenza di lesioni traumatiche multiple avvenute in tempi diversi (lesioni policrome), non riconducibili alle consuete attività ludico-sportive, in particolare se sotto i 3 anni
11. Fratture sotto l'anno di vita senza storia coerente
12. Annegamento, asfissie meccaniche violente
13. Precipitazione

APPROFONDIMENTO INDICI DI SOSPETTO

(per guidare anamnesi ed esame obiettivo del medico)

ANAMNESTICI	COMPORIMENTALI/PSICOLOGICI
<p>Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici</p> <p>Particolare attenzione :</p> <ul style="list-style-type: none"> • abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, • eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale • istituzionalizzazione • nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita • stato degli abiti, stato di igiene personale atteggiamento depresso, autolesionismo 	<ul style="list-style-type: none"> • paura, sentimento d'impotenza e/o di orrore • distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, • sintomi di ansia, ipervigilanza, • insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, reazioni esagerate di allarme • pianto, tristezza, paura di conseguenze future • etero ed auto aggressività • interessi e comportamenti sessualizzati inappropriate all'età • fughe e tentativi di suicidio <p>In età evolutiva il segno più importante di vittimizzazione (abuso fisico-psicologico.sessuale) è rappresentato dal cambiamento comportamentale che, se improvviso, perdurante nel tempo, non in relazione ad eventi e/o cambiamenti di abitudini di vita va indagato con approfondimento psicodiagnostico.</p>

INDICATORI FISICI

- Lesioni multiple in diverso stato di evoluzione
 - Coesistenza di ecchimosi , escoriazioni, ferite lacero-contuse , ematomi, ustioni ecc
 - Ecchimosi localizzate in sedi atipiche (retro auricolari , sul viso eccetto la fronte, dorso ,regioni glutee, genitali e perianali , polsi, caviglie , mucosa orale) in particolare , se con aspetto "a stampo".
 - Morsicature Fratture ossee: Tutte le fratture ossee in età pediatrica richiedono una spiegazione appropriata e questa deve essere consistente con l'età e il grado di sviluppo del bambino
- Fratture di omero di tipo spirale ; fratture multiple;-fratture costali e spinali ; -fratture del femore: in bambini che non camminano sono sempre da indagare per sospetto di frattura non accidentale, la più frequente è quella trasversa, ma frattura di tipo spirale è possibile anche nel bambino che deambula; -fratture metafisarie; fratture teca cranica: richiedono una forza considerevole e debbono essere spiegate dalla dinamica dell'incidente riportato. le fratture che preoccupano di più sono le seguenti: occipitale, fratture depresse, fratture 'in crescita'.
- Ustioni, bruciature lesioni da contatto con oggetti roventi (ferro da stiro), lesioni da sigaretta, lesioni da immersione forzata in acqua calda alle estremità (a calza o a guanto); lesioni bilaterali e simmetriche . Lesioni che derivano da liquido gettato o versato, da frizione con superfici (da trascinarsi). Le sedi di lesione da ustione inflitta sono più comuni agli arti inferiori e ai glutei, alle mani (al dorso), ai piedi e al volto.
 - Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali,..)
 - Malnutrizione
 - Avvelenamento e intossicazione

PRESA IN CARICO

1. SANITARIA

(da svolgersi sempre in presenza di testimoni: una infermiera pediatrica o altro medico e sempre da parte del medico più esperto presente in quel momento in PS)

Ha lo scopo di:

- Identificare i bisogni e l'urgenza clinica per il bambino
- Aiutare a ridurre le conseguenze fisiche e psicologiche dell'abuso
- Facilitare l'investigazione di un possibile reato documentando i rilievi clinici incluse le lesioni e raccogliendo i campioni che possono essere utilizzati come prove di ogni tipo di abuso
- Contribuire all'approccio multidisciplinare attraverso la condivisione delle informazioni

È importante tenere conto che un esame fisico 'standard' senza adeguata preparazione aggrava il trauma psicologico su bambino che ha subito abuso e maltrattamento; l'esame e ogni procedura deve essere adeguatamente spiegata al bambino/a e all'adulto che lo accompagna, ed entrambi, per quanto possibile, devono essere consenzienti e informati di quanto si farà.

La tempistica dell'esame clinico completo del bambino/a ragazzo/a deve essere quindi decisa dal medico di guardia responsabile.

Nel caso di evento recente, quando è quindi urgente e necessaria una valutazione immediata, questo va fatto in PS (se possibile congiunto Pediatra e Chirurgo) Per questa decisione vanno esaminati i seguenti aspetti nel migliore interesse del minore:

- Età del bambino
- Tempistica dell'ultimo fatto riportato e frequenza degli episodi
- Tipo di abuso (abuso sessuale recente o pregresso)
- Necessità di prove di tipo forense (incluse fotografie)
- Severità delle lesioni fisiche
- Sicurezza del minore e di altri fratelli coinvolti
- Disponibilità del medico competente
- Procedure multidisciplinari

Quando possibile, la valutazione completa può essere differita nel tempo per una migliore e più adeguata valutazione in ambiente idoneo (es: struttura ambulatoriale dedicata).

I bambini che si presentano per preoccupazioni rispetto a storie di negligenza, abuso emotivo, abuso sessuale pregresso (riportato e storico), possono essere valutati entro 10 giorni dalla presentazione per tenere in considerazione anche altri aspetti e per l'assenza di fattori che determinino l'urgenza clinica immediata.

La valutazione medica prevede:

Anamnesi accurata con particolare attenzione alle dinamiche dell'evento che vanno specificate e descritte nel referto di PS "così come riferito dall'accompagnatore".

Inoltre deve essere indicato lo stato di salute del bambino specificando dati essenziali sulla storia clinica pregressa e sulla presenza di eventuali fattori di rischio.

Approfondimento da effettuare in Ambulatorio o in Ricovero con

- Anamnesi familiare con particolare attenzione a:
 - Presenza di fattori di rischio per abuso legati a problematiche dei genitori e della famiglia
 - Presenza di patologie croniche o genetiche
- Anamnesi patologica remota con attenzione a:
 - Presenza di fattori individuali che possono determinare maggiore rischio per abuso al bambino (vedi sezione precedente)
 - Mutamenti comportamentali inspiegabili, affaticamento, insonnia/incubi
 - Problemi psicologici: ansia, attacchi di panico, depressione, bassa autostima Disordini alimentari, auto ed etero aggressività, autolesionismo, tentativi di suicidio
 - Avvelenamenti: esposizioni ripetute a sostanze tossiche, specie psicofarmaci
- Nascita e sviluppo
- Storia vaccinale

Esame Obiettivo Generale

Deve essere eseguito, nel pieno rispetto e con la collaborazione del bambino, non tralasciando l'esame sistematico di organi e apparati, cercando di esaminare le eventuali lesioni traumatiche sempre al termine della visita, possibilmente chiedendo il consenso verbale al bambino laddove si rilevi reticenza, paura e poca fiducia nei confronti dell'adulto.

Descrizione delle lesioni fisiche

- a) Quali sono le lesioni e come appaiono
- b) Cronologia degli eventi e storia che precede le lesioni, se presenti.
- c) La spiegazione che viene data dell'origine delle lesioni e da chi è stata riportata
- d) Se esistono discrepanze nel racconto riportato da bambini/adulto/altri.
- e) Azione intrapresa dal genitore/care-giver dopo la scoperta della lesione
- f) Storia di lesioni precedenti
- g) Spiegazione consistente o meno con lo sviluppo psicomotorio del bambino

Cosa fare:

- Riportare descrizione delle lesioni riscontrate per sede anatomica, numero, dimensioni, colore, distribuzione (utilizzare Guida al riconoscimento delle lesioni nell'abuso fisico - allegato 2).
- Redigere un verbale di Pronto soccorso completo seguendo lo schema come sotto riportato:
 - Dati anagrafici
 - Ora di arrivo
 - Da chi è stata richiesta la visita
 - Chi accompagna il bambino
 - Dove è avvenuto il fatto
 - Descrizione del fatto
 - Anamnesi
 - Esame obiettivo (descrizione dettagliata delle eventuali lesioni)
 - Accertamenti eseguiti
 - Terapia e programma di follow-up
 - Data e firma

Pianificazione intervento:

Aspetti assistenziali

- In caso di paziente "Codice Rosso" vale il percorso "Pazienti critici" previsto in PS
- In caso di "forte sospetto" o comunque "dubbio" (non codice Rosso) oppure Escape positivo :
 - valutazione clinica accurata (se possibile congiunta pediatrica / chirurgica)
 - valutare le necessità assistenziali del paziente e predisporre il piano di cura (es: esami ematici, indagini radiologiche, consulenze specialistiche urgenti, consulenze specialistiche differibili)
 - acquisire consenso informato scritto ove previsto
 - valutare il grado di sicurezza dell'ambiente in cui il paziente vive e degli eventuali altri minori

In caso di sospetto di abuso sessuale (v. allegato 3);

Indicazioni per indagini radiologiche in NAI (v. allegato 4)

Avvisare la Direzione Sanitaria/ organismi competenti (a seconda dell'organizzazione locale) per l'avvio dei provvedimenti e delle procedure legate al caso specifico

In base alle necessità e alle valutazioni effettuate è possibile prevedere :

a) Ricovero

- in presenza di segni / sintomi di rilievo che, di per se, lo motivino

- qualora non sia chiaramente garantita la protezione del minore o in assenza di un genitore o parente protettivo,
- qualora vi sia disposizione precisa da parte dell'autorità

Qualora il genitore/tutore/legale rappresentante si opponga al ricovero, il medico deve spiegare che:

- l'interesse per il minore è la preoccupazione principale del sanitario e certamente lo è anche per i genitori/tutore/legale rappresentante
- il ricovero è necessario per tutelare la salute del minore
- il ricovero è urgente ed è proposto nell'esclusivo interesse della salute del minore
- la non dimissibilità del minore sarà riportata nella documentazione sanitaria.
- In caso di ulteriore opposizione, il medico spiegherà che la normativa vigente gli
- impone di:
- segnalare il fatto ai servizi sociali
- avvisare le Forze dell'Ordine (oppure informare il genitore che le stesse sono già state avvistate mediante denuncia all'Autorità Giudiziaria).

Qualora, nonostante tali spiegazioni, il genitore/tutore/legale rappresentante voglia comunque allontanarsi con il minore, gli operatori attivano in urgenza le Forze dell'Ordine.

b) Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Rappresenta talora una valida alternativa al ricovero e consente di eseguire esami e consulenze specialistiche ritenute utili, in ambiente tutelato/protetto e in tempi rapidi, in pazienti che, si presume, possano lasciare la struttura ospedaliera entro le 24 ore - 36 ore dall'ammissione (o comunque secondo quanto previsto dalle specifiche normative regionali)

c) Dimissione

In caso il paziente abbia concluso in breve gli accertamenti previsti e sia sufficientemente tutelato e protetto nel rientrare al proprio domicilio.

Sarà programmato dal medico dimettente un appuntamento ambulatoriale (Ambulatorio dedicato o pediatrico) al fine di effettuare un controllo clinico con approfondimento, consegnare referti di eventuali esami effettuati.

Riguardo alle modalità di codifica ICD9 sia da PS che dopo ricovero per compilazione SDO si fa riferimento a quanto elaborato dal tavolo epidemiologico del progetto REVAMP in "Guida all'utilizzo delle codifiche delle fonti informative correnti di mortalità e morbosità"

2. PSICOLOGICA

Intervento Psicologico (prestazione differibile e, comunque, da predisporre a seconda dell'assetto organizzativo)

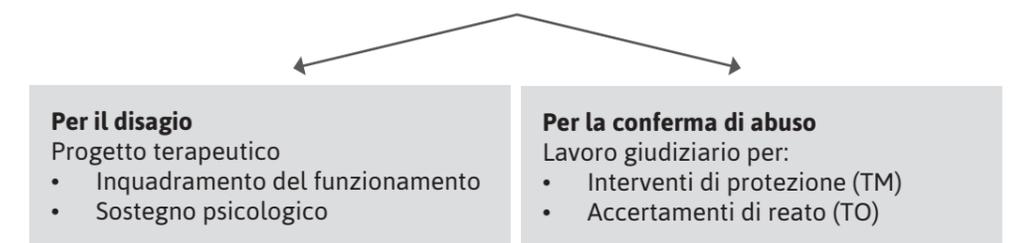
Il ruolo dello Psicologo prevede l'accoglienza dei bisogni psicologici del minore e degli adulti di riferimento (quando possibile), attraverso colloqui clinici e assistenza psicologica generale nella fase post traumatica.

Successivamente -a seconda della situazione emotiva del minore e dell'eventuale autorizzazione da parte dell'Autorità Giudiziaria- prevede di effettuare un

inquadramento del funzionamento psicologico del bambino e delle relazioni familiari. Obiettivi:

- Dedicare uno spazio protetto di ascolto e supporto, favorendo un clima di fiducia e sicurezza valorizzando l'espressione di pensieri ed emozioni.
- Completare l'anamnesi, eseguire la valutazione dello stato psicologico e stimare il rischio attuale legato alla situazione di violenza o abuso.
- Individuare la presenza di altri soggetti, soprattutto minori, coinvolti nella situazione di violenza e favorire la presa di coscienza dell'esperienza vissuta e dei rischi connessi alla violenza.
- Collaborare alla impostazione, con il/la paziente e la sua famiglia (se possibile), il successivo percorso (segnalazione alla Procura Minori, invio/ segnalazione ai Centri Antiviolenza o ai Servizi Sociali Territoriali, attivazione di altre realtà della rete territoriale, ecc.).

VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL MINORE



Anche se gli strumenti sono in realtà analoghi e vi è ampia sovrapposizione di ambiti di valutazione, la diversità dell'obiettivo che perseguiamo è determinante per la prospettiva clinica e operativa in cui ci muoviamo.

Finalità della valutazione psicologica del minore

- definire una diagnosi di sviluppo delle diverse funzioni
- sviluppare ipotesi circa i legami di attaccamento nella storia affettiva
- approfondire la conoscenza delle relazioni con l'ambiente familiare, scolastico e sociale
- valutare l'esistenza di un disagio eventualmente compatibile con una esperienza di tipo traumatico
- tracciare un profilo di personalità
- verificare l'opportunità di un progetto terapeutico

Strumenti di valutazione psicologica

- colloquio anamnestico con i genitori e/o con altri adulti di riferimento
- colloquio clinico
- osservazione congiunta genitore-bambino
- osservazione partecipe: attenzione e ascolto empatico in una interazione emotiva che coinvolge tutto l'apparato percettivo del professionista e che dispone ad una condivisione-comprensione dei vissuti del bambino.
- somministrazione di test (v. allegato 5)

In raccordo con le agenzie territoriali sociali e giudiziarie potrà essere realizzata la stesura di un piano di presa in carico psicoterapeutica che preveda un'iniziale valutazione psicodiagnostica attraverso la somministrazione di una batteria di test psicologici.

È appropriato parlare della diagnosi psicologica del minore come di un processo di costruzione in cui le ipotesi cliniche che si profilano devono essere il risultato di un lavoro di connessione tra tutti gli elementi emersi nel corso

della valutazione e devono dialetticamente misurarsi e integrarsi con le altre parti del percorso diagnostico, soprattutto relative alla diagnosi della famiglia e della coppia genitoriale e alla diagnosi sociale.

La figura dello Psicologo è coinvolta anche nelle procedure di allontanamento del minore, predisposte dall'Autorità Giudiziaria, per limitare l'impatto traumatico. Anche queste situazioni si configurano emergenze psicologiche sia per il bambino coinvolto, sia per il reparto che accoglie il minore per un certo periodo di tempo.

3. SOCIALE

Il ruolo dell'assistente sociale riguarda principalmente : l'acquisizione di informazioni sulle caratteristiche sociali e culturali del contesto familiare in cui vive il minore, per individuare situazioni problematiche e risorse; l'attivazione di interventi sociali di sostegno e tutela al minore e/o al nucleo familiare (aiuti economici, interventi educatori, mediatori culturali e volontariato). L'assistente sociale in P.S., attraverso l'anamnesi sociale accurata è chiamato ad individuare precocemente potenziali elementi di rischio e fattori protettivi dei care giver . L'analisi critica dei precedenti accessi, la verifica dell'esistenza di procedimenti giudiziari e/o di fascicoli aperti presso i Servizi Sociali e Sanitari territoriali . completano la prima valutazione del caso. Durante l'accesso in PS o la degenza nelle UU.OO., l'assistente sociale , nei casi con provvedimento dell'Autorità giudiziaria o in attesa dello stesso , dopo l'avvenuta segnalazione svolge per l'equipe multidisciplinare la funzione di case-manager nella gestione intra-ospedaliera per promuovere le connessioni tra i diversi professionisti e nei rapporti con le Agenzie del territorio in una ottica di collaborazione ed integrazione. Il colloquio sociale e il colloquio psicologico e sociale , quest'ultimo svolto congiuntamente con lo Psicologo clinico , costituiscono il principale strumento operativo.

Strumenti professionali della Prima Valutazione Sociale:

- colloquio con gli adulti di riferimento presenti in ospedale o esercenti la responsabilità genitoriale che, assenti, ne facciano richiesta
- colloquio con il minore qualora necessario
- reperimento informazioni e documentazione presso i servizi di riferimento territoriali (Servizio Sociale Territoriale, Servizi di Neuropsichiatria Infantile , Pediatra di famiglia , Consulenti, Scuola....)
- collegamenti in rete con i Servizi coinvolti, in particolare con il Servizio Sociale Territoriale per l'attivazione di interventi di tutela e collocazione in sicurezza del minore

La Prima Valutazione Sociale si articola nelle sottostanti Aree:

AREA DATI ANAGRAFICI: dati generali del minore, dei genitori e/o conviventi.

Indicatori: età; provincia o Stato estero di nascita, residenza e domicilio; stato civile, professione; eventuali caratteristiche di rilievo

AREA FAMILIARE – RELAZIONALE: descrizione rapporti familiari, eventuali problematiche emerse, risorse e prime informazioni su accadimento del minore

Indicatori: dove, come e con chi vive, tipo di relazioni con i genitori e/o fratelli, figli, comunicazione fra tutti i componenti del nucleo familiare anche allargato e qualità del rapporto

AREA CONTESTO SOCIALE: situazione abitativa, economica, presenza rete primaria e secondaria, sostegno parentale.

Indicatori: ubicazione abitazione, dimensioni abitative ed eventuale situazione

di sovraffollamento, reddito, lavoro, scolarità, stili di vita, amicizie, verifica della presa in carico di altri servizi e rapporti

AREA RELATIVA ALL'EVENTO DI MALTRATTAMENTO O ABUSO: descrizione del racconto del soggetto segnalante e/o persone significative presenti, in merito all'evento che ha determinato l'arrivo in ospedale

AREA CONSAPEVOLEZZA E COMPrensIONE SITUAZIONE: conoscenza della situazione e rapporto rispetto al problema di maltrattamento

Indicatori: osservazione e descrizione dei comportamenti/atteggiamenti adottati dai genitori durante il ricovero, raccolta/descrizione dei dati/informazioni/elementi che indicano il livello di consapevolezza del problema

AREA DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E LIVELLO DI INDAGINE SOCIALE: attivazione, collaborazione e collegamenti con la rete primaria e istituzionale, in particolare con il Servizio Sociale Territoriale, indicazioni sul livello di collaborazione degli utenti interessati (eventuali rifiuti al colloquio) e tempi tecnici a disposizione

AREA DESCRIZIONE EVENTUALE CONDIZIONE DI PREGIUDIZIO: accadimento minore, rapporti familiari: tipologia di relazione, conflittualità, presenza di soggetti o situazioni multiproblematiche, verifica di eventuali provvedimenti Autorità Giudiziaria, verifica della presa in carico di altri servizi e associazioni di volontariato

CORREDO DI DOCUMENTAZIONE integrante e sostanziale alla relazione di segnalazione.

ACCOMPAGNAMENTO

L'attivazione della rete dei servizi è indispensabile per prevenire i rischi di frammentazione degli interventi, facilitare interventi coerenti, contenere gli aspetti emotivi dei professionisti coinvolti, aiutare a creare uno spazio di accoglienza del dubbio riducendo il rischio di sovra/sottovalutazione, favorire una valutazione congiunta per garantire la protezione necessaria. Servizi e interventi sociali hanno inoltre lo scopo di sostenere le persone in situazioni di particolari debolezze o fragilità affettiva, ancora di più se le persone in questione sono minori.

I minori sono destinatari di politiche sociali, sanitarie e educative al fine di garantire loro una migliore qualità della vita

Azioni e interventi per i minori di fatto hanno il significato di pensare alla FAMIGLIA, quale luogo di sviluppo e di crescita del minore da supportare e sostenere per un adeguato percorso di affermazione delle funzioni «genitoriali» Per quanto riguarda la trattazione specifica si fa riferimento a quanto elaborato dal tavolo Orientamento e accompagnamento ai servizi socio-territoriali

APPROFONDIMENTO E FOLLOW-UP

Ambulatorio dedicato "Casa sull'albero"

Esperienza DEA IRCCS G. GASLINI - Genova

Presso l'istituto Gaslini è stato istituito un ambulatorio dedicato ad approfondimento delle situazioni di preoccupazione ma senza carattere di emergenza-urgenza e a follow up dei casi di maltrattamento e abuso di minore fino al

passaggio alla presa in carico territoriale

Obiettivi

L'ambulatorio dedicato persegue i seguenti obiettivi:

- Valutazione dopo accesso in urgenza del bambino e della situazione familiare
- Coordinamento degli interventi specifici riguardo al caso in oggetto e follow up
- Attuazione delle procedure per la adeguata presa in carico territoriale del caso.

Al fine di meglio valutare e programmare la presa in carico dei casi di sospetto o riferito maltrattamento, si ritiene necessario creare un ambiente dove possa essere dedicato un tempo adeguato alla valutazione dei casi segnalati dal personale del Pronto Soccorso o da altre Unità Operative / Servizi dell'Istituto.

La attività è sostanzialmente volta a:

- Fornire una modalità di percorso integrato ,all'interno dell'Ospedale, per quei bambini che siano stati identificati sia in occasione di visita al PS o nel corso di accessi di altro tipo all'ospedale (ricoveri, ambulatori e DH). I casi segnalati saranno presi in carico fino all'appoggio del bambino verso strutture di riferimento sul territorio o comunque fino alla dimissione.
- Strutturare un ambiente dove poter valutare, nel luogo e con il tempo adeguato, quei bambini che siano stati segnalati dal PS o dai Reparti, con problematiche legate al problema della cura, o legate a casi di sospetto maltrattamento fisico, emotivo o abuso sessuale. Lo stesso servizio, si rende disponibile a valutare bambini che provengono da Agenzie esterne all'ospedale.

Risorse e ruoli ambulatorio

È compito del personale identificato per la gestione dell'ambulatorio e della attività connessa pianificare le modalità organizzative, logistiche e di controllo di qualità mantenendo i contatti con le singole strutture sia all'interno che all'esterno dell'ospedale.

L'Ambulatorio collabora, attraverso il servizio sociale dell'Istituto e la direzione Sanitaria, con la Magistratura, le Forze dell'Ordine, i Servizi Sociali e Sanitari territoriali, le Agenzie Educative e scolastiche, le Associazioni e il Terzo Settore. Il personale che opera all'interno dell'ambulatorio fa parte dell'equipe multidisciplinare :la valutazione diagnostico-terapeutica necessita, per una maggiore efficacia , di un intervento a cui concorrono in modo sinergico le diverse figure sopra indicate con una stretta interazione tra di loro (Linee Guida SIMPIA 2007) Il personale opera in accordo con le linee di indirizzo previste dal documento sul Maltrattamento e abuso approvato dall'Istituto e secondo le linee di indirizzo e linee guida Regionali e Nazionali.

- **Ruolo del pediatra:** Il ruolo del Pediatra È prevalentemente quello di valutare le necessità mediche del bambino, in relazione ad una corretta raccolta della storia clinica e all' obiettività clinica, specie nel caso di lesioni fisiche. La definizione dei bisogni porterà a pianificare l'adeguato percorso di follow-up , gli eventuali interventi specialistici, il programma di cure . In aggiunta viene posta l'attenzione su tutti gli aspetti comportamentali, relazionali e di contesto familiare e sociale del bambino. Vengono consegnati e illustrati alla famiglia i risultati degli accertamenti già eseguiti, viene formulata una relazione completa per il pediatra di famiglia preventivamente informato telefonicamente della situazione
- **Ruolo dell'infermiere pediatrico:** L'infermiera pediatrica oltre a garantire l'accoglienza si occuperà della gestione dell'agenda secondo le modalità organizzative concordate.

- **Ruolo dell' assistente sociale:** Il ruolo dell'assistente sociale riguarda principalmente l'acquisizione di informazioni sulle caratteristiche sociali e culturali del contesto familiare in cui vive il minore, per individuare situazioni problematiche e risorse, per verificare precedenti interventi/ presa in carico da parte dei servizi territoriali. Successivamente all'accesso al Pronto soccorso svolge la funzione di referente organizzativo nei rapporti con le Forze dell'ordine e con l'Autorità Giudiziaria. Il colloquio con i familiari, anche effettuato congiuntamente con lo Psicologo, costituisce il principale strumento operativo.
- **Ruolo dello psicologo:** Il ruolo dello psicologo prevede l'accoglienza dei bisogni psicologici del minore e degli adulti di riferimento, attraverso colloquio clinico conoscitivo e supportivo. Successivamente -a seconda della situazione del minore e dell'eventuale autorizzazione da parte dell'Autorità Giudiziaria- viene effettuato un inquadramento del funzionamento psicologico complessivo e specifico del bambino e della famiglia. L'inquadramento complessivo riguarda comportamenti, adattamenti e modelli operativi interni. L'inquadramento specifico tiene conto in modo mirato delle caratteristiche del funzionamento post traumatico e dei modelli di attaccamento. L'inquadramento dell'ambiente familiare viene effettuato tenendo in considerazione principalmente i fattori protettivi e i fattori di rischio. Lo psicologo contribuisce al collegamento con la rete dei servizi territoriale. L'intervento psicologico, infatti, viene effettuato in stretta collaborazione con l'Assistente Sociale tramite alcuni colloqui congiunti.

Ambulatorio dedicato "Bambi"

Esperienza Ospedale Pediatrico Regina Margherita - Torino

All'interno della valutazione diagnostica di sospetto maltrattamento e abuso del bambino che giunge presso l'ambulatorio Bambi viene garantita a tutti i bambini un' accoglienza effettuata da operatori formati.

L'accoglienza si declina in:

1. Accoglienza infermieristica (h24) effettuata da personale formato, e in seguito supervisionata dallo psicologo. Tale spazio permette al bambino di prendere familiarità con il luoghi della visita, di essere preparato alla visita medica in modo che questa non venga vissuta come traumatica, assicurando un maggior benessere per il minore
2. Accoglienza psicologica (orario ambulatoriale) effettuata da psicologi specialisti formati, che garantisce la descrizione dello stato psichico del minore al momento dell'accesso, escludendo l'indagine dei fatti, attendendosi alla raccolta dei racconti spontanei del minore.

Modalità operativa dell'accoglienza psicologica

- Se l'accesso al Pronto Soccorso avviene in orario notturno, in caso di ricovero, lo psicologo del Bambi provvederà all'integrazione di referto. Nel caso dove la sintomatologia del bambino lo richiede verrà effettuata una valutazione N.P.I.
- Se l'accesso è tramite visita programmata lo psicologo in concomitanza alla visita medica effettua l'osservazione psicologica.
- Se il bambino è ricoverato in seguito ad un accesso diretto al Servizio Bambi, o il Servizio Bambi viene contatto per una consultazione in un bimbo già ricoverato, lo psicologo effettua l'osservazione e quando valutato opportuno l'assessment e il sostegno psicologico in regime di ricovero.

La descrizione della situazione è sempre frutto di una valutazione multidisciplinare.

Metodologia dell'osservazione

- L'osservazione sintomatologica, l'esplorazione degli indicatori comportamentali, vengono effettuati per mezzo di modelli della clinica dell'età evolutiva, con particolare riferimento alla nozione di trauma (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Linee Guida S.I.N.P.I.A.).
- Lo psicologo effettua un colloquio con l'accompagnatore, volto a raccogliere il racconto che ha portato all'accesso al servizio, al fine di classificare il tipo di evento stressor.
- Raccoglie l'anamnesi del minore (quando possibile) volto alla raccolta delle informazioni rispetto a eventuali stressor precedenti, concomitanti o più recenti nella vita del bambino.
- Valuta la presenza di sintomi elencati nel DSM-5, avendo cura di considerare le variazioni evolutive nella presentazione del quadro clinico.
- Raccoglie informazioni sulla carriera scolastica del bambino, e in particolare su eventuali cambiamenti del comportamento a scuola, del livello di concentrazione, del livello di attività, e del rendimento
- Raccoglie informazioni sulla storia familiare.

Se il minore è già in carico presso i Servizi di N.P.I. o Psicologia dell'Età Evolutiva, lo psicologo si relaziona con i servizi di riferimento territoriali.

Referto

- Lo psicologo redige il referto contemporaneamente al medico, ove possibile, avendo cura che sia descritto il quadro clinico puntuale con la descrizione dello stato psicologico di quel momento del bambino, in caso il contatto avvenga in tempi differiti, lo psicologo, integrerà il referto.
- In caso di ricovero, la valutazione verrà effettuata, utilizzando le consulenze specialistiche ritenute necessarie (N.P.I., logopediche..) con aggiornamenti alle PO e PMM contenenti la descrizione delle osservazioni avvenute durante il regime di ricovero.

L'osservazione del bambino all'interno della consulenza specialistica Bambi

- Con la presa in carico olistica del bambino si tende a designare tutto ciò che mira a far star meglio i bambini, a comprenderne le cause e a elaborare la loro sofferenza aumentando le loro capacità di creatività, di socializzazione, di apprendimento. Condizione sine qua non è ovviamente la messa in tutela del bambino dove se ne ravveda l'assenza, o l'aumento della stessa qualora sia carente. Fa parte del lavoro dello psicologo comprendere il significato del sintomo manifestato dal bambino. Lo spazio osservativo in ambito ospedaliero riguarda, quindi, un tempo e uno spazio dedicato al bambino, uno spazio dedicato ai suoi desideri, alle sue fantasie, alle sue paure. Nel percorso dell'esperienza, il terapeuta accompagna il bambino a soffrire meno, a esprimersi di più, a uscire dal suo disagio. Lo spazio osservativo è un'esperienza profonda di sé e dell'altro, rivolta a ciò che accade nella relazione con il bambino. Il terapeuta cerca di parlare al bambino il suo linguaggio. La tecnica d'infant observation è infatti costruita intorno al disegno ed al gioco dei bambini. Il disegno è un esprimere da parte del bambino, attraverso i mezzi che possiede, cosa sta succedendo dentro di sé, cosa sta succedendo nel suo mondo interno. Gioco e disegno servono al bambino e all'osservatore per dare forma, espressione a fantasie, emozioni, pensieri altrimenti inesprimibili. Nel gioco un bambino si concentra sul suo mondo in cui può mettere in scena di tutto. I personaggi creano la loro storia, possono morire e tornare in

vita, assumere diversi ruoli, compiere quello che nella realtà è impossibile. Nella psicoterapia psicoanalitica infantile il disegno è un linguaggio, un linguaggio impregnato di sensorialità, dove sensazioni ed emozioni si fondono, dove qualcosa che non può ancora essere pensato può però cominciare a prendere forme variabili. Il disegno è un po' come il gioco, è infatti un mettere in scena qualcosa di sé o costruire delle situazioni, non usando, però la concretezza degli oggetti e l'azione, ma i segni e i colori. Si attinge quindi da un modello di intervento sulla psicopatologia dell'età evolutiva che prende in considerazione le dinamiche profonde intra e intersichiche, soggettive e ambientali, strutturali e relazionali, che sono alla base del normale sviluppo psichico di un essere umano, così come delle sue distorsioni e *défaillances*.

- Nell'osservazione multidisciplinare, la valutazione che mira a determinare il tipo di intervento da proporre deve cominciare dalla situazione familiare nel suo complesso. È importante determinare quali aspetti della conflittualità psichica del bambino dipendano dall'organizzazione della sua personalità e quali invece siano dovuti a difficoltà più di carattere familiare e ambientale, delle quali il bambino si fa carico e che, data la sua tenera età, non riesce ancora a gestire.
- Una valutazione diagnostica sufficientemente approfondita è indispensabile per poter comprendere l'organizzazione di personalità del bambino. Il suo scopo è quello di individuare l'adeguatezza dello stato evolutivo, la presenza di psicopatologia, le condizioni ambientali in cui egli è inserito, i conflitti principali, le angosce che ne derivano e le soluzioni difensive da lui maggiormente messe in atto e utilizzare queste conoscenze per facilitare lo sviluppo delle sue risorse e potenzialità (i "punti di forza" del bambino), accompagnandolo nel suo percorso di crescita.

IL PROBLEMA DELLA RACCOLTA DATI

In Italia, negli ultimi anni, sono stati prodotti studi e ricerche che hanno provato a dare un quadro della situazione dal punto di vista quantitativo, arrivando a stime campionarie sui casi di maltrattamento. Ma sussiste la difficoltà di una raccolta dati di livello nazionale, che sia rappresentativa di tutto il territorio; inoltre i dati raccolti si riferiscono ai casi considerati certi o comunque arrivati a una segnalazione o a una presa in carico, con accertamento del maltrattamento.

Il IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva riporta come "Purtroppo sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia non si dispone di dati raccolti stabilmente nel quadro di un sistema di sorveglianza nazionale".

Di seguito viene riportata una modalità di raccolta dati sulla violenza nell'ambito di un network epidemiologico promosso da ISS.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha provveduto alla costituzione di un network epidemiologico di raccolta dati di Pronto Soccorso (PS). Già dal 2006 il network ha iniziato la raccolta di dati analitici di PS inerenti gli incidenti domestici, da molteplici ospedali "campione" dell'adulto, riuniti in unico network denominato SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione). Successivamente SINIACA è stato espanso a livello europeo col sistema IDB e con il SIEPI (SINIACA -IDB), andando ad analizzare anche eventi di natura violenta, intossicazioni ed allargando ad ogni tipologia accidentologica possibile.

Per poter elaborare adeguate strategie preventive è fondamentale avere un sistema di sorveglianza, che consiste in una costante, sistematica rilevazio-

ne di dati, conformi agli standard europei, uniformi e comparabili tra loro. Attraverso il CCM 2011 nell'arco di 2 anni SINIACA IDB è stato integrato con il sistema nazionale di sorveglianza degli incidenti con l'EU-IDB detenuto dalla Commissione Europea - Direzione Generale per la Salute e la Protezione del Consumatore (DG-SANCO).

Lo sviluppo di un Minimum Data Set (MDS) e di un Full Data Set (FDS) comune per la sorveglianza, rispettivamente sintetica e analitica, delle tipologie d'incidenti e violenza consente ai PS ospedalieri del network di poter raccogliere e produrre i propri dati di sorveglianza degli incidenti in forma comparabile a livello locale, nazionale ed europeo.

L'IRCCS "G. Gaslini" ha preso parte del network SINIACA dagli albori ed abbiamo attivato il sistema IDB dal 2014. Per quanto riguarda i dati rilevati in merito a casi di aggressione/violenza nel periodo del progetto CCM "REVAMP" (Maggio 2015 a Luglio 2017) abbiamo potuto codificare i seguenti casi da Aprile 2015 a Luglio 2017:

	2015	2016	2017	TOTALE
CASI	52	78	42	172

Nel tracciato informatizzato IDB sono stati inseriti 171 casi di età compresa tra gli 0 ed i 16 anni (anno 2015-2016 e primo trimestre 2017). Nel dettaglio sono stati intercettati nel 2015: 52 casi di violenza di cui 28 femmine e 24 maschi; nel 2016: 78 casi di violenza di cui 39 femmine e 39 maschi. Nel primo trimestre del 2017 sono stati intercettati 42 casi di violenza di cui 22 femmine e 20 maschi.

In questi casi l'accesso in PS avviene prevalentemente attraverso mezzo proprio; solo il 28% giunge accompagnato da ambulanza/118. L'età dei bambini coinvolti in questi episodi di violenza/auto violenza presenta due ambiti di maggiore frequenza: al di sotto dei 3 anni (37/172 21,5%), oppure in età pre adolescenziale o adolescenziale (>11aa 66/172 38,4%).

Il rapporto maschi:femmine è pari a 82:89, non dimostrando in tal modo una incidenza significativa di genere nelle vittime. Per quanto riguarda la cittadinanza 132 casi hanno cittadinanza italiana, comunitari 8 casi, extracomunitari. Il triage di accesso vede codici bianchi 1,1%, codici verdi 63%, codici gialli 28,4%, codici rossi 2,9%.

La dinamica di questi eventi risulta spesso difficilmente classificabile (altra dinamica 114/172 (66,3%).

Nella relazione con l'aggressore la maggior percentuale è dei genitori (31,4%), gli amici (atti di bullismo) sono il 7,55%.

Gli aggressori sono prevalentemente soggetti di sesso maschile (45,93%) e adulti (28,48%).

Sui pazienti si rilevano lesioni delle più differenti tipologie.

Abbiamo rilevato notevoli difficoltà all'acquisizione al triage di questi dati per motivi diversi:

1. Privacy: difficoltà del personale a chiedere in triage informazioni dettagliate in un momento di emotività spiccata per il paziente ed i familiari
2. La posticipazione della raccolta dati determina la non compilazione
3. I dati così rilevati subiscono diversi bias:

- a. sono strettamente correlati a quanto riferito dalla vittima o dai parenti e non abbiamo alcun riscontro sulla attendibilità di quanto raccolto.
- b. I meccanismi di sindrome da alienazione parentale sono al momento

dell'ingresso in triage e durante la prima visita difficilmente individuabili.

In tutte le raccolte dati inerenti atti di violenza, abbiamo estrema difficoltà a reperire, dopo la segnalazione al Tribunale dei minori, un riscontro su quante segnalazioni effettuate dai PS abbiano poi trovato conferma di oggettività da parte dell'autorità giudiziaria. Questo rappresenta un grave limite per eventuali correzioni postume.

Questo è nell'esperienza dell'IRCCS "Gaslini". Pensiamo che lo strumento di raccolta dati epidemiologici uniformi e statisticamente comparabili da un network di ospedali sia straordinariamente efficace nel fornire dati utili alla gestione, trattamento e soprattutto prevenzione dei casi di maltrattamento in età pediatrica.

CONCLUSIONI

Proposta di modello organizzativo gestionale

Viene in conclusione formulata la proposta di un modello organizzativo-gestionale con relative specifiche. Tale modello tiene conto delle indicazioni contenute nella normativa, delle esperienze nazionali condivise e di standard evidence based che si rifanno alla letteratura internazionale.

1) Centralità dei servizi di Emergenza: Dipartimenti di emergenza pediatrica / Pronto Soccorso:

Le esperienze italiane relative alla presa in carico sistematica del minore vittima di violenza, da parte delle strutture sanitarie, sono ancora relativamente scarse e disomogenee, tuttavia, si sottolinea l'importanza, in questo ambito, dei servizi di Pronto soccorso sia pediatrico che generalista, dove il ruolo dell'operatore dell'Urgenza diventa centrale nella identificazione dei casi. Il Pronto Soccorso rappresenta un osservatorio privilegiato per intercettare ed accogliere situazioni di maltrattamento, che potrebbero altrimenti rimanere in una condizione di invisibilità, dando avvio alla presa in carico complessiva della persona e indirizzando a percorsi di sostegno e protezione. L'azione del Pronto Soccorso si può riassumere nelle seguenti funzioni:

Rilevazione e presa in carico precoce di casi di violenza dichiarata e sospetta;

Percorso diagnostico e terapeutico: diagnosi e primo intervento di cura e sostegno;

e assume una valenza peculiare soprattutto in relazione a:

- rilievo ed identificazione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili
- diagnosi differenziale tra segni e manifestazioni cliniche a etiologia traumatica e/o patologica
- diagnosi differenziale tra lesione traumatica accidentale e non accidentale
- supporto clinico per la valutazione dell'ipotesi di reato e della perseguibilità di ufficio

2) Presenza nella struttura di specializzazioni funzionali alla rilevazione, diagnostica differenziale, cura e follow-up dei pazienti potenzialmente soggetti ad abusi e maltrattamenti; in particolare:

- Pronto Soccorso Pediatrico e Medicina di Urgenza Pediatrica (con competenze di Tossicologia clinica; competenze e diagnostica in tema di SIDS- ALTE)

- Terapia intensiva pediatrica e Trauma Team
- Chirurgia pediatrica (con competenza specialistica in tema di Ustioni)
- Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza
- Neurochirurgia, Ortopedia, Oculistica, Dermatologia
- Centro per Malattie Rare e Malattie Emorragiche
- Radiologia, Neuroradiologia, Laboratorio Analisi h.24
- Servizio di Anatomia Patologica (ricerche specifiche su materiale biologico)
- Neuropsichiatria Infantile e Psicologia Clinica
- Servizi Sociali e Ospitalità

3) Presenza di una équipe multidisciplinare riconosciuta a livello aziendale (figure professionali: pediatra, psicologo, assistente sociale, infermiera pediatrica, medico di direzione sanitaria con l'affiancamento di altre figure - es. educatore, neuropsichiatra infantile, ginecologo, medico legale - a seconda delle situazioni.) coordinata dal Pronto Soccorso Pediatrico e impegnata per le seguenti funzioni:

- Attività di Consulto e di collaborazione per la presa in carico del paziente e stesura del piano di cura in Pronto Soccorso e con le U.O. e i Servizi aziendali;
- Raccordo con le agenzie territoriali sociali e giudiziarie e la Pediatria di famiglia secondo un "modello di rete";
- Raccordo con i Servizi Sociali territoriali, la Magistratura e le Forze dell'Ordine, operando sinergicamente per l'invio di tutta la documentazione funzionale alla migliore gestione dei singoli casi
- Raccolta dati attraverso l'utilizzo di tracciati informatizzati e schede specificamente predisposte
- Attività di formazione e di ricerca

4) Definizione di strumenti organizzativi e modello di lavoro integrato

Strumenti indispensabili allo svolgimento della attività:

- griglie orientate di valutazione da applicare al Triage da parte del personale infermieristico di P.S.
- procedura approvata e condivisa per la gestione del caso in urgenza
- procedura approvata e condivisa per la gestione del caso in ricovero/ follow-up
- procedura approvata per la trasmissione di segnalazione alla autorità
- procedura approvata per la fase di passaggio alle strutture territoriali

Il modello di lavoro integrato prevede:

- Centralizzazione delle informazioni (casi e situazioni) presso la Direzione Sanitaria / Servizio Sociale;
- Coinvolgimento della équipe multidisciplinare che opera secondo procedura specifica per la presa in carico del paziente;
- Consulenze specialistiche per i pazienti ricoverati;
- Riunioni calendarizzate per la discussione dei casi, per la condivisione delle strategie operative e la programmazione delle attività

5) Attività di raccordo interistituzionale secondo un modello di rete

Necessario prevedere la presenza e la partecipazione attiva, con anche funzioni consultive, nella rete integrata interistituzionale con le diverse agenzie sanitarie, sociali, territoriali, giudiziarie e con la pediatria di famiglia al fine di mettere a punto programmi comuni e strategie efficaci anche in tema di prevenzione.

6) Attività di formazione

Necessario prevedere un programma di formazione e aggiornamento periodico per il personale sanitario (prioritariamente personale del Dipartimento di Emergenza/ Pronto Soccorso).

Laddove presenti medici in formazione specialistica / corsi di infermieristica pediatrica si auspica la programmazione di seminari specifici in tema di maltrattamento e abuso di minore dedicati.

Una differente declinazione di tale modello organizzativo – gestionale sarà necessariamente legata alle caratteristiche e alla differente articolazione delle diverse strutture sanitarie (sistema hub-spoke), tuttavia si propone che:

- 1) tutti gli ospedali che accolgono soggetti minori in regime di urgenza soddisfino i criteri per una risposta di base in tema di maltrattamento abuso (nucleo minimo per child protection costituito da medico formato, psicologo e assistente sociale, procedura di gestione dei casi, criteri di centralizzazione e trasferimento)
- 2) tutti gli ospedali di livello intermedio ma non specialistici pediatrici siano dotati di un team multidisciplinare coordinato da un pediatra formato in maltrattamento e abuso di minore

Si ribadisce l'importanza fondamentale di una forte integrazione fra i professionisti attivi nelle varie fasi dell'intervento. L'integrazione deve avvenire sia sul piano dell'intervento sul caso, sia sul piano dell'interazione interistituzionale.

Per quanto riguarda la coerenza dell'intervento sul caso e la collaborazione tra i professionisti, questa sarà tanto più facile e proficua quanto più saranno chiarite e precisate le rispettive competenze e compiti; inoltre, in un lavoro di rete su una problematica altamente complessa come quella dell'abuso all'infanzia, è necessario individuare una figura che assuma la funzione di coordinamento delle diverse fasi ("case manager" o "referente del caso").

Sul piano istituzionale è necessario costruire una rete interistituzionale fra gli Enti che operano su questa problematica (Servizi socio-sanitari ed educativi pubblici e del privato sociale, Scuola, Uffici Inquirenti, Magistratura, Avvocati) al fine di condividere gli obiettivi dell'intervento e di agire in modo sinergico.

A questo proposito sono di fondamentale importanza i Protocolli di intesa concordati tra i vari Enti, nei quali andranno specificate le finalità, i soggetti coinvolti nelle specifiche funzioni; la validità e l'applicazione dei protocolli quali strumenti di lavoro di rete è subordinata al grado di condivisione con cui sono stati elaborati.

In sintesi si possono delineare alcune condizioni che rendono possibile la corretta organizzazione e gestione di servizi destinati alla tutela minorile:

- integrazione: necessità di équipe e servizi fortemente coesi nella condivisione dei presupposti e delle procedure di intervento;
- risorse adeguate: stabilità nel tempo dell'équipe e tempi di lavoro congruenti con le esigenze dei casi trattati;
- specializzazione: elevato livello di specifica competenza; necessità di formazione e supervisione periodica integrata di carattere interdisciplinare e interistituzionale
- capacità di rapportarsi con la Magistratura: sinergia operativa nel mantenimento della specificità della propria collocazione professionale, focus centrato sulla "cura" del bambino e della sua famiglia da parte dei servizi psicosociali e valore aggiunto dato dall'interazione tra il clinico e il giudiziario;
- ricerca: processi di raccolta dati, elaborazione e confronto sia all'interno dell'équipe, che all'esterno sulla casistica e sui fattori di qualità e dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- Louwers, Affourtit, Moll, de Koning, & Korfage :
Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. Archives of Disease in Childhood, 95(3), 214–218. 2010
- Louwers E. C. F. M., Korfage I. J., Affourtit M. J., Ruige M., Van den Elzen A. P. M., de Koning H. J., & Mol H. A. : Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. Child Abuse and Neglect, 38(7), 1275–1281, 2014
- World Health Organization, Regional office for Europe. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020, Regional Committee for Europe, 64th session, settembre 2014
- World Health Organization, CDC, End Violence Against Children. The Global Partnership, Pan American Health Organization-World Health Organization Regional Office for the Americas, PEPFAR, Together for girls, UNICEF; UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime, USAID from the American People, The World Bank. INSPIRE, Seven Strategies for Ending Violence Against Children, World Health Organization, 2016
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento per le politiche della famiglia, IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, 2016.
- Il Piano indica, tra le fonti utili per l'acquisizione di dati e informazioni sul tema, l'indagine dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Terre des Hommes, Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive, 2015
- M. R. Giolito, Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia, L'abuso sessuale nei bambini prepuberi: Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Commissione Triage Pediatrico della SIMEUP: Manuale Formativo di Triage Pediatrico, Lingomed 2009
- Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Centro Nazionale Triage di Pronto Soccorso. Monitor XI, 29, 2012

ALLEGATO 1 | SCHEDA PAZIENTE FRAGILE**ALL.1**

SCHEDA PAZIENTE FRAGILE		
------------------------------------	--	--

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Luogo _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____

Domiciliato a _____ Prov. _____

Via _____

Pediatra curante Dr./Dr.ssa

Minore seguito dai servizi sociali/sanitari: si no non noto
(specificare servizio sociale e/o sanitario e assistente sociale e/o operatori di riferimento) _____

Provvedimento Tribunale per i minorenni: si no non noto

MOTIVO DI ACCESSO

- Problema pediatrico
- Trauma
- Situazione di "preoccupazione"

MODALITA' DI ARRIVO IN PS

- mezzo proprio
- ambulanza
- ambulanza in trasferimento da altro Istituto
(specificare) _____
- forze dell'ordine
- scuola, asilo, centro estivo....
(specificare) _____
- altro

Codice colore triage _____

Accompagnatore

- padre
 madre
 altro accompagnatore (specificare grado di parentela)

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Tel. _____

- Polizia (indicare nominativi e recapito telefonico)

 Carabinieri (indicare nominativi e recapito telefonico)

 Altro (indicare nominativi e recapito telefonico)

Composizione del nucleo familiare**Madre**

Cognome _____ Nome _____ nata il _____
 Residente a _____ Prov. _____
 Tel. _____

Padre

Cognome _____ Nome _____ nato il _____
 Residente a _____ Prov. _____ Via _____
 Tel. _____

Stato civile: coniugati conviventi in fase di separazione separati
 divorziati

Se in fase di separazione o divorziati il minore risiede

(specificare) _____

Altri conviventi con il minore:

- fratelli/sorelle
 (nome, sesso, età)

altri familiari (specificare parentela)

non familiari (specificare)

MOTIVO DELL'ARRIVO IN PS

L'accompagnatore riferisce

Il minore riferisce (specificare se dichiarate spontaneamente e quali persone sono presenti) _____

Osservazioni del personale

(Note per il personale sanitario) Descrivere il comportamento del dichiarante. **Si ricorda che non deve essere posta al minore alcuna domanda:** si devono solo riportare le sue dichiarazioni spontanee, se espresse, e va descritto il suo comportamento, includendo le emozioni che egli fa trasparire: paura, diffidenza, bisogno di rassicurazione, modo di relazionarsi con il personale medico ed infermieristico.

Dati raccolti da _____

Alle ore _____
 del giorno _____

Firma infermiera

SCHEDA MEDICA

Precedenti accessi in PS e/o UO riportati nello storico informatizzato dell'Istituto ?

sì (specificare nelle righe sottostanti) no

Vi è stato un ritardo immotivato nel ricorso alle cure? sì no

Il racconto attuale è congruente ai tempi riportati? sì no

Le dichiarazioni dell'evento sono contraddittorie o non sufficientemente chiare?
 sì no

La dinamica riferita è compatibile con tipo e gravità delle lesioni e con lo sviluppo psicomotorio del bambino? sì no

La comunicazione con la famiglia è stata

chiara

confusa

difficoltosa perché _____

Esistono altri elementi/ lesioni/ comportamenti che suscitano preoccupazione?

sì no

Se sì, specificare quali _____

Particolare attenzione :

- nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita
- abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi,
- disturbi ricorrenti (es : cefalea, insonnia, disturbi urinari, disturbi gastroenterici)
- atteggiamento depresso, autolesionismo
- stato degli abiti, stato di igiene personale
- istituzionalizzazione

Indicatori e osservazioni:**SEGNI / sintomi:**

- Fratture ossee (sospetto evento non accidentale)
- Ecchimosi sospette
- Ustioni
- Trauma cranico
- Segni di morsi
- Lesioni cutanee

- Lesioni al cavo orale/mucose
- Lesioni ano-genitali
- Sintomi di intossicazione da alcool
- Sintomi di intossicazione da sostanze da abuso
-

Segni comportamentali/ psicologici

- paura, sentimento d'impotenza e/o di orrore
- distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa,
- sintomi di ansia, ipervigilanza,
- insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, reazioni esagerate di allarme
- pianto, tristezza, paura di conseguenze future
- esplosioni emotive improvvise e immotivate
- etero ed auto aggressività
- rifiuto a mostrare il corpo nudo
- interessi e comportamenti sessualizzati inappropriati all'età
- fughe , tentativi di suicidio
-

Particolare attenzione

anche in presenza di un solo segno comportamentale è indispensabile eseguire accertamenti specie se il cambiamento risulta

- Improvviso
- Perdurante nel tempo
- Immodificabile nonostante le strategie di rassicurazione dell'adulto
- Non in relazione ad eventi e /o cambiamenti di abitudini di vita

Elementi relativi all'accesso in PS e alla storia clinica:

- Segnali di disagio familiare/liti tra coniugi/separazione conflittuale
- Inadeguata cura genitoriale
- Minore lasciato solo o abbandonato
- Minore con ripetuti accessi in PS o in Ospedale
- Richiesta comunità/servizi sociali
- Disposizione autorità giudiziaria
-

E' stata acquisita documentazione fotografica? sì no

E' stata richiesta diagnostica strumentale e/o di laboratorio sì no

Se sì, specificare quali _____

Sono richieste consulenze? sì no

Se sì, specificare quali _____

E' necessario il ricovero del paziente ? si no

- U.O.(specificare quale) _____

- OBI -----

Se non è necessario il ricovero /OBI del paziente dimettere a domicilio e:

1. Informare i Servizi Sociali dell'Istituto e/ o Direzione Sanitaria
2. Prenotare controllo del paziente presso ambulatorio pediatrico o dedicato

Valutazione effettuata

da _____

alle ore _____

del giorno _____

Osservazioni del medico di guardia

Timbro e firma leggibile del medico

ALLEGATO 2 | GUIDA AL RICONOSCIMENTO DELLE LESIONI NELL'ABUSO FISICO

LESIONI CUTANEE

Ecchimosi

<p>Caratteristiche di allarme in ecchimosi suggestive di abuso fisico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecchimosi o petecchie non causate da condizione medica come disordine della coagulazione • Ecchimosi in bambini che non sono ancora indipendenti/deambulanti • Ecchimosi multiple o in zone circoscritte • Ecchimosi in zone che non siano su prominenze ossee (tibiae, gomiti, fronte etcc) • Ecchimosi sul volto, occhi, orecchie, tronco, braccia, glutei e sulle mani • Ecchimosi che abbiano la forma di una mano, legacci o uso di 'strumenti' <p>Nessun sito di ecchimosi è patognomonico e una storia attenta deve essere raccolta in ogni caso, e riportata nella cartella clinica/referto di PS per iscritto dal medico.</p>
<p>I bambini che non hanno ancora acquisito indipendenza motoria (gattonamento o rolling) non dovrebbero presentare ecchimosi senza una chiara spiegazione.</p>
<p>Tutte le ecchimosi che sollevano il sospetto di abuso devono essere valutate tenendo conto dello sviluppo psicomotorio del bambino al momento dell'esame.</p>
<p>Come per ogni altra lesione, ogni condizione clinica che potrebbe predisporre un bambino al facile sviluppo di ecchimosi deve essere esclusa.</p>

- Evidenza di lesioni multiple avvenute in tempi diversi, e in diverso stadio di evoluzione.
- Lesioni prodotte con modalità diverse (coesistenza di ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, ematomi, ustioni, ecc.)
- Lesioni sentinella

MORSI: i morsi sono in ogni caso lesioni inflitte. Possono essere sia da animale che umane, sia da adulto che da un bambino. Si rimanda alla letteratura specifica la modalità per distinguere tra le due.

La valutazione dei morsi e delle ecchimosi atipiche andrebbe eseguita e documentata con l'aiuto di specialista Odontoiatra e quando possibile documentata con appropriata fotografia.

FRATTURE

Tutte le fratture ossee in età pediatrica richiedono una spiegazione appropriata e questa deve essere consistente con l'età e il grado di sviluppo del bambino. L'età del bambino/a è un fattore determinante, più piccolo il bambino, più alta è la possibilità di abuso¹.

Ogni frattura ossea in bambini con età inferiore ai 18 mesi va considerata con moltissima attenzione, anche se riferita dai genitori/care-giver come successiva a evento accidentale.

Le fratture come conseguenza del maltrattamento, cosiddette non accidentali, sono frequentemente occulte, quindi per una corretta valutazione è sempre consigliabile la collaborazione tra Ortopedico, Radiologo insieme al Pediatra e Chirurgo del PS.

Alcune specifiche fratture sono da tenere in considerazione e da valutare in modo più attento, perché sono molto frequentemente riscontrate nei bambini vittime di abuso.

¹ L'80% dei bambini abusati con fratture ha meno di 18 mesi, mentre l'85% delle fratture accidentali avviene nei bambini che hanno più di 5 anni. (Leventhal et al 1993; Worlock, Stower & Barbor 1986).

OMERO	Tutte le fratture di omero sono eventi accidentali infrequenti e sotto i 18 mesi una frattura di questo tipo è molto più spesso associata con abuso fisico, in assenza di una spiegazione chiara e plausibile. La frattura di tipo spirale è poco comune ed è altamente associata a abuso fisico.
FRATTURE MULTIPLE	sono significativamente più frequenti nei bambini vittime di abuso, ma quando l'osso appare rarefatto va indagata la possibilità di patologia ossea primitiva
COSTALI	Le fratture costali, specialmente quelle posteriori, multiple, sono considerate altamente specifiche per abuso e possono, specialmente nei lattanti < 6 mesi, essere associate con abusive head Trauma (AHT-bambino scosso).
FEMORE	Tutte le fratture di femore in bambini che non camminano sono da considerare sospette per abuso, indipendentemente dal tipo di frattura e per questo vanno indagate con molta attenzione. F. SPIRALE: Sotto i 15 mesi di età è la più frequente frattura femorale nel b. abusato, mentre nel bambino che già cammina bene la frattura spirale può anche accadere per caduta nella corsa.
METAFISARIE	Sono fratture molto rare, possono essere secondarie a traumi da parto, ma nel bambino sotto i due anni possono essere legate a abuso, specialmente a livello del femore. Possono essere trovate quando vengono cercate specificamente, e sempre devono venire valutate bene dal radiologo pediatrico.
SPINALI	più frequenti nella regione cervicale o toraco lombare bassa, per questo debbono venire cercate con immagini di tutta la colonna. Spesso sono accompagnate con il trauma cranico. In un bambino sotto l'anno possono far parte dell'AHT.
FRATTURE TECA CRANICA	Richiedono una forza considerevole e debbono essere spiegate dalla dinamica dell'incidente riportato. Le fratture che preoccupano di più sono le seguenti: occipitale, fratture depresse, fratture "in crescita", frattura multipla o complessa, frattura con distanza di 3.0 mm o maggiore, frattura che incrocia una linea di sutura, multipla o bilaterale.

Generalmente si considera che per una caduta del bambino da meno di 90 cm con contusione del capo sia difficile che ne risulti frattura della teca.

Diagnosi differenziale delle fratture: nel caso di sospetto di frattura da abuso, va comunque considerata, a seconda dei casi e delle zone interessate una diagnosi differenziale con le condizioni mediche che predispongono alla fragilità ossea. Tale valutazione va fatta con l'aiuto di specialisti (radiologi e malattie metaboliche, endocrinologia, etc.) ma una breve lista viene qua riportata:

- Frattura non intenzionale
- Frattura da abuso
- Variante anatomica del normale (reazione periostale bilaterale)
- Trauma da parto
- Infezione, osteomielite
- Malattia di Caffey
- Osteogenesi imperfetta (specialmente tipo I e IV perché potrebbero essere difficilmente distinguibili fenotipicamente da bambini normali).
- Malattia metabolica del Prematuro
- Deficit nutritivi
- Trauma iatrogeno

LESIONI INTRA-ADDOMINALI

Sono lesioni estremamente rare, che tipicamente vengono osservate in pazienti con età inferiore ai 3 anni e hanno una elevata mortalità, specialmente quando la diagnosi viene mancata o ritardata.

TRAUMA CRANICO NON ACCIDENTALE

Abusive Head TRAUMA

Il trauma cranico è la più comune causa di decesso nel bambino abusato, il 95% dei traumi cranici severi nel bambino inferiore all'anno è procurata. Il trauma cranico non accidentale è più frequente nei bambini inferiori all'anno ma può accadere anche in bambini più grandi. La mortalità per questo tipo di lesioni può arrivare fino al 30%, con metà dei bambini che sopravvivono con una disabilità di grado diverso.

La presentazione clinica di lattanti con NAHI può avvenire con una varietà di sintomi dalla difficoltà di alimentazione, letargia, convulsioni e difficoltà respiratorie (ALTE) fino alla morte improvvisa. In alcuni casi l'assenza di storia clinica o di segni esteriori di lesioni può ritardare la diagnosi. Non tutti i bambini si presentano in modo acuto, perché un altro segno può essere infatti una CC che aumenta in modo anomalo. Bambini con emorragia subdurale o effusione rappresentano una difficoltà diagnostica perché possono essere assenti sia la storia clinica o un inizio dei sintomi e segni a sostegno della diagnosi sono assenti. In ogni bambino piccolo che senza motivo collassi la diagnosi di NAHI va considerata sempre.

Esistono altre lesioni nei bambini abusati. Tra queste ricordiamo di controllare:

- 1) Graffi, abrasioni, ferite tipo incisioni.
- 2) Lesioni al cavo orale (sempre esaminare il cavo orale nell'EO: denti, lacerazioni e ecchimosi alla lingua e alle labbra, frenulo, palato per ustioni da cibo o bevande etc)
- 3) Lesioni alle unghie, avulsione, ematoma sub-ungueale
- 4) Lesioni al cuoio capelluto
- 5) Marchi e segni di utilizzo di oggetti o tourniquet, legature.
- 6) Lesioni compatibili con uso di inserzioni di aghi

USTIONI

Le ustioni e le bruciature sono abbastanza comuni in età pediatrica. La maggior parte di esse deriva da incidente domestico, ma è riconosciuto che un comportamento negligente e di scarsa protezione del bambino è riscontrato molto frequentemente negli adulti responsabili dei nuclei familiari dove tali eventi accadono.

Alcune caratteristiche delle ustioni inflitte sono le seguenti: lesioni da contatto con oggetti roventi (ferro da stiro), lesioni da sigaretta, lesioni da immersione forzata in acqua calda alle estremità (a calza o a guanto). Inoltre le lesioni bilaterali e simmetriche sono sempre molto sospette come inflitte.

Lesioni che derivano da liquido gettato o versato, da frizione con superfici (da trascinamento). Le sedi di lesione da ustione inflitta sono più comuni agli arti inferiori e ai glutei, alle mani (al dorso), ai piedi e al volto.

ALLEGATO 3 | ABUSO SESSUALE IN MINORE

L'abuso sessuale nel bambino è un fenomeno unico; le dinamiche sono spesso molto diverse da quelle dell'abuso sessuale dell'adulto perciò un abuso di questa natura non può essere trattato nello stesso modo.

Le peculiarità che caratterizzano l'abuso sessuale nel bambino includono le seguenti considerazioni:

- raramente viene usata violenza o forza fisica
- il maltrattante di solito è persona conosciuta
- l'abuso sessuale nel bambino si realizza in tempi lunghi
- frequentemente gli episodi sono ripetuti e sempre più intrusivi con il maltrattante che coinvolge la vittima in una serie di atti e situazioni totalmente inadatte alla sua età ed esperienza.

La maggior parte degli abusi sessuali rimane non diagnosticato nei bambini. Più frequentemente l'abuso sessuale viene scoperto solo quando il bambino/a rivela l'accaduto a qualcuno di cui sente di potersi fidare.

Altre volte l'abuso sessuale si manifesta con una gravidanza in atto o con segni di infezione sessualmente trasmessa.

Circa metà dei bambini che sono stati abusati sessualmente non ha alcun segno fisico anormale all'esame clinico, normalmente chi abusa i bambini sessualmente evita di 'lasciare segni' di ogni tipo per evitare di essere scoperto.

Sanguinamento vaginale, perdite e arrossamenti generalmente non sono legati ad abuso sessuale, anche se in una minoranza di casi possono essere presenti.

L'esame del bambino/a con sospetto abuso sessuale deve essere eseguito sempre, se possibile, da persona con esperienza nell'esame obiettivo del bambino e con modalità adeguate. L'ispezione dei genitali va fatto solo senza forzare il bambino e valutato nell'ambito dell'esame obiettivo generale. Lo sviluppo puberale del bambino/a va registrato come parte dell'esame obiettivo.

Ogni esame più approfondito di tipo ginecologico va preferibilmente eseguito da ginecologo o pediatra con provata esperienza nell'esame ginecologico della bambina e in ambito adeguato.

Non c'è necessità assoluta di visitare il bambino se questo appare in buone condizioni generali, non lamenta dolore e l'esame obiettivo può essere rinviato in relazione alla tipologia di evento e alla tempistica.

La visita nel bambino che ha subito violenza, se non eseguita in modo adeguato e con la completa collaborazione del minore, può essere vissuta quindi come un ripetersi dell'atto di abuso per il quale ha chiesto aiuto.

L'esecuzione di esami e prelievi di campioni deve essere spiegata con cura al bambino/a e il suo consenso e quello degli accompagnatori va acquisito, verbalmente o scritto, a seconda del caso, prima di ogni procedura.

Se possibile l'esame del bambino va condotto in uno spazio adeguato, all'interno dell'area pediatrica del PS o in un ambulatorio separato con la dovuta calma e sempre va eseguito da un operatore medico accompagnato da infermiere o altro medico, con la presenza del genitore o della persona di fiducia del bambino.

INDICAZIONI NEI CASI DI ABUSO SESSUALE NELLA FEMMINA

Prima Accoglienza in Pronto Soccorso

Il Pronto soccorso ospedaliero è di norma il presidio al quale la vittima, la famiglia della vittima, i medici / pediatri di famiglia, il 118, la polizia si rivolgono in caso di s. o certo episodio di abuso sessuale. Se la paziente viene trasportata a mezzo ambulanza è opportuno conservare i teli del trasporto.

In ogni caso di abuso sessuale sospetto o certo conservare gli abiti della vittima
Al Triage eseguire la valutazione infermieristica e avviare la compilazione della Scheda di raccolta dati (allegato 1) .

Procedere con la raccolta dell'anamnesi medica (possibilmente con un numero limitato di operatori) ed eseguire l'esame obiettivo generale

Entro quali tempi va condotto l'esame obiettivo ginecologico:

Nella maggior parte dei casi le lesioni genitali più significative non sono più evidenziabili entro breve tempo, ne consegue che :

- se il presunto abuso è avvenuto entro 72 ore la visita deve essere immediata.
- se è avvenuto tra tre e sette giorni precedenti può non essere immediata ma deve comunque avvenire il prima possibile.
- se è avvenuto da più di otto giorni la visita può essere programmata nei tempi desiderati.

Nel caso in cui si rilevino :

- Stato confusionale
- Periodo di incoscienza riferito, amnesia o precedente stato confusionale
- Sospetto da parte dei genitori/ accompagnatori di somministrazione/ assunzione di farmaci/droghe/alcool
- Sospetta assunzione di droghe/alcool nelle precedenti 72 h

Devono essere raccolti campioni urine per test tossicologici

Inoltre si dovrà prevedere la esecuzione di esami ematici /urinari (vd protocollo operativo)
Ricordare la compilazione di consenso informato nei casi previsti (es HIV, prelievo di materiale biologico a fini clinici e forensi).

In ogni caso bisogna sempre programmare un controllo successivo (consigliato a 2 settimane, 3 mesi e 6 mesi – WHO GL 2004) dove gli operatori sanitari dell'equipe multidisciplinare si occuperanno di comunicare alla famiglia i risultati dei test effettuati e di pianificare insieme alla famiglia un percorso di sostegno intra o extra ospedaliero.

Considerare terapia CO (Contraccettiva Orale) di emergenza

Considerare terapia per infezioni gravi (es HIV) in urgenza

CLASSIFICAZIONE (ADAMS 2007) SULLA VALUTAZIONE DEI DATI FISICI, LABORATORISTICI E STORICI NEI CASI DI SOSPETTO ABUSO SESSUALE DEI BAMBINI

Categoria 1

Varianti normali

- bande periuretrali (o vestibolari)
- cresta o colonna intravaginale longitudinale
- appendice imenale o residui di setti
- convessità del tessuto imenale
- linea vestibolare
- incisura a U o a V nella metà anteriore del bordo imenale sopra la linea tra le ore tre e le ore nove a paziente supina
- cresta imenale esterna
- varianti congenite dell'imene
- diastasi anale
- appendice perianale
- aumento della pigmentazione della cute perianale o delle piccole labbra (bambini afroamericani o dell'America latina)
- dilatazione del meato uretrale con trazione labiale
- ispessimento imenale

- incisura a U o a V superficiale nel brodo imenale inferiore sotto la linea tra le ore tre e le ore nove

Reperti causati da altre condizioni mediche

- eritema (arrossamento) del vestibolo, del pene, dello scroto o del tessuto perianale (può essere dovuto a sostanze irritanti, infezioni o trauma)
- incremento delle vascolarizzazioni (dilatazione dei vasi sanguigni esistenti) del vestibolo (può essere dovuto a sostanze irritanti locali).
- fusione labiale (può essere dovuta a irritazione o sfregamento)
- perdite vaginali (molte cause incluse le malattie a trasmissione sessuale)
- lesioni vescicolari dell'area genitale o dell'area anale (vanno eseguite colture per herpes 1 e 2 e il test per la sifilide)
- friabilità della forchetta posteriore o della commessura (può essere dovuta ad irritazione, infezione o alla trazione esercitata sulle grandi labbra durante la visita)
- escoriazioni, sanguinamenti, lesioni vascolari (per lichen scleroso, eczema, streptococco, prolasso uretrale)
- ragadi anali (dovute di solito a stipsi o ad irritazioni perianali)
- appiattimento delle pliche anali (può essere dovuto a rilassamento dello sfintere esterno dell'ano)
- dilatazione anale di ogni dimensione, se sono presenti feci nell'ampolla rettale o se il bambino è stato in posizione genu-pettorale per trenta secondi o più (è un normale riflesso)
- perdite ematiche vaginali (possono essere dovute a diverse cause: uretrali, infezioni vaginali, corpi estranei, trauma accidentale o abuso)

Categoria 2

Reperti indeterminati: dati di ricerca insufficienti o contraddittori. Possono essere indicativi per abuso o trauma ma devono essere interpretati con cautela se non vi sono racconti da parte del bambino

Reperti all'esame obiettivo

- incisura dell'imene profonda e completa tra le ore tre e nove
- margine dell'imene tra le ore quattro e le ore otto inferiore ad 1 mm
- apparenti verruche genitali
- lesioni vescicolari o ulcere nell'area anale genitale
- marcata e immediata dilatazione anale fino a un diametro anteroposteriore di 2 cm o più

Lesioni con eziologia confermata: specificità per trasmissione sessuale indeterminata (da segnalare)

- condilomi acuminati anali o genitali (senza probabilità di trasmissione orizzontale o perinatale)
- Herpes di tipo 1 o 2 nell'area genitale o anale

Reperti diagnostici di trauma o contatto sessuale (sostengono una dichiarazione di abuso e sono molto suggestivi di abuso anche in caso di assenza di racconto a meno che non sia offerta una chiara e plausibile descrizione di lesioni accidentali: è raccomandata un follow-up)

Traumi acuti

- abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto periimenale, del pene, dello scroto o del perineo
- lacerazione recente della forchetta che non coinvolgono l'imene (possono essere dovute a traumi accidentali)
- cicatrice perianale (rara, può essere dovuta anche ad altre condizioni mediche così come le ragadi o le lesioni della malattia di Crohn o a causa di recenti procedure mediche)

- cicatrice della forchetta o della fossa posteriore
- Lesioni indicative di trauma penetrante con forza smussa o da compressione addomino-pelvica
- lacerazione acuta dell'imene parziale o completa
- ecchimosi dell'imene (in assenza di processo infettivo)
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno
- incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita) tra le ore quattro e le ore otto
- assenza di tessuto imenale (nella metà inferiore del bordo imenale)

Presenza di infezione che conferma il contatto mucoso con secrezioni corporee infette, contatto con molta probabilità di natura sessuale

- coltura confermata positiva per gonorrea dell'area genitale, ano, gola in un bambino al di fuori del periodo neonatale
- diagnosi confermata di sifilide se si esclude trasmissione perinatale
- infezione da Trichomonas vaginale in un bambino di età superiore ad un anno con organismo identificato nelle secrezioni vaginali con esame a fresco
- coltura positiva dai tessuti anali o genitali per Chlamydia, in un bambino in età superiore a 3 anni, usando colture cellulari
- sierologia positiva per HIV se si esclude trasmissione perinatale o tramite emoderivati o aghi

Diagnostica di contatto sessuale

- gravidanza
- spermatozoi identificati in campioni presi direttamente dal corpo del bambino

BIBLIOGRAFIA

- Guidelines for medical-legal care for victims of sexual violence ; WHO 2003
- Adams J.A. : Evolution of a classification scale : medical examination of suspected child sexual abuse. Child Maltreatment 2001; 6 : 31-6
- Bruni M. : Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study). J. Forensic Sci. 2003, 48, 6
- Giolito M.R. : Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni. La colposcopia in Italia : anno XIX, n. 2 : 11-17
- Giolito M.R. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi . Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Hobbs C.J. : Sexual abuse of English boys and girls : the importance of anal examination. Child abuse and neglect 1988, 13 : 195-210.

INDICAZIONI NEI CASI DI ABUSO SESSUALE NEL MASCHIO

Prima Accoglienza Pronto Soccorso

Il Pronto soccorso ospedaliero è di norma il presidio al quale la vittima, la famiglia della vittima, i medici / pediatri di famiglia, il 118, la polizia si rivolgono in caso di s. o certo episodio di abuso sessuale

Se il paziente viene trasportato a mezzo ambulanza è opportuno conservare i teli del trasporto. In ogni caso di abuso sessuale sospetto o certo conservare gli abiti della vittima raccolti secondo le modalità e le indicazioni contenute nel protocollo operativo.

Al Triage eseguire la valutazione infermieristica e avviare la compilazione della scheda di

raccolta dati.

Procedere con la raccolta dell'anamnesi medica (possibilmente con un numero limitato di operatori) ed eseguire l'esame obiettivo generale + esame genitale accurato (v. dopo)

Nel caso in cui si rilevino :

- Stato confusionale
- Periodo di incoscienza riferito, amnesia o precedente stato confusionale
- Sospetto da parte dei genitori/ accompagnatori di somministrazione/ assunzione di farmaci/droghe/alcool
- Sospetta assunzione di droghe/alcool nelle precedenti 72 h

Devono essere raccolti campioni urine per test tossicologici

Ricordare la compilazione di consenso informato nei casi previsti (es. HIV, prelievo di materiale biologico a fini clinici e forensi).

In ogni caso bisogna sempre programmare un controllo successivo dove gli operatori sanitari dell'equipe multidisciplinare si occuperanno di comunicare alla famiglia i risultati dei test effettuati e di pianificare insieme alla famiglia un percorso di sostegno intra o extra ospedaliero.

LESIONI ANALI DA ABUSO NEL MASCHIO

Mentre i rilievi obiettivi in caso di violenza anale conclamata e recente sono spesso indiscutibili, quelli da abuso prolungato o remoto risultano sempre controversi. Esistono infatti riscontri che, pur facendo sospettare un abuso, costituiscono varianti anatomiche e situazioni patologiche che presentano lesioni del tutto identiche a quelle provocate.

Esame obiettivo

L'ispezione anale va condotta prima della valutazione genitale. Esistono varie posizioni in cui è possibile condurre l'esame :

- decubito laterale sinistro
- supina (a rana)
- genupettorale

Viene raccomandato di separare i glutei utilizzando i palmi delle mani, non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere, evitare l'esplorazione rettale a meno che non si sospettino lesioni profonde (chirurgiche), sanguinamento dall'interno, corpi estranei.

Rilievi di più frequente riscontro nell'abuso

- *Congestione venosa*: consiste nell'accumulo di sangue nel plesso venoso anale con vene congeste visibili nella sottomucosa o in rilievo (emorroidi). Tale riscontro non è frequente nel bambino normale tranne alcuni casi di stipsi ostinata. Risulta un segno assolutamente aspecifico, a meno che non sia associato con altri segni, specialmente se si rende visibile nei primi secondi dell'esame.
- *Ecchimosi*: di non frequente riscontro, sono comunque esito di trauma se si escludono problemi coagulativi o effetti di farmaci, per cui possono essere suggestive anche di violenza.
- *Ragadi*: fessurazioni longitudinali del margine anale, che iniziano generalmente all'interno e possono estendersi appena oltre il margine stesso. Possono essere di profondità variabile e sono causate da sovra distensione dell'ano oltre le sue capacità elastiche. L'evoluzione può essere la guarigione completa senza lasciare tracce, una cicatrice che si estende attraverso l'ano o un'appendice cutanea (sentinel tag) con significato di riparazione ipertrofica. La causa più frequente di ragade in età infantile è la stipsi, con emissione di feci dure e voluminose che distendono e lacerano longitudinalmente la mucosa anale; esistono altre situazioni più rare, accompagnate da altre manifestazioni, come ad es. nel Morbo di Crohn. In genere le ragadi si presentano

isolate; la sede tipica nella stipsi è mediana e il picco di frequenza è tra i 2 e i 3 anni di vita. Insieme alla ragade possono essere presenti cicatrici, esiti della riparazione di ragadi precedenti. In situazioni di abuso la ragade può rappresentare un riscontro isolato o associato con altre lesioni. Bisogna porre molta attenzione alle ragadi multiple e alla presenza di cicatrici o tags; nell'abuso possono essere mediane, ma anche in altra posizione e sono chiaramente dovute a penetrazione, anche digitale o di oggetti.

- *Lacerazioni*: esito più eclatante di recente violenza con penetrazione, non hanno le caratteristiche di linearità delle ragadi e interessano quasi sempre anche le tonache più profonde. Anche le cicatrici di guarigione hanno superficie ed irregolarità maggiore.
- *Cicatrici*: costituite da tessuto di riparazione neoformato, con aspetto finale biancastro e consistenza più dura e anelastica rispetto alla cute e mucosa circostanti. Possono anche essere ipertrofiche (cheloidi).
- *Appendici cutanee (tags)*: formazione cutanea esito di riparazione ipertrofica di una ragade, può essere presente anche con ragade ancora in situ, e in tal caso nasconde la ragade stessa. È descritta anche una tag congenita, tipicamente mediana (Berensonet e al.)
- *Riflesso di dilatazione anale (RAD)*: riflesso di apertura dell'ano, per rilasciamento degli sfinteri, che si verifica a seguito di separazione manuale dei glutei entro 30 secondi, in posizione genupettorale o in decubito laterale. Se la dilatazione è immediata, fino ad un diametro di 2 cm., va considerata come possibile segno di abuso. La presenza o assenza di feci visibili nel retto attraverso la dilatazione non influisce sul significato del segno. Esistono situazioni patologiche in cui il segno è presente: stipsi cronica, patologia neuromuscolari, effetto di farmaci.
- *Ano a imbuto (funneled anus)*: atteggiamento fisso di dilatazione ad imbuto, segno infrequente, ma di solito associato ad abuso
- *Twitch anus*: rilasciamenti e contrazioni ritmiche dell'ano

Conclusioni

Tutte i segni riportati possono essere conseguenti alle varie forme di abuso sessuale, ma nessuno di questi, preso singolarmente e senza un'adeguata ricerca anamnestica e una obiettività completa, è sufficiente per averne la certezza. La presenza contemporanea di più segni e di lesioni risalenti ad epoca diversa devono comunque generare il forte sospetto ed indirizzare altre indagini in tale direzione.

ALLEGATO 4 | INDAGINI RADIOLOGICHE RACCOMANDATE

Età compresa tra 0 e 12 mesi: esame radiologico dello scheletro

Età compresa tra 12 mesi e 2 anni: esame radiologico dello scheletro o scintigrafia

Età compresa tra 2 e 5 anni: esame radiologico dello scheletro o scintigrafia in casi selezionati con abuso fisico fortemente sospetto

Età oltre i 5 anni: di specifici distretti con sospetto di lesione sul piano clinico

Il cardine della diagnostica delle NAI è comunque l'esame radiografico dello scheletro.

L'impiego della scintigrafia scheletrica comporta una elevata dose radiante (casi selezionati). L'impiego della Whole body Stir è controverso, e la letteratura, peraltro attualmente scarsa, non la reputa sufficientemente sensibile per la rilevazione delle fratture metafisarie e delle coste.

Cranio <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione AP, LL, e di Towne (quest'ultima se clinicamente indicato) • Le rX del cranio devono essere eseguite insieme alla rx dello scheletro anche se una TC è stata effettuata o è in programma
Torace <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione AP con inclusione delle clavicole • Proiezioni oblique (destra e sinistra) per includere le coste
Addome <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione AP dell'addome con inclusione della pelvi e delle anche
Rachide <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione LL: può includere esposizioni separate sulla regione cervicale, toracica e toraco-lombare • Se l'intero rachide non è incluso nella proiezione AP dell'rx torace e addome, sono richieste proiezioni aggiuntive • Le proiezioni AP del rachide cervicale raramente sono diagnostiche a questa età e dovrebbero essere effettuate a discrezione del radiologo
Arti <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione AP di entrambi gli arti superiori • Proiezione AP di entrambi gli avambracci • Proiezione AP di entrambi i femori • Proiezione AP delle gambe • Proiezione PA delle mani (esposizioni separate) • Proiezione DP dei piedi (esposizioni separate)

RIEPILOGO INDAGINE RADIOLOGICA:

1. Cranio in AP e laterale
2. Colonna cervicale in laterale
3. Torace in AP e laterale
4. Bacino in AP
5. Colonna lombare in AP e laterale
6. Omeri AP
7. Avambracci AP
8. Mani in PA e obliquo
9. Femori AP
10. Tibie AP
11. Piedi DP

TC E RM

La TC nella NAI ha lo stesso ruolo che riveste nello studio dei traumi ossei accidentali.

Essa è in grado di definire l'estensione e la severità delle fratture complesse e/o di quelle non ben dimostrate con l'RX, ed in particolare di quelle spinali, pelviche ed articolari complesse.

La TC e la RM hanno un ruolo di primo piano nella valutazione dei traumi dei tessuti molli, occorsi da soli o in associazione ai traumi dello scheletro.

TRAUMI TORACO-ADDOMINALI

I bambini maltrattati possono aver subito traumi anche al torace e/o all'addome e la principale responsabilità clinica è la diagnosi ed il trattamento dei danni in tali sedi; infatti il mancato riconoscimento di un trauma addominale diretto contribuisce ad un'alta morbilità e mortalità.

Lo studio ed il management del trauma toraco-addominale acuto deve essere lo stesso dei bambini vittime di traumi accidentali.

Se si sospetta un trauma interno addominale ed il paziente è in condizioni stabili, dovrebbe essere effettuata in prima istanza una ecografia dell'addome.

Tuttavia, nei bambini che sono stati vittime di traumi importanti, la TC con mezzo di contrasto (m.d.c.) è la metodica di scelta.

Le uniche controindicazioni relative per il contrasto i.v. sono la storia di allergia allo iodio, uno shock severo o l'insufficienza renale.

Per una accurata diagnosi, è importante un corretto timing tra il bolo di contrasto e la scansione TC (fase porto/venosa).

L'esame va effettuato senza l'assunzione di mezzo di contrasto per via orale, che potrebbe aumentare il rischio di aspirazione, specialmente se il bambino è in stato di ottundimento, è sedato o immobilizzato.

Nel torace, possono verificarsi: contusione polmonare, pneumotorace, versamento pleurico, fratture costali e traumi vascolari o dell'albero tracheo-bronchiale. Nell'addome è anche possibile assistere a lesioni pancreatiche ed ematomi duodenali.

Va sempre effettuato uno studio con finestra per l'osso, non solo per monitorare le fratture costali ma anche per ricercare segni di frattura pelvica o spinale.

ESAME TAC ENCEFALO

- Da eseguire in tutti i casi di sospetto maltrattamento in condizioni di urgenza
- Non è richiesta la somministrazione di mezzo di contrasto
- Razionale: evidenziare emorragia intra- o extraparenchimali
- Può riconoscere ematomi di diversa epoca o danno intraparenchimale ma con sensibilità inferiore alla RM

ESAME RM

- Da effettuare in caso di TAC positiva oppure se TAC negativa ma clinica positiva, nel più breve tempo possibile e comunque nel giro di 48 ore dall'esordio
- Razionale: datazione del sanguinamento intracranico, ricerca di danno parenchimale anche in relazione ad eventi pregressi misconosciuti
- Tecnica: non è necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto ma l'esame deve prevedere sequenze sensibili alla suscettibilità magnetica (es. T2*-FFE e SWI)
- In base alla clinica, estendere lo studio anche al comparto spinale

ALLEGATO 5 | TEST PSICOLOGICI

PER I MINORI

Coloured Progressive Matrices (CPM; John C. Raven 1984,2008) costituiscono uno degli strumenti più utilizzati per la misurazione dell'intelligenza non verbale durante tutto l'arco dello sviluppo intellettuale, dall'infanzia alla maturità, indipendentemente dal livello culturale.

Children's Depression Inventory (CDI; Maria Kovacs 1988) è una scala di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti dagli 8 ai 17 anni di età. Sotto forma di questionario, valuta un'ampia varietà di sintomi quali i disturbi dell'umore, della capacità di provare piacere, delle funzioni vegetative, della stima di sé del comportamento sociale.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC-A; Briere, 1996; Versione italiana di Blasio, Piccolo, Trafficante, 2011) uno strumento self-report sul distese post-traumatico e sulla connessa sintomatologia psicologica.

Clinical Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA; Frank W. Weathers e National Center for PTSD 2013) è un'intervista clinica semistrutturata che valuta nei bambini e negli adolescenti i diciassette sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) delineati nel DSM-IV.

Dissociative Experiences Scale (DES) è uno strumento clinico fondamentale per la diagnosi della dissociazione nell'infanzia e nell'adolescenza.

PER I GENITORI/CARE GIVERS

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere 2015) è un questionario che viene utilizzato per la valutazione della sintomatologia post-traumatica acuta e cronica nei bambini tra i 3 e i 12 anni. Il test viene compilato dal datore di cura del bambino che deve riferirsi al mese precedente e indicare quanto spesso ha visto ognuno dei comportamenti descritti.

Parent Stress Index (PSI; Abidin 1995) è uno strumento pensato per l'identificazione precoce di quelle caratteristiche che possono compromettere il normale sviluppo e funzionamento del bambino.

Child Behavior Checklist 1 1/2-5 - 6-18 anni (CBCL; Achenbach, 1991) un questionario che permette una descrizione del repertorio comportamentale ed emotivo del bambino attraverso i resoconti forniti dai genitori.

Si precisa che i test elencati possono essere applicati in toto o in parte a seconda del caso specifico ed eventualmente integrati con altri strumenti di valutazione psicodiagnostica.

Prospettive di ricerca

EPIGENETICA DELLA VIOLENZA: PROTOCOLLI PER LA RACCOLTA DEI CAMPIONI

Andrea Piccinini | Sezione di Medicina Legale - Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute - Università degli Studi di Milano
Simona Gaudi | Dipartimento di Ambiente e salute, Unità operativa Ecosistemi e salute - Istituto Superiore di Sanità

Le conseguenze dell'Intimate Partner Violence (IPV) sulla salute della donna sono di natura fisica, sessuale, psicologica ed economica. La letteratura scientifica degli ultimi decenni ha dimostrato come i fattori ambientali, e tra questi la violenza, siano in grado di alterare la struttura e la funzionalità del nostro genoma. L'IPV porta a delle conseguenze che permangono nella psiche e che potrebbero influenzare la struttura del DNA della donna compromettendo il suo stato di salute. Infatti la violenza è da considerarsi come un fattore ambientale "estremamente negativo" che influenza in modo significativo l'espressione del nostro genoma e di conseguenza lo stato di salute della persona, lasciando delle tracce anche nel DNA.

Nel 2014 il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha finanziato il progetto REVAMP "Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea". Il progetto REVAMP ha lo scopo di conoscere la reale prevalenza della violenza, dell'abuso o del maltrattamento nella popolazione, di identificare i suoi fattori di rischio, di descrivere il quadro di gravità e il corso naturale del trauma conseguente.

Uno dei punti importanti del progetto risiede nello sviluppo del progetto di ricerca epiREVAMP: "Analisi Epigenetica in campioni di sangue intero da pazienti che hanno subito trauma come strumento di screening per l'identificazione dei fattori causali di PTSD" che prevede l'identificazione di marcatori epigenetici (modificazioni molecolari e chimiche che non comportano cambiamenti nel nostro codice genetico), associati alla violenza. Il Consenso Informato epiRevamp approvato dal Comitato Etico (CE) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) rappresenta il punto di partenza per la costituzione della biobanca.

Lo studio epiREVAMP si prefigge di identificare nel tempo (studio di follow-up) le modificazioni epigenetiche, nel nostro caso inizialmente la metilazione del DNA, associate alla violenza; in questa fase del progetto l'obiettivo è quello, innanzitutto, di costituire la prima biobanca per le donne che hanno subito violenza. Il sistema di sorveglianza ospedaliera attivato da REVAMP, che vede il coinvolgimento dei Pronto Soccorso ospedalieri e dei servizi territoriali sanitari e sociali e che si occupano della presa in carico e dell'accompagnamento per le donne che hanno subito violenza, consentirà di arruolarle nello studio. Previa

firma del consenso informato, le donne che vogliono partecipare allo studio e che usufruiranno della psicoterapia doneranno campioni del loro sangue per l'analisi epigenetica.

Dal punto di vista metodologico la costituzione del consenso informato ha rispettato tutte le procedure previste dal CE dell'Istituto Superiore di Sanità'. Il linguaggio "semplice", non eccessivamente tecnico dato al Foglio Informativo che accompagna la richiesta al consenso informato, rappresenta la premessa indispensabile per una comunicazione efficace. L'alleanza terapeutica, auspicata in ambito sanitario, è frutto di un linguaggio chiaro e semplice. Sono questi in estrema sintesi i presupposti con i quali si è cercato di spiegare cosa sia l'epigenetica e quali siano nel caso di studio le ricadute positive per le donne che hanno subito violenza, ossia quelle di individuare precocemente il PTSD e intervenire con terapie adeguate centrate sulla persona. La parte più importante è rappresentata dalla spiegazione del fatto che le modificazioni operate sul DNA non sono uno "stigma" della violenza subita. Le cause della violenza sono eventualmente da imputarsi all'ambiente sociale "negativo" e non a una vulnerabilità presente nel nostro genoma.

I protocolli per il prelievo di sangue sono stati disegnati secondo tre diverse modalità, che rispondessero adeguatamente all' realtà esistenti nei Pronto Soccorso della rete REVAMP.

Un primo protocollo, il più semplice, prevede il prelievo di 4 gocce di sangue su un supporto solido, una speciale carta assorbente, che ne consente la conservazione senza la catena del freddo e per un lungo periodo (almeno 20 anni; Fig1). Il secondo protocollo aggiunge al prelievo su supporto solido, anche una provetta con EDTA con almeno 5 ml di sangue da conservare a -20°C. Infine, nei centri che hanno la possibilità di mantenere più provette dei campioni di sangue, vengono utilizzate oltre alle provette per l'estrazione del DNA, anche quelle per la preservazione dell'RNA, il siero e le "cartine" con le 4 gocce.

La costituzione di una biobanca con campioni di sangue di donne che hanno subito violenza è il primo passo che potrà portarci verso lo studio e la comprensione dei meccanismi epigenetici che sono alla base dell'insorgenza di patologie complesse quali il "Post Traumatic Stress Disorder" (PTSD)-violenza correlato. Il PTSD è un disturbo psicologico causato da esposizione a situazioni di pericolo e stress estremo (DSM-5), i cui sintomi sono rappresentati da "flash-back" ricorrenti, ridotto interesse in attività sociali, soppressione emotiva, senso di vuoto, paura, irritabilità, ira e difficoltà di concentrazione. Dati iniziali di letteratura scientifica sottolineano una associazione tra marcatori epigenetici ed esposizione al trauma (Sipahiet al., 2014). Le donne sono più suscettibili (20%) allo sviluppo di PTSD dopo esposizione ad eventi traumatici rispetto agli uomini. Ad oggi, questo studio multicentrico, prospettico e di follow-up su donne che hanno subito violenza, risulta essere l'unico su scala globale.

Le pazienti saranno seguite con psicoterapia e i prelievi per valutare eventuali modificazioni epigenetiche saranno effettuati ogni 6 mesi per un periodo di 18 mesi. Associato ad ogni prelievo sarà somministrato anche un questionario che fornirà in parallelo tutte le informazioni su stile di vita, abitudini e variabili psicologiche associate anche al PTSD.

L'individuazione delle modificazioni epigenetiche, associabili alla violenza subita, potrebbe aiutarci nell'identificare le pazienti ad alto o basso rischio di sviluppare PTSD, e di intervenire in anticipo con protocolli terapeutici specifici. Questo approccio innovativo potrà fornire informazioni utili sull'effetto della violenza sul genoma, e cercherà di associare ai marcatori epigenetici i protocolli più adatti, medicina di precisione, per riportare in salute le vittime di violenza.

