

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DI PERSONE VITTIME DI VIOLENZA RELAZIONALE

INDICAZIONI OPERATIVE
PER OPERATORI DI PRONTO SOCCORSO



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento per le Pari Opportunità

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana



ACCOGLIENZA
E PRESA IN CARICO DI
**PERSONE
VITTIME
DI VIOLENZA
RELAZIONALE**

INDICAZIONI OPERATIVE
PER OPERATORI DI PRONTO SOCCORSO

PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

PERSONA
MALTRATTATA
(o SOSPETTO)

TRIAGE: CODICE
ALMENO GIALLO

ATTESA IN
LOCALE
SICURO



MEDICO DI PS

> USARE SCHEDA UNICA DI RILEVAZIONE

> IN ANAMNESI SCRIVERE:

- il racconto della persona maltrattata
- nome, cognome e grado di parentela del maltrattante

> ESEGUIRE
VISITA MEDICA
COMPLETA
CON (O NO)
DOCUMENTAZIONE/
FOTOGRAFICA

FOTO (anche con il cellulare)
IN PERPENDICOLARE
dall'alto, con visibili
scale centimetriche
ed etichetta anagrafica

> ANALISI
FATTORI
DI RISCHIO

RISCHIO BASSO

Decisione con risultato
informativo del Centro Antiviolenza

RISCHIO ELEVATO

Chiedere FFOO e proporre
allontanamento in struttura
protetta attivabili h24 tramite
FFOO e/o Ass sociale

CHIUSURA VERBALE

Prognosi adeguata

- REFERTO AG

- ICD9: MALTRATTAMENTO

- In assenza di lesioni morali
invita la donna ad un controllo clinico
a breve con il medico segnalante

La persona di riferimento in questa struttura è:

REGISTRAZIONE ALLA DIMISSIONE: SE LA VIOLENZA È STATA ACCERTATA:
RIPORTARE I CODICI DI DANNOSI (PRINCIPALE O SECONDARIA) ICD9-cm

MINORE

995 50 ABUSO / MALTRATTAMENTO

995 53 ABUSO SESSUALE

995 51 VIOLENZA PSICOLOGICA

ADULTO

995 80 ABUSO / MALTRATTAMENTO

995 83 ABUSO SESSUALE

INDICARE COME LIVELLO
DI ADEGUATEZZA
DELL'ACCESSO TRIAGE
IN DIMISSIONE: CODICE VERDE*

*Non si usa il codice giallo di degenza - o
denza di degenza - tutti e da inserirsi come
apposizione di codice all'ingresso.

La locandina
vademecum
è in dotazione
a tutti i PS
della Città
Metropolitana.

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DI PERSONE VITTIME DI VIOLENZA RELAZIONALE

INDICAZIONI OPERATIVE PER OPERATORI DI PRONTO SOCCORSO

Questa brochure è stata prodotta nell'ambito del progetto UN.I.RE (UNiversità In REte contro la violenza di genere) finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità. Obiettivo del progetto è quello di costituire una rete accademica atta a promuovere azioni per il contrasto della violenza domestica e in generale la violenza di genere, come indicato nella Convenzione di Istanbul (2011). La brochure, dedicata agli operatori del Pronto Soccorso riprende quella realizzata per ATS Milano, che svolge il ruolo di coordinamento delle 8 Reti Territoriali Antiviolenza presenti sul territorio e che aveva avviato un'iniziativa formativa rivolta ai referenti dei Pronto Soccorso nel contrasto alla violenza di genere, per sostenere il processo di confronto e la stesura delle procedure per l'accoglienza, la presa in carico e la gestione delle donne vittime di violenza secondo le Linee Guida Nazionali.

Il presente materiale, destinato agli operatori dei Pronto Soccorso (PS) è stato prodotto nel 2019 grazie al finanziamento del progetto **“Il Circolo Virtuoso: per l'empowerment delle donne vittime di violenza e dei loro figli e la presa in carico degli uomini maltrattanti”** finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e realizzato da SVS Donna Aiuta Donna Onlus, CIPM, Farsi Prossimo, Telefono Donna.

I testi sono tratti dal manuale di **“Accoglienza e presa in carico di persone vittime di violenza relazionale – Indicazioni operative per operatori di Pronto Soccorso”**, realizzato dal progetto **“REVAMP”** (Repellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum) nel maggio 2017 e sono stati arricchiti dalle indicazioni delle nuove **“Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”**.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la **violenza sulle donne è un problema di salute pubblica globale e rappresenta uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (OMS, 2002).**

In Europa si stima che 1 donna su 4 abbia subito una forma di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner, o una violenza sessuale da parte di un altro uomo. **In Italia sono 6 milioni e 788 mila, quasi 1 su 3 (31,5%), le donne che tra i 16 e i 70 anni riferiscono di aver subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale, dalle forme meno gravi (come la molestia), a quelle più gravi come il tentativo di strangolamento o lo stupro (ISTAT, 2015).** Dai dati di PS emerge che, tra le donne aggredite, **1 donna su 3 è stata aggredita dal partner e, tra quelle gravemente abusate, più dei due terzi accusano sintomi di stress da disordine post-traumatico a tre mesi dalla violenza (ISS, 2017).**

Diverse sono le cause e le forme della violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale, stalking che si manifestano prevalentemente in ambito domestico/familiare/relazionale, prevalentemente da partner attuali o ex partner (Intimate Partner Violence).

Le conseguenze della violenza sullo stato di salute delle vittime assumono diversi livelli di gravità e 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.

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 la risposta assistenziale e la prevenzione un importante obiettivo di politica sanitaria. Per l'OMS il Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, i Dipartimenti di emergenza

sanitaria e i centri di PS 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, di prevenzione secondaria e terziaria.

La legge 119/2013 all'art. 5 prevede il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere articolato nelle seguenti linee:

1. Comunicazione e rappresentazione dell'immagine femminile nei media
2. Educazione
3. Formazione
4. Valutazione del rischio di recidiva
5. Soccorso e assistenza alle vittime di violenza
6. Reinserimento socio-lavorativo delle vittime
7. Recupero dei maltrattanti
8. Raccolta dati

Per quanto riguarda il soccorso e l'assistenza alle donne vittime

di violenza, sono state approvate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere (DPCM 24 novembre 2017). Scopo delle linee guida è quello di fornire un intervento tempestivo e integrato per quanto riguarda le conseguenze fisiche e psicologiche della violenza sulla salute della donna.

Il documento introduce alcune importanti novità: dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza - rosso o equivalente - alla donna viene riconosciuto un codice di urgenza relativa - giallo o equivalente - per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari; aggiornamento continuo delle/degli operatrici/ori, per garantire una buona attività di accoglienza, presa in carico, rilevazione del rischio e prevenzione.



ACCOGLIENZA

ACCOGLIENZA ALLA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta uno dei punti di intercettazione per i fenomeni di abuso e maltrattamento. È un luogo dove prima o poi la donna vittima di violenza giunge alla fine di un percorso segnato da abusi, violenze e maltrattamenti.

A differenza di altri punti di intercettazione (centri antiviolenza, consultori, ecc.) **le donne che giungono al PS spesso riferiscono storie di cadute accidentali, o incidenti domestici per nascondere episodi di violenze e maltrattamenti.**

È opportuno, quindi, ricordare che il primo passo per attivare un qualsiasi intervento consiste nel riconoscere il tipo di violenza subita e le sue ripercussioni sulla vita e sul benessere psicofisico della donna e dei figli eventualmente coinvolti (vittime e/o testimoni di violenza).

Le/gli operatrici/ori sanitari, preventivamente formati devono, quindi, essere a conoscenza dei protocolli sanitari e delle modalità più idonee per accogliere, prendere in carico e accompagnare la donna vittima di violenza.

L'accoglienza alla donna vittima di

violenza, per la sua complessità, deve rappresentare un punto di forza, altrimenti vi è il rischio di conseguenze sul percorso dell'assistenza alla vittima e sui successivi provvedimenti.

La donna maltrattata è una persona traumatizzata che presenta un fortissimo bisogno di comprensione, ascolto, protezione, accoglienza e cura. È quindi importante non tradire tale aspettativa.

L'accoglienza rappresenta la fase più complessa e delicata della relazione con la donna vittima di violenza, la quale deve sentire di trovarsi in un luogo appropriato e sicuro, dove potersi fidare dell'interlocutore e poter raccontare la propria storia. Per questo motivo è fondamentale che l'operatore sia adeguatamente formato.

La donna vittima di violenza deve sentirsi accolta, ascoltata, non giudicata e resa consapevole sia della sua "non responsabilità" rispetto all'accaduto, sia del suo essere vittima. **L'operatrice/ore invece, deve assumere un atteggiamento "non giudicante",** di ascolto attivo, evitando di interpretare quanto accaduto.

MODALITÀ DI ACCOGLIENZA

Quando una persona con sospetta violenza giunge in PS è raccomandabile seguire un protocollo specifico. Dovrebbe essere presente una figura del personale sanitario opportunamente formata e dedicata, per seguire la persona vittima di violenza, **instaurare un rapporto di fiducia che le permetta di tollerare i tempi d'attesa (spesso lunghi) dovuti agli accertamenti diagnostici**, riducendo così il rischio di abbandono o allontanamento dal PS.

Chi accoglie una donna che giunge in PS dopo aver subito violenza può trovarsi di fronte a due possibili scenari:

- la donna verbalizza la violenza subita;
- la donna non verbalizza la violenza, ma le lesioni sono tali da indurre un sospetto di violenza.

Si possono riscontrare elementi di incoerenza nelle modalità del racconto (verbali e non verbali), la donna può apparire reticente, schiva, poco disponibile a raccontare i dettagli dell'accaduto, tenere un atteggiamento difensivo e di chiusura oppure può contraddirsi, manifestare sintomi psichici quali ansia, tristezza, pianto, confusione, paura, rabbia, non consoni all'evento che racconta.

Tali modalità relazionali e l'incompatibilità tra racconto e lesioni dovrebbero rappresentare un "campanello d'allarme" per il personale sanitario.

È importante che l'operatrice/ore che accoglie la donna vittima di violenza sappia:

a) ascoltare senza esprimere giudizi in un clima di accettazione e di fiducia (atteggiamento empatico, ascolto attivo);

b) comprendere la vittima sia razionalmente che emotivamente **astenendosi dal fornire soluzioni precostituite**;

c) individuare i problemi di salute prioritari e le principali preoccupazioni della donna;

d) fornire informazioni scientificamente corrette, complete, personalizzate;

e) accogliere la donna senza false rassicurazioni, focalizzando l'attenzione sul problema;

f) facilitare il processo decisionale, favorendo la consapevolezza della donna, aiutandola a scegliere in modo autonomo, motivandola ad assumersi responsabilità personali (empowerment);

g) condividere un sapere comune con gli altri operatori (ginecologi, pediatri, medici di medicina generale, operatori sanitari dei Servizi territoriali, ecc.) volto al confronto.

Possibili domande per facilitare la narrazione dell'episodio da parte di una donna vittima di violenza:

- *"Signora, dalla mia esperienza riscontro che situazioni di violenza spesso provocano ferite e disturbi analoghi*

a quelli che sto verificando in lei e, sempre per esperienza, ho imparato che spesso le donne non raccontano ciò che vivono in quanto hanno paura o si vergognano o si sentono in colpa per quello che succede. È quello che sta succedendo a lei? È disposta a raccontare come si è procurata questa ferita? Era presente qualcuno quando si è ferita? Da quanto tempo ha questi problemi?”.

• **Se la donna ha figli** si può chiedere: *“Signora c’è qualcosa in particolare che la preoccupa, teme per l’incolumità dei suoi figli? I suoi figli sanno cosa succede tra lei e suo marito? L’hanno mai sentito urlare, minacciarla o picchiarla?”* La preoccupazione per l’incolumità dei figli può aprire un canale di comunicazione (uno dei motivi per cui spesso le donne decidono di interrompere la relazione con il maltrattante e trovano il coraggio di chiedere aiuto è se percepiscono un pericolo per i figli).

• **Se la donna racconta di un episodio incoerente** rispetto ai sintomi psichici che mostra si può dire: *“Mi sta dicendo che è caduta dalla scala, ma a me sembra di cogliere anche uno stato di paura, è così? Mi vuole raccontare chi le ha procurato quei segni? Desidera poter parlare con qualcuno? Abbiamo una serie di aiuti da proporre alle donne in pericolo”.*

Tali domande possono aiutare l’operatore ad instaurare una relazione empatica di fiducia, basata sull’ascolto attivo e focalizzata su interventi specifici come quelli di:

• **RIFORMULAZIONE**: ripetere ciò che la vittima ha raccontato per verificare se si sia ben compreso quanto voleva dire (es. *“Quindi mi sta dicendo che lui l’ha schiaffeggiata davanti ai vostri figli...”*);

• **CHIARIFICAZIONE**: per modificare delle convinzioni errate, spesso indotte dal maltrattante attraverso le minacce (es. *“La violenza domestica è un crimine, non ha fatto niente per meritarsela, non è colpa sua se viene picchiata”*; *“Nessuno le porterà via i figli a differenza di quello che le dice suo marito come intimidazione”.*).

• **DELUCIDAZIONE**: o di restituzione alla vittima dello stato emotivo ravvisato (es. *“Signora mi sembra di cogliere dal tono della sua voce, dal suo atteggiamento un senso di paura, è così?”*).

• **SUPPORTO**: (es. *“Signora uscire dalla relazione violenta è possibile in quanto ci sono luoghi e persone specializzate sull’argomento che possono aiutarla”*).

• **INFORMAZIONE**: (es. *“Signora anche se in questo momento non si sente pronta a parlarne, sappia che ci sono dei luoghi in cui può ricevere aiuto, se vuole le fornisco indirizzi utili sul nostro territorio”*).

PROCEDURA E BUONE PRASSI NELL'ACCOGLIENZA DI PERSONE VITTIME DI VIOLENZA

Quando una donna vittima di violenza giunge in PS, sia in caso di accesso diretto (la donna può giungervi da sola o accompagnata da altre persone) o di accesso attraverso il 118 o le Forze dell'Ordine, l'operatrice/ore addetto al triage deve effettuare una prima valutazione e, **salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza** (rosso o equivalente), **deve assegnare un codice di urgenza relativa (giallo o equivalente) così da garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti)**.

Al momento dell'arrivo al PS **gli operatori del 118 segnalano all'infermiere quanto emerso durante il trasporto e mantengono traccia del contesto in cui è stata prelevata la persona vittima di violenza nel certificato di PS.**

Nel caso siano intervenute le Forze dell'Ordine è importante **annotare il nominativo di chi è presente.** Nel caso in cui la donna arrivi accompagnata dal 118 l'operatore sanitario dedicato, o l'infermiere di triage dovrebbe anche **cercare di capire cosa è successo all'aggressore**, quindi, chiedere se sono intervenute le Forze dell'Ordine e se lo hanno allontanato dal domicilio.

Questi dati sull'aggressore sono necessari per la successiva gestione del rischio. Molto diversa è la situazione di rischio quando il maltrattante è rimasto nell'abitazione familiare, o se è in stato di fermo o, ancora, se è stato allontanato dal domicilio con un provvedimento urgente (vedi L. 119/13).

Raccogliere informazioni da parte di chi è intervenuto nel luogo in cui è avvenuta l'aggressione permette di iniziare a contestualizzare l'episodio e di aprire una finestra sull'ipotesi di maltrattamento.

MODALITÀ EFFICACI PER ACCOGLIERE IN PS LA DONNA VITTIMA DI VIOLENZA:

- **Codice giallo** al triage;
- **Accompagnare** la donna in un'area dove sia garantita protezione, sicurezza e riservatezza;
- **Ridurre** i tempi di attesa;
- **Attivare** per le donne straniere, ove necessario, la presenza di **mediatrici culturali e linguistiche**;
- **Escludere la presenza di terzi** (anche familiari) al colloquio e agli eventuali accertamenti;
- **Informare** la donna delle varie fasi del percorso;


**TRIAGE: CODICE
ALMENO GIALLO**

- **Evitare risposte inadeguate** (es. *“Torni a casa, vedrà che si aggiusta tutto”*);
- **Evitare banalizzazioni** (es. *“Sicuramente non voleva farle così male... in tutte le famiglie capita di litigare”*);
- **Evitare un atteggiamento giudicante e/o a volte accusatorio** (es. *“Perché l'ha picchiata?”*; *“Cosa ha fatto lei per farlo arrabbiare?”*). Tali domande ostacolano l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica poiché tendono ad attribuire alla donna la responsabilità di quanto accaduto aumentando in lei il senso di colpa e la consapevolezza di non poter essere capita);
- **evitare di razionalizzare**, minimizzare o scagionare chi fa violenza;
- **evitare di raccomandare una terapia** o una mediazione familiare;
- **evitare di insistere affinché interrompa la relazione** (solo la vittima può prendere tale decisione);
- **valutare** l'eventualità di dover fare un progetto di protezione condiviso con la donna, stabilire un piano di tutela momentaneo, rivalutare i fattori di maggiore rischio e spiegare- o ricordare-alla donna il ciclo della violenza.

Una domanda che tra tutte non deve mai essere posta è: “Come mai non lo lascia?”. Tale quesito infatti sposta il focus sulla donna considerata “responsabile” del suo destino, incapace di sottrarsi.

È paradossale che le vittime debbano subire, oltre all'aggressione, anche pregiudizi colpevolizzanti per loro stesse e de-colpevolizzanti per gli aggressori. Tali pregiudizi, purtroppo, sono frequenti e presenti anche tra gli stessi operatori sanitari e le Forze dell'Ordine.

È importante non generalizzare la storia della vittima, non dare per scontata l'uscita dalla relazione violenta, non costringerla a dissimulare, producendo una relazione di sostegno destinata a fallire.

ACCOGLIENZA DEL MINORE

L'abuso sui minori rimane un fenomeno in gran parte sommerso. La natura e l'organizzazione del PS, caratterizzato dalle urgenze e dalla rapidità delle decisioni, può rappresentare un possibile ostacolo nella diagnosi di sospetto abuso del minore. A ciò si aggiunge l'insufficiente formazione dei medici (anche pediatri), la carenza del rapporto di fiducia tra il personale sanitario, il bambino e i suoi genitori e la carenza di privacy tipica delle strutture di PS. Un altro ostacolo è il mascheramento da parte degli aggressori, dei familiari o della stessa vittima, così come la resistenza psicologica ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante. A questi fattori si aggiunge l'inosservanza dei doveri di legge che impongono l'obbligo di referto giudiziario ogni qualvolta un esercente la professione sanitaria sospetti un caso di abuso.

Le indicazioni per rapportarsi al paziente minore sono, per certi versi, simili a quelle consigliate per relazionarsi agli altri pazienti ma con particolare riguardo e rispetto per la minore età. La violenza subita e/o assistita sconvolge all'improvviso l'esistenza del bambino, a partire dalla sua routine quotidiana e dal rapporto con la famiglia.

L'accoglienza ha i seguenti obiettivi:

- **stabilire una relazione positiva con il minore ed eseguire una prima valutazione dello stato di salute**, assegnando il codice di priorità secondo le regole previste;
- **garantire riservatezza, fiducia e protezione, eseguendo il triage in uno spazio idoneo e la presenza di un accompagnatore di fiducia.**



Nel caso in cui si sospetti che l'accompagnatore possa essere il maltrattante o colluso con il maltrattante/abusante, il minore dovrà essere visitato da solo e anche l'accompagnatore sarà oggetto di osservazione. In questo caso contattare tempestivamente il magistrato reperibile della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e procedere agli accertamenti ritenuti necessari;

- **porre attenzione agli indici di violenza sospetta** anche controllando eventuali precedenti accessi del minore in PS;
- **ricercare soltanto le informazioni strettamente necessarie all'assegnazione del codice di priorità**, raccogliendo eventuali dichiarazioni, solo se rese spontaneamente e confrontarsi con il medico che eseguirà la visita.

Per quanto riguarda la **visita medica è opportuna la presenza di due operatori sanitari**. Si consiglia di effettuare una visita completa in ambiente protetto alla presenza di un adulto (se presente) di cui il minore si fida.

Gli obiettivi della visita medica in sintesi sono quelli di:

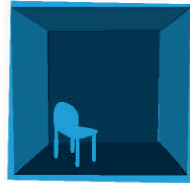
- **rilevare gli indici di sospetto anamnestici**, comportamentali, fisici;
- **descrivere dettagliatamente eventuali lesioni**;
- **acquisire documentazione fotografica**;



- **effettuare le indagini diagnostiche relative al caso**;
- **raccogliere il materiale biologico previsto** (anche a scopo forense);
- **compilare con accuratezza e completezza il verbale di dimissione**.

Anche l'intervento dello psicologo e dell'assistente sociale sono importanti per impostare una corretta relazione di accoglienza, ascolto e supporto, con l'obiettivo di:

- **offrire uno spazio protetto di ascolto e supporto**, valorizzando l'espressione di pensieri ed emozioni;



- **stimare il rischio attuale** legato alla situazione di violenza;
- **individuare la presenza di altri minori coinvolti** nella situazione di violenza e verificare il grado di rischio connesso alla violenza stessa;
- **impostare** con il minore e (se possibile) la sua famiglia, **il successivo percorso** (segnalazione alla Procura Minori, invio/segnalazione ai Centri Antiviolenza o ai Servizi Sociali Territoriali, ecc...);
- **audizione, in tempi brevi, del/della minore da parte dell'organismo competente**. Dovrà esserci video/audio registrazione e possibilmente, quando necessario, con la presenza in ospedale dello psicologo infantile; è noto che nell'immediatezza, le dichiarazioni sono sempre più spontanee, anche in virtù dello stato d'animo della vittima.

SCREENING DELLA VIOLENZA IN AMBITO RELAZIONALE

Esistono alcuni indicatori che orientano l'operatore sanitario nella rilevazione di **parametri "sentinella"**, purché lo stesso sia stato opportunamente formato in tema di abuso e maltrattamento su soggetti vulnerabili.

Tali indicatori, laddove vi sia il sospetto di violenza, si basano sull'**osservazione di elementi tipici di natura anamnestica** (es. accessi in PS/visite mediche ripetute e in tempi irragionevoli), **psicologico/comportamentale** (es. comportamento del paziente e interazione con l'accompagnatore inappropriati), **fisica** (es. ecchimosi in diversa fase cromatica, in particolare alla testa, volto e al collo).

La violenza su soggetto vulnerabile, quando relata ad abuso o maltrattamento in ambito familiare e relazionale, è di difficile riconoscimento per la naturale tendenza della vittima e degli aggressori a celare comportamenti devianti in ambiti sociali ristretti, familiari e di amicizia.

Tuttavia vi sono evidenze epidemiologiche secondo le quali l'impiego di procedure di screening per la violenza su pazienti vulnerabili può significativamente migliorare la capacità di riconoscimento della vittima.

Tali procedure in genere si fondano sull'osservazione di indicatori di sospetto. **Esistono strumenti validati per lo screening di PS o a livello ambulatoriale di diverse categorie di pazienti vulnerabili a sospetto di violenza in ambito relazionale: donne in età fertile con sospetto di violenza domestica o sessuale, minori o anziani o disabili con sospetto di abuso o maltrattamento.**

Vi sono, inoltre, procedure standardizzate di valutazione del rischio di escalation o recidiva della violenza. Tra queste il **Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5** (Snider et al., 2009), che è uno strumento standardizzato di semplice somministrazione e validato per l'impiego in PS.

**DANGEROUS ASSESSMENT (DA 5)
- 5 DOMANDE:**

1 LA FREQUENZA E/O GRAVITÀ
DEGLI ATTI DI VIOLENZA FISICA SONO
AUMENTATI NEGLI ULTIMI 6 MESI? SI NO

2 L'AGGRESSORE HA MAI UTILIZZATO UN'ARMA,
O L'HA MINACCIATO CON UN'ARMA,
O HA TENTATO DI STRANGOLARLA? SI NO

3 PENSA CHE L'AGGRESSORE
POSSA UCCIDERLA? SI NO

4 L'HA MAI PICCHIATA DURANTE
LA GRAVIDANZA? SI NO

5 L'AGGRESSORE È VIOLENTEMENTE E
COSTANTEMENTE GELOSO DI LEI? SI NO

INDICI DI SOSPETTO

L'adozione di un sistema di screening in PS, basato sull'uso di indicatori di sospetto, permette di migliorare le capacità di riconoscimento dei casi d'abuso e adottare un corretto approccio diagnostico, al fine di raggiungere un maggior livello di appropriatezza negli accertamenti e nei ricoveri.

INDICI DI SOSPETTO NELL'ADULTO

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.
- **Istituzionalizzazione.**
- **Depressione.**
- **Disturbi del sonno.**
- **Disturbi del comportamento alimentare.**
- **Tentati suicidi.**

COMPORAMENTALI / PSICOLOGICI

- **Atteggiamento contraddittorio** o evasivo.
- **Paziente riluttante** a parlare in presenza del partner.
- **Accompagnatore/partner dispotico** 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.

SEGNI FISICI

- **Ecchimosi**, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica).
- **Lesioni traumatiche nelle seguenti zone**:
 - testa e viso (lacerazioni, contusioni, escoriazioni, 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, 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.

INDICI DI SOSPETTO NEL MINORE

INDICATORI ANAMNESTICI

- **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.

Particolare attenzione:

- **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.**

COMPORAMENTALI/ PSICOLOGICI

- **Paura**, sentimento d'impotenza e/o 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 e auto aggressività.**
- **Disturbo** delle condotte alimentari.
- **Rifiuto** a mostrare il corpo nudo.
- **Interessi e comportamenti sessualizzati** inappropriati all'età.
- **Fughe**, tentativi di suicidio.

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:

- Improvviso;
- perdurante nel tempo;
- imm modificabile 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 specificatamente formati.

SEGNI FISICI

- **Lesioni multiple** di 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. Le fratture che preoccupano di più sono le

seguenti: occipitale, fratture depresse, fratture "in crescita".

- **Fratture di omero** di tipo spirale.
- **Fratture multiple**.
- **Fratture costali** e spinali.
- **Fratture del femore**: **i bambini che non camminano sono sempre da indagare per sospetto di frattura non accidentale**, la più frequente è quella traversa 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.
- **Ustioni**, bruciate, lesioni da contatto con oggetti roventi (es. ferro da stiro). Le sedi di lesione da ustione infliita sono più comuni agli arti inferiori e ai glutei, alle mani (al dorso), ai piedi e al volto.
- **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).
- **Disturbi ricorrenti e psicosomatici** (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ecc...).
- **Malnutrizione**.
- **Avvelenamento** e intossicazione.

INDICI DI SOSPETTO NELL'ADULTO VULNERABILE (ANZIANO O DISABILE)

TIPO 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 un 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 aggiuntivi nelle carte di credito o nelle carte bancarie.

Se le lesioni hanno **prognosi superiore a 20 giorni**, inviare il referto alle Autorità competenti. Se si configura il **reato di maltrattamento**, inviare sempre il referto alle Autorità competenti.



EDD OFFSET
è il modello industriale
sostenibile
accertato da TÜV ITALIA.
Lo stampato è
a basso impatto ambientale

Il contrasto al fenomeno della violenza maschile nei confronti delle donne è una delle priorità di **ATS Città Metropolitana di Milano**, che si adopera per far sì che tutte le cittadine che vivono questo problema possano trovare risposte efficaci vicino al proprio ambiente di vita.

Gli indirizzi e i numeri di telefono di tutti i Centri Antiviolenza sono disponibili a questo link:

WWW.ATS-MILANO.IT/PORTALE/FAMIGLIA/CENTRI-ANTIVIOLENZA



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



soccorso
violenza sessuale
e domestica