



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica**

TESI DI LAUREA

**LA VIOLENZA DOMESTICA E IL RUOLO
DELL'INFERMIERE IN PRONTO SOCCORSO**

Relatore: Dott.ssa Manea Silvia

Correlatore: Dott.ssa Rosa Rizzotto Melissa

Anno Accademico 2011-2012

Laureanda

Sara Strumendo

611172

LA VIOLENZA DOMESTICA ED IL RUOLO DELL'INFERMIERE IN PRONTO SOCCORSO

Questo studio nasce inizialmente dalla necessità di analizzare la gestione della violenza domestica da parte dell'infermiere del Pronto Soccorso di 3° livello della regione Veneto, rispetto ad un aumento sempre crescente di donne maltrattate.

Il quesito iniziale è stato quello di scoprire quante donne vengono riconosciute in Pronto Soccorso con accesso di "violenza", e successivamente si è deciso di proporre uno strumento di screening utile all'infermiere per approcciarsi alle persone con sospetto di diagnosi di violenza domestica.

LA VIOLENZA DOMESTICA

La violenza domestica non descrive un singolo evento violento, ma un complesso sistema di abusi che includono la violenza fisica, psicologica e sessuale, una modalità di relazionarsi patologico all'interno della famiglia e che si riconosce per le conseguenze di salute sulle persone vittima di violenza, in termini di danni, fisici e/o psichici e sofferenza degli attuali membri della famiglia e dei futuri.

Possiamo parlare del ciclo della violenza: un minore sottoposto a maltrattamento è a rischio di diventare a sua volta un adulto maltrattante. E' un ciclo che tende ad automantenersi: solo un intervento dall'esterno può spezzarlo. E' un intervento complesso perché riguarda più persone e più dimensioni della salute, sanitarie e sociali.

IMPATTO DELLA VIOLENZA DOMESTICA

Purtroppo non abbiamo a disposizione molti dati su questo fenomeno, perché i casi denunciati e conosciuti sono solo la punta dell'iceberg.

L'impatto della violenza ricade sia sulla persona singola sia sulla comunità.

Secondo un'indagine condotta in Italia dall'Istat nel 2006, il 30% delle donne di fascia d'età compresa tra 16 e 70 anni hanno subito una violenza ed il 70% di queste sono causate dal partner.

La violenza causa conseguenze rilevanti nella salute fisica dove nella metà dei casi si riscontrano ferite nella zona del maxillofaciale; psichica e sociale. 120 donne uccise in Italia solo nel 2012.

I minori a rischio sono lo 0,5%. e gli esiti a causa dei loro maltrattamenti sono molteplici: 1/2 dei minori diventano adulti multiproblematici: -32% patologie psichiche -35% devianza, delinquenza.

Conseguenza gravissima invece è che 1/3 dei neonati sottoposti alla Sindrome del Bambino Scosso muore a causa di questo.

Inoltre la violenza causa ingenti costi economici che possiamo dividerli in diretti come le cure a breve e a medio-lungo termine come l'assistenza in fase di urgenza-emergenza; ed indiretti: come le assenze dal lavoro, ricovero in case protette, comunità, centri di accoglienza.

Lo 0,34% delle famiglie totali (multiproblematiche) utilizza il 60% delle risorse socio-sanitarie della comunità.

Altro dato molto importante è che in Italia la donna vittima di abuso ricorre ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate.

OBIETTIVI

Il presente studio si compone di due obiettivi.

Il primo obiettivo è stato quello di analizzare la casistica delle donne con bambini minori, che accedono ad un Pronto Soccorso di 3° livello del Servizio Sanitario Regionale con motivazione di violenza attraverso l'analisi delle DEA del Pronto Soccorso e della cartelle di accoglimento da parte del Centro di Diagnostica del Bambino Maltrattato dalla data 23/08/2011 alla data 26/06/2012.

Il secondo obiettivo è stato quello di: - CENSIRE gli strumenti presenti in letteratura di supporto e aiuto all'infermiere del triage per fare screening dei casi di violenza; -IPOTIZZAZIONE DI UNO STRUMENTO DISCREENING specifico per la nostra realtà regionale di organizzazione dei servizi attraverso la -revisione

della letteratura sulla violenza domestica utilizzando Pubmed ("Intimate Partner Violence", "Domestic Violence", "Screening Intimate Partner Violence", "Battered woman"); la Ricerca delle norme italiane e dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari italiani per analizzare gli strumenti di screening esistenti e proporre uno da utilizzare da parte degli infermieri di triage del Pronto Soccorso.

RISULTATI:

I risultati dal periodo che va dal 23/03/2011 fino al 26/06/2012 sono che 25 donne con minori a carico accedono in Pronto Soccorso, hanno età media di 36 anni.

-24 di queste sono arrivate in Pronto Soccorso con motivazione di Violenza, tra cui 12 hanno già avuto precedenti accessi, anche più di uno.

-successivamente 22 si sono presentate al colloquio al centro di Diagnostica del Bambino Maltrattato, ne perdiamo una fetta molto importante;

-la nazionalità delle donne varia molto, una percentuale alta è straniera ma 7 donne sono Italiane;

-al momento del Triage a 14 donne viene assegnato codice bianco, ad 8 verde, 2 gialli e uno rosso, un codice verde da esito di ricovero, e sette donne accedono al Ps in ambulanza, da qui possiamo dedurre la mancanza di rete informale per queste donne;

-tutte e 25 le donne hanno subito una violenza fisica, 9 di queste ha subito oltre la violenza fisica anche la psicologica e una donna ha subito oltre alla violenza fisica, psicologica anche quella sessuale costretta dal proprio partner ad avere dei rapporti sessuali contro la sua volontà., da qui deduciamo che la violenza ha varie modalità che si mescolano tra di loro con dinamiche miste;

-quasi tutte le donne riportano lesioni al volto, elemento molto importante perchè evidente e frequente di facile identificazione anche in sede di triage, seguono gli arti superiori, busto ed infine gli arti inferiori;

-infine si è riscontrato che i giorni di prognosi in tutti i casi sono inferiori a 20 tranne in un solo caso che è superiore anche se non sempre ho trovato coerenza tra i giorni di prognosi assegnati e la gravità del caso come ad esempio una prognosi di 7 giorni in una donna con contusioni multiple e minaccia d'aborto ed inoltre essendoci in questi casi dei minori che sono anche loro vittime di violenza assistita.

Sette dei rispettivi partner abusano sostanze stupefacenti ed alcol.

PROPOSTA DI SCREENING

Le donne e i figli a carico che subiscono violenza sono visti dai servizi, ricorrono con frequenza, ma ce' un problema nell'identificarli. Questo è dovuto in parte dalla formazione degli operatori e in parte alla difficoltà di occuparsi della violenza.

Una soluzione a questi problemi, come ci propone la letteratura, potrebbe essere l'utilizzo di uno strumento di screening.

Lo strumento proposto, è frutto dell'elaborazione, integrazione e adattamento alla nostra realtà socio-sanitaria e normativo-penale di tutti i vari screening trovati in letteratura come l'Abuse Assesment Screen (AAS) composto da tre domande con risposta chiusa e una piccola mappa del corpo dove assegnare un punteggio; il Woman Abuse Screening Tool (WAST) composto da otto domande a risposta multipla, "l'Hurt, Insult, Threaten and Scream (HITS)" che è composto da quattro domande a risposta Multipla, ed il Partner Violence Screen (PVS), in forma ridotta con 3 domande da adottare nel Pronto Soccorso ed il Radar che è quello che ho utilizzato maggiormente che racchiude un po' tutte le domande ed indicazioni di tutti gli altri screening.

La mia proposta è di utilizzare questo screening sulla popolazione a rischio e non sulla popolazione generale come il Radar, magari affiancato da una mappa del corpo, il tutto da allegare nella cartella infermieristica e clinica.

Sarà mostrato per intero nella facciata seguente.

SCREENING

- A. Utilizzato dai 12 anni in poi in donne che riportano questi elementi di sospetto:
- **CLINICI:** -Lesioni: testa, collo, torso, seno, addome, genitali, lesioni bilaterali o multiple, danni durante la gravidanza.
-Comorbidità: disagio psicologico, depressione, ideazione suicidaria, ansia, disturbi del sonno o dell'alimentazione.
- B. La donna che ha subito una violenza solitamente ha un ritardo nella ricerca delle cure, molte volte hanno sintomi del dolore cronico per la quale non c'è eziologia apparente, il loro partner è eccessivamente protettivo, non lascia stare la donna libera, molto spesso le donne fanno molte visite sanitarie e un fattore di rischio è l'abuso di sostanze stupefacenti.
- C. COSA FARE?
- Atteggiamento: **non giudicare**, poni domande, sottolinea che la violenza è comune a molte donne e che ha gravi conseguenze di salute.
Esempio domande: "C'è qualcuno che vi ha fisicamente o sessualmente fatto del male o spaventato?" "Sei mai stata colpita, presa a calci, pugni dal vostro partner?" "Il tuo compagno prova a controllare tutte le vostre attività ed il denaro?" "Ho notato che hai un certo numero di contusioni, qualcuno ha a che fare con questo?"
 - Documentare: Documentare la descrizione dell'abuso come la paziente l'ha descritta. Utilizzare gli stati del paziente, se si viene a conoscenza del nome dell'assalitore, trascriverlo. Documentare tutti i riferimenti fisici. Utilizzare una mappa del corpo per integrare la documentazione scritta. Fotografare le lesioni se la paziente ne dà il consenso. Quando si tratta di lesioni gravi o di abuso sessuale, che viene rilevato, preservare tutte le prove fisiche. Documentare con un parere se le lesioni erano compatibili con il racconto della paziente.
 - Sicurezza. Prima che la paziente lasci l'ospedale, scoprire se la paziente ha paura di ritornare a casa, se c'è stato un aumento della frequenza o della gravità delle violenze, indagare sulla sicurezza dei figli.
Esempio domande: Ci sono state minacce di omicidio o di suicidio? Ci sono state minacce ai suoi bambini o animali domestici? C'è una pistola o un'altra arma presente in casa?
 - Cosa fare?
-se la prognosi è inferiore a 20 giorni è punibile a querela dell'offeso, che non richiede il referto da parte del medico. La donna può rivolgersi alla stazione di Polizia all'interno dell'ospedale
-se la prognosi è superiore ai 20 giorni ma non ai 40, è procedibile d'ufficio ed il referto è obbligatorio. La donna come nel caso precedente può rivolgersi alla Polizia interna all'ospedale.
Offrirle l'opportunità di effettuare una chiamata da un telefono privato. Se non ha bisogno di assistenza immediata, darle informazioni sulle risorse che offre il territorio come i centri donna, i consultori, i servizi sociali e le comunità.
Se si tratta di un Pronto Soccorso come quello di 3° livello di Padova, che opera in collaborazione con il Centro di Diagnostica del Bambino Maltrattato, fissare subito un appuntamento con la paziente per un incontro, oppure se possibile fissare un colloquio attraverso i servizi sociali o i vari centri antiviolenza.
Se la donna è in pericolo imminente, non può tornare a casa, o se sono in pericolo i figli, avvisare le Forze dell'Ordine che la accompagneranno in una Casa rifugio di pronta accoglienza dove la donna sarà protetta. Se non è possibile per vari motivi, ospitare la donna al Pronto Soccorso in Osservazione affinché si trovi una sistemazione adeguata per la sua sicurezza.
- D. Se la donna non volesse avere nessun tipo di intervento e non volesse essere aiutata e se nega gli abusi, ma hai un forte sospetto che sia avvenuto, documentare la Vostra opinione, farLe sapere che ci sono delle risorse disponibili anche nel territorio, e che in futuro dovrebbe perseguire tali opzioni.

Fornire numeri utili dei Servizi disponibili nel territorio:

TEL. Centro Antiviolenza	TEL Case Protette
TEL Servizi Sociali.	TEL Case Rifugio
TEL Consultorio	

CONCLUSIONI

La descrizione dei casi seguiti nel Pronto Soccorso dimostra che i casi riconosciuti come tali rappresentano la punta dell'iceberg dei casi esistenti, 25 donne su una popolazione di circa 22000 solo a Padova. Di fatto sono riconosciuti come tali solo le donne che si auto-dichiarano all'accesso in Pronto Soccorso. I casi comunque riscontrati presentano i fattori di rischio riscontrati in letteratura che sono molteplici. Il fattore più importante è quello di aver subito violenze in passato, nell'infanzia e in adolescenza, l'uso di sostanze psicotrope come l'alcool e droghe anche da parte del partner, donne e partner giovani, l'analfabetismo e bassa istruzione, la nazionalità e le donne sposate.

Vista la gravità delle conseguenze di salute che la violenza domestica determina e per più generazioni, è necessario l'intervento esterno dei servizi socio-sanitari che si occupano dell'attività di diagnosi e di presa in carico dell'assistito come il Centro di Diagnostica del Bambino Maltrattato si occupa della diagnosi, poi esistono i Centri Provinciali per la presa in carico completa e strutture per minori di tipo socio assistenziale. Per le donne esistono strutture di accoglienza anche immediata e anonima dette "Case Rifugio" su tutto il territorio regionale, inoltre esistono molti centri diurni, centri antiviolenza, consultori familiari.

La violenza contro le donne e le bambine è una piaga globale che continua a uccidere, torturare e mutilare, sia fisicamente, sia psicologicamente, sessualmente ed economicamente.

La violenza esiste in tutti i paesi, attraversa tutte le culture, le classi, le etnie, i livelli di istruzione, di reddito e tutte le fasce di età.

Se da una parte le conseguenze della violenza fisica sono più "visibili" delle ferite psicologiche, dall'altra forme di violenza come le ripetute umiliazioni e i continui insulti, l'isolamento forzoso, le limitazioni della mobilità sociale, le costanti minacce di violenza e di percosse, la privazione di risorse economiche proprie, sono più sottili ed insidiose.

La natura intangibile di queste forme di violenza le rende più difficili da definire e da denunciare, e spesso la donna viene portata a una situazione di instabilità ed impotenza mentale.

L'individuazione delle dimensioni del fenomeno viene inoltre ostacolata dal fatto che la violenza domestica è un reato che non viene documentato o denunciato.

Quando le donne sporgono una denuncia o si fanno medicare, si trovano spesso ad avere a che fare con funzionari del servizio sanitario che non hanno una formazione che li metta in grado di rispondere adeguatamente o di registrare i casi in modo utile per la ricerca. D'altra parte, la vergogna, la paura di subire rappresaglie, la mancanza di informazione sui propri diritti, la scarsa fiducia nel sistema giuridico, o la paura di esso, nonché i costi legali implicati, rendono le donne riluttanti a riferire incidenti di violenza.

È necessaria la formazione degli operatori del sistema sanitario per diffondere le capacità di diagnosi precoce e di identificazione delle donne che subiscono violenze in casa. Questa formazione dovrebbe, per quanto possibile, essere integrata nei programmi di formazione esistenti invece che essere creata come programma separato, soprattutto con particolari protocolli.

Il Pronto Soccorso è il luogo fondamentale di diagnosi di violenza domestica, per questo l'infermiere del Pronto Soccorso è una figura di rilevante importanza. Deve fornire sostegno fisico, psicologico ed emotivo, comprendendo la complessità della violenza domestica, valutando i bisogni della donna, riconoscendo gli effetti sulla salute, migliorando la sicurezza della paziente ed infine divulgando informazioni utili sulla violenza e su come riconoscere gli abusi.

La possibilità di utilizzare uno screening potrebbe essere un buon punto di partenza per far emergere tutte quelle donne che hanno subito una violenza ma che non si auto-dichiarano, facendo emergere il sommerso.

Sara Strumendo

Per contatti: -e-mail:nebraska88hotmail.it