

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

**CORSO DI LAUREA IN CURE INFERMIERISTICHE
ANNO 2022-2023**

**IL NURSING NELLA VIOLENZA DI GENERE: RICONOSCERE E ASSISTERE LA
DONNA CHE SUBISCE VIOLENZA DOMESTICA E SI PRESENTA AL PRONTO
SOCCORSO**

**Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)**

**di
Alessia Renda**

**Direttrice di tesi: Sofia Barca
Manno, 15.01.2023**

*La vittima è sempre la stessa: la donna.
Cambiano nomi e volti, non la preda, non il movente.
E' l'ininterrotta linea sacrificale in cui il maschio,
aggressivo e insicuro di sé, timoroso di perdere il suo potere,
macchia di sangue l'orizzonte.
(Fabrizio Caramagna)*

ABSTRACT

Background: La violenza domestica è un problema di sanità pubblica, le donne che la subiscono, si rivolgono ai servizi sanitari per ricevere cure alle lesioni fisiche. Al fine di riconoscere la situazione di violenza ed offrire anche un supporto psicologico, bisogna essere a conoscenza e saper utilizzare i test di screening validi e adattare il proprio comportamento alla situazione acuta.

Obiettivo: l'obiettivo di questo lavoro è quello di conoscere il percorso della donna dal momento che subisce violenza domestica, quali sono le risorse che l'infermiere può mettere in atto per identificare una situazione di abuso, con efficacia di strumenti validi.

Metodologia: è stata eseguita una revisione della letteratura, con articoli che vanno dal 2000 fino al 2022. Vengono prese in considerazione unicamente pazienti di sesso femminile e analizzati studi su équipe infermieristiche e studenti che frequentano la scuola di infermieri.

Le banche dati che sono state utilizzate sono: PubMed, CHINAL, Google Scholar ed EBSCO.

Risultati: gli argomenti principali rilevati dall'analisi degli articoli sono la presenza di ostacoli nella relazione tra paziente e infermiere, impatto che possa avere il comportamento degli operatori sanitari e l'importanza della formazione.

Conclusioni: la figura dell'infermiere è essenziale per sviluppare un'assistenza di qualità. L'atteggiamento da assumere per favorire un percorso in cui la donna possa esprimersi liberamente e che si senta al sicuro, deve essere empatico, senza giudizio, comprensivo. È necessario sviluppare le proprie conoscenze ed aggiornarsi.

Keywords: *“Domestic violence”, “Identification of domestic violence”, “Emergency Room”, “Emergency Department”, “Screening”, “Violence”, “Nursing”, “Student of Nursing”, “Nurse”, “Nurse care”*

INDICE

INTRODUZIONE	5
MOTIVAZIONE	6
1. LA VIOLENZA E LE SUE FORME	7
1.1 DEFINIZIONE DI VIOLENZA DOMESTICA	7
1.2 DEFINIZIONE DI VIOLENZA DI GENERE	7
1.3 TIPI DI VIOLENZA	8
1.4 CICLI DELLA VIOLENZA.....	10
1.5 FATTORI DI RISCHIO	13
1.6 INCIDENZA E DATI NAZIONALI.....	15
1.7 CONVENZIONE DI ISTANBUL	16
1.8 LEGISLAZIONE IN SVIZZERA.....	19
1.9 PIANO D'AZIONE CANTONALE SULLA VIOLENZA DOMESTICA	21
1.9.1 LE MISURE D'INTERVENTO CANTONALI	21
2. INDICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA	22
2.1 CODICE ROSA	23
2.2 ACCOGLIENZA IN PRONTO SOCCORSO DELLA VITTIMA.....	25
2.3 CONSEGUENZA DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE DELLA DONNA	25
3. METODOLOGIA DELLA RICERCA: REVISIONE DELLA LETTERATURA	27
3.1 DOMANDA DI RICERCA E PICO	28
3.2 OBIETTIVI DELLA RICERCA	29
3.3 TAPPE DELLA RICERCA (CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE)	29
ANALISI DEGLI ARTICOLI	30
ANALISI DEI RISULTATI	56
IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	61
RICERCA FUTURA	63
CONCLUSIONI	64
RINGRAZIAMENTI	65
BIBLIOGRAFIA	66
ALLEGATI	70

INTRODUZIONE

Le donne che hanno subito un'aggressione fisica o sessuale, nell'infanzia o nell'età adulta, usano i servizi sanitari con maggiore frequenza rispetto a quelle che non ne sono state vittime. In media, le vittime di abuso subiscono nel corso della loro vita interventi chirurgici, visite mediche, degenze ospedaliere, utilizzo di farmaci e consulti di salute mentale in quantità superiore rispetto a chi non ha subito abusi (OMS, 2002, ONDA, La salute della donna, 2010). In particolare la violenza subita dalla donna, per mano di un uomo è un argomento che riguarda per certo la professione infermieristica (Sabatino, 2011). L'interesse per questo tema, dovrebbe essere alto, non solo per la condizione di vulnerabilità in cui si trova la donna, che riguarda la sfera bio-psico-sociale-culturale e spirituale, ma anche per i bisogni insoddisfatti di salute che nascono (Sabatino, 2011).

L'obiettivo personale di questa ricerca è di conoscere e capire i metodi, nonché i primi comportamenti da attuare in situazioni dove è presente la violenza e di conseguenza un forte disagio. Essere in grado, quindi, di attuare interventi e cure di qualità verso la persona, che si trova in una situazione di vulnerabilità.

Sentir parlare di violenza è all'ordine del giorno. Si parla di violenza sui bambini, violenza degli uomini sulle donne, delle donne sugli uomini. Secondo il sito dell'Ufficio Federale per l'uguaglianza fra donna e uomo (UFU) svizzero. Alcune cifre affermano che ogni due settimane una persona muore a causa della violenza domestica; in media 25 l'anno, tra cui quattro bambini (2009-2021), ogni settimana la polizia registra un tentato omicidio (in media 50 l'anno), nel 2009-2021, 686 donne (62,2%), 306 uomini (25,3%) e 124 bambini (12,5%) sono stati vittima di omicidi o tentati omicidi. Tra il 2009 e il 2021 sono stati commessi 329 omicidi. Il 74,8% delle vittime sono donne e ragazze, il 25,2% sono uomini e ragazzi.

Questo lavoro di ricerca si concentrerà in particolar modo, sulle donne che subiscono violenza. Sull'assistenza infermieristica, nelle prime corsie d'emergenza, dal primo incontro a tutto quello che viene dopo. Riconoscere il ruolo del curante, per chi ha subito una violenza. Dall'ascolto, alla comunicazione, all'instaurazione della relazione terapeutica. È importante creare un percorso di cura che porti la persona che subisce violenza a sentirsi sicura e di conoscere la rete presente sul territorio, in grado di aiutarla e supportarla.

Secondo quanto riportato dall'OMS, viene affermato che, la violenza contro le donne è un problema di salute pubblica ed una priorità nel campo dei bisogni di salute della collettività: una delle forme più comuni di violenza contro le donne è rappresentata da quella perpetrata dal marito o dal partner. Si tratta di una situazione decisamente contraria rispetto a quanto accade agli uomini, i quali solitamente sono attaccati da uno sconosciuto o da un conoscente piuttosto che da qualcuno che appartiene alla sfera delle relazioni più strette. Sebbene le donne possano essere violente nelle relazioni con gli uomini, e la violenza si ritrovi talvolta nelle relazioni con partner dello stesso sesso, l'insopportabile carico della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne per mano degli uomini (OMS 2004: 121).

È importante conoscere il modo in cui sono collegati e dialogano, non sempre capendosi: i servizi sociosanitari, le forze dell'ordine, il mondo della ricerca, la scuola, le associazioni, i centri antiviolenza, i medici, gli psicologi; ciò che a volte impedisce la comprensione, sono ragioni oggettive, le differenze di approcci, di priorità, di linguaggio, dei pregiudizi oppure di chiusura l'uno verso l'altro (Romito & Melano, 2013).

MOTIVAZIONE

La violenza domestica è un tema di attualità, che porta con sé grandi tabù.

È un argomento del quale mi sono sempre interessata, seguito storie di donne maltrattate attraverso le piattaforme come la televisione, i giornali, i social e articoli.

Quasi tutte le donne che conosco almeno una volta sono state maltrattate da uomini. Mi è capitato di vedere donne, che sono state picchiate, altre hanno subito stalking, alcune manipolate da uomini che le hanno fatte sentire annullate, alcune le ho viste impotenti accanto al proprio aggressore, le ho viste piangere, le ho viste ridere per mascherare tutto quello che succedeva a casa, ho visto lividi, ho visto calci e pugni, ho sentito grida, ho visto oggetti spaccarsi, andare in frantumi. Ho visto la speranza andare via dagli occhi, ho percepito la disperazione, ma ho sentito anche la forza, di donne che si sono rialzate per combattere, che hanno iniziato a riconoscere il proprio valore ed hanno preso in mano la propria vita. La loro sofferenza è diventata anche la mia, per questo mi sento vicina a tutte le donne che non hanno ancora trovato la loro voce, che si vergognano, che subiscono, che piangono in silenzio, che hanno perso la propria libertà e non hanno il coraggio di chiedere aiuto.

Chi subisce delle lesioni necessita l'aiuto del personale sanitario per ricevere delle cure. Non mi sono mai confrontata durante la mia pratica lavorativa della gestione di una situazione in cui la paziente era vittima di violenza domestica. Da qui nasce la mia curiosità di sapere come viene gestita una situazione simile in ospedale e il ruolo che ha l'infermiere, in quanto una delle figure sempre presenti per il paziente durante la degenza in ospedale.

Inoltre, un tema ricorrente quando si parla di violenza è quello della prevenzione, per questo potrebbe essere un tema di rilevanza nella pratica clinica. L'infermiere possiede delle competenze specifiche a cui può fare riferimento, uno tra i più rilevanti in associazione a questo tema è quello di promotore della salute: nel ruolo di promotori della salute, gli infermieri *“indirizzano individui e gruppi verso l'assistenza sanitaria e li consigliano sul suo utilizzo. A tal fine fanno capo a principi e conoscenze infermieristiche e interprofessionali”* (FKG-CSS, 2021).

Le conseguenze dei maltrattamenti ripetuti oltre che a toccare la salute e il benessere della singola persona, condizionano l'equilibrio e la serenità di intere società. («Quaderni di sanità pubblica OMS (Parte prima)», n.d.).

1. La violenza e le sue forme

1.1 Definizione di violenza domestica

La violenza domestica si riferisce ad un tipo di violenza commessa contro le donne da una persona intima, come fratelli, zii, figli, mariti, fidanzati, padri, suoceri o altri membri della famiglia, con un maltrattamento continuo che può avvenire sia dentro che fuori le mura di casa (Canu, 2008).

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale Della Sanità) è definita come "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione" (OMS, 2002). Ogni anno, oltre 1.6 milioni di persone perdono la propria vita a causa della violenza (OMS, 2002). La violenza domestica è trasversale, esiste in tutti i paesi, attraversa tutte le culture, le classi sociali, le etnie, i livelli di istruzione, di reddito e le fasce di età (Canu, 2008). Dal rapporto mondiale sulla violenza e salute pubblicato il 3 ottobre 2002 dall'OMS emerge che il fenomeno della violenza domestica è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale (Canu, 2008).

Quando una donna subisce violenza domestica manifesta condizioni psicologiche acute, come il Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) e lo stress acuto, mentre a lungo termine si possono osservare stati di depressione, stati ansiosi generali, disturbi del comportamento alimentare, PTS e somatizzazioni (Filocamo et al., 2009).

La violenza inoltre causa un peggioramento delle condizioni sociali e lavorative della donna (Filocamo et al., 2009).

1.2 Definizione di violenza di genere

"La Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne" elaborata nel 1993, in seguito ad una pressione da parte del movimento femminista nella Conferenza di Vienna sui diritti umani (AIDOS, n.d). *Definendola, come: "Ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata"* (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1993).

Secondo l'articolo 2 della Dichiarazione fa parte della violenza contro le donne:

1. *La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in famiglia, incluse le percosse, l'abuso sessuale delle bambine nel luogo domestico, la violenza legata alla dote, lo stupro da parte del marito, le mutilazioni dei genitali femminili e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza non maritale e la violenza legato allo sfruttamento;*
2. *La violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene all'interno della comunità nel suo complesso, incluso lo stupro, l'abuso sessuale, la molestia sessuale e l'intimidazione sul posto di lavoro, negli istituti educativi e altrove, il traffico delle donne e la prostituzione;*

3. *La violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o condotta dallo Stato, ovunque essa accada (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1993).*

Fase	Tipo di violenza
Prenatale	Aborti selettivi per sesso, percosse durante la gravidanza, gravidanza forzata (stupro di guerra, etnico)
Prima infanzia	Infanticidio femminile, abusi emotivi e fisici, differenze nell'accesso al cibo e all'assistenza medica
Infanzia	Mutilazioni dei genitali, incesto e abuso sessuale, differenze nell'accesso a cibo, assistenza medica e istruzione; prostituzione infantile
Adolescenza	Violenze durante il corteggiamento, rapporti sessuali sotto coercizione economica, abusi sessuali sul posto di lavoro, stupro, molestie sessuali, prostituzione forzata
Età riproduttiva	Abusi sulle donne da parte del partner, stupro coniugale, abusi e omicidi per dote, assassinio per mano del partner, abusi psicologici, abusi sessuali sul luogo di lavoro, molestie sessuali, stupro, abuso di donne disabili
Vecchiaia	Abusi sulle vedove, abusi sugli anziani (che riguardano per lo più donne)

Fonte: Heise, L., *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, World Bank Discussion Paper, The World Bank, Washington, DC 1994.

Fig 1. *La violenza di genere nell'arco della vita di una donna (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1993).*

1.3 Tipi di violenza

Esistono diverse definizioni sui diversi tipi di violenza, secondo l'OMS, ne esistono poche e nessuna è completa: violenza autoinflitta, violenza interpersonale e violenza collettiva.

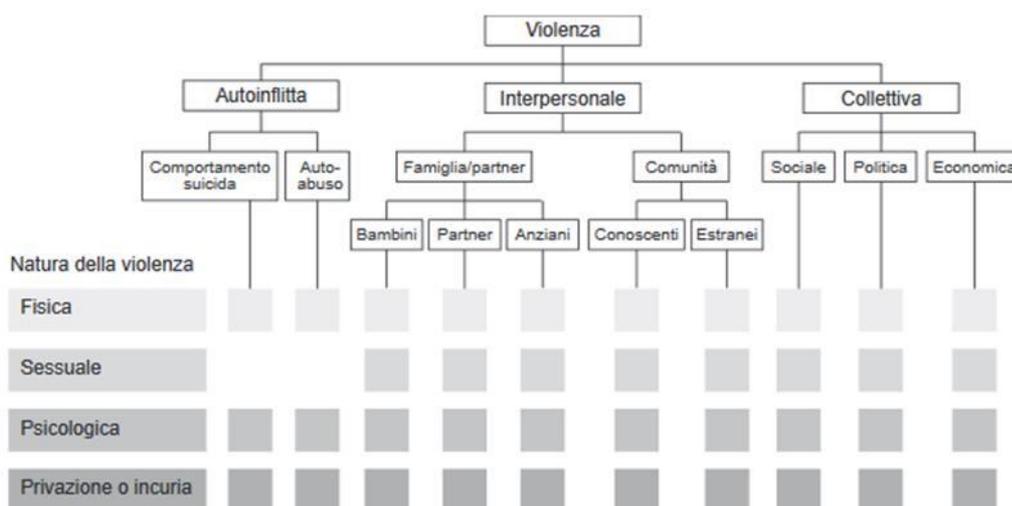


Figura 2. "Quaderni di sanità pubblica" (OMS, 2002 p. 23).

Da queste tre grandi categorie: violenza autoinflitta, violenza interpersonale e violenza collettiva, avviene un'ulteriore suddivisione, come riportato dalla figura ripresa dai

“Quaderni di sanità pubblica”, divulgati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002.

Analizzando lo schema possiamo definire i vari tipi di violenza:

La violenza autoinflitta si riferisce all’adozione di comportamenti violenti contro sé stessi (OMS, 2002).

La violenza interpersonale integra tutti gli atti violenti inflitti da un individuo o da un gruppo ad un’altra persona o gruppo; inoltre viene suddivisa per violenza in comunità o familiare del partner (OMS, 2002).

Si parla di violenza in comunità quando gli atti avvengono tra persone che non fanno parte dello stesso nucleo familiare e questi atti avvengono fuori dalle mura domestiche e gli individui possono conoscersi come non conoscersi (OMS, 2002).

La violenza familiare/partner comprende atti violenti che si consumano tra i membri della stessa famiglia. Si può consumare tra le mura domestiche, ma non esclusivamente. I comportamenti violenti sono rivolti soprattutto a bambini, partner e anziani (OMS, 2002).

Quando si parla di violenza all’interno della coppia vengono presi in considerazione tutti i comportamenti che provocano un danno: fisico, psicologico o sessuale (OMS, 2002). Tra le diverse tipologie di violenza domestica possiamo trovare:

Violenza fisica: gli atti violenti che comportano l’uso della forza, come tirare i capelli, torcere le braccia, dare pugni, calci, pizzichi, colpire con oggetti, strangolare (Canu, 2008). La gravità delle conseguenze, ovvero lesioni fisiche come escoriazioni, ossatura rotta, escoriazioni, lesioni permanenti e nei casi più gravi la morte (Canu, 2008). La violenza fisica si può manifestare anche in modo indiretto come torturando un animale di casa o malmenando un figlio (Canu, 2008). Un gesto che è preannunciato ma non compiuto ha un effetto pari alla vera percossa (Canu, 2008).

Se la donna reagisce alla violenza psicologica interviene quella fisica. Il fine di dare i colpi è quello di segnare il corpo della donna e umiliarla completamente (Canu, 2008).

Violenza psicologica: che include aggressioni verbali, minacce, intimidazioni, umiliazioni, molestie, dunque quei tipi di comportamenti che possono portare ad un danneggiamento per quanto riguarda identità ed autostima (Canu, 2008). Ciò che caratterizza la violenza psicologica sono: il controllo, l’isolamento, la gelosia patologica, critiche avvilenti, umiliazioni, intimidazioni, minacce, stalking che è una messa in atto di una serie di comportamenti ripetuti ad intrusivi di sorveglianza e controllo (Canu, 2008).

Violenza sessuale: inteso come un qualsiasi atto sessuale imposto che avviene contro la volontà (Canu, 2008). Essa non ha niente a che vedere con il desiderio, ma un modo per dominare l’altra persona (Canu, 2008). Battute e le prese in giro a sfondo sessuale, telefonate oscene e proposte insistenti di rapporti sessuali, non ché palpeggiamenti e toccamenti a sfondo sessuale sono parte di questo gruppo (Creazzo et al., 1999).

Violenza economica: vale a dire la messa in atto di comportamenti che possono generare una dipendenza economica o vengono imposti degli impegni economici non voluti, per assicurarsi di mantenere un potere finanziario, l’uomo decide di visionare tutti i conti, non dare alla compagna abbastanza denaro o darle poco facendo delle osservazioni che possono portare al senso di colpa (Canu, 2008).

Violenza spirituale: il compagno costringe la donna con comportamenti violenti a compiere azioni contrarie ai valori in cui crede o a non rispettare le pratiche religiose prescritte (Canu, 2008).

1.4 Cicli della violenza

Nella maggioranza dei casi la violenza prende una forma ciclica, in cui chi aggredisce alterna momenti in cui esprime dolcezza e momenti in cui si sviluppano maltrattamenti, questa è una delle ragioni per la quale la donna molto spesso non riesce ad uscire dalla relazione.

È stata sviluppata da Walker (1979) la teoria del ciclo della violenza (cycle of abuse), questo modello descrive il processo di evoluzione della violenza che viene osservato in modo frequente nei rapporti di coppia (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo UFU», s.d.).

Il ciclo della violenza è da intendersi come *“il progressivo e rovinoso vortice in cui la donna viene inghiottita dalla violenza continuativa, sistematica, e quindi ciclica, da parte del partner”* (Walker, 1979).

Esso comprende quattro fasi: accumulo di tensione, esplosione della violenza (fisica e sessuale), pentimento, riconciliazione e calma (UFU, 2020).



Fig. 3- Ciclo di violenza (UFU, 2020).

La fase di tensione è legata a preoccupazioni o difficoltà che si presentano nel quotidiano, durante questa fase la violenza si riconosce da mimiche con silenzi ostili, atteggiamenti come occhiatecce, timbro di voce che può essere irritato, tutto quello che fa il partner dà fastidio (Canu, 2008). La donna vive in una condizione di progressivo isolamento fisico e relazionale che la porta a non frequentare più, parenti, amici e conoscenti (Grifoni, 2013). Qui comincia la denigrazione psicologica (insulti, umiliazioni, urla ecc.) e le minacce di utilizzare la violenza (Romito & Melato, 2017).

La fase di espressione della violenza, in cui lui dà l'impressione di perdere il controllo di sé stesso, insulta, urla, minaccia, rompere oggetti e aggredire fisicamente la propria compagna (Canu, 2008). In queste circostanze la donna subisce un forte shock che potrebbe indurla a pensare di lasciare il partner (Romito & Melato, 2017).

La fase di scuse in cui è presente un pentimento in cui l'uomo prova a cancellare o minimizzare il proprio comportamento, cerca di trovare una spiegazione in grado di discolparlo, molto spesso la colpa viene data alla compagna o si giustifica con motivazioni esterne come lavoro, alcol, ira (Canu, 2008). La funzione principale di questa fase è di far sentire in colpa la donna, così da dimenticare la collera del partner (Canu, 2008).

La fase di riconciliazione o luna di miele in cui il partner si dimostra affettuoso, premuroso, innamorato, fa dei regali, compra fiori alla compagna (Canu, 2008). In questo momento l'uomo ha paura di essere lasciato per davvero dalla propria compagna, infatti è la paura dell'abbandono che lo porta a cambiamento momentaneo (Canu, 2008). In questa fase molte donne nella speranza che il partner possa migliorare, revocano richieste di separazione o ritraggono testimonianze (es. in un procedimento penale).

Se nessuno dei due all'interno della coppia cerca aiuto, avviano piano piano la fase di crescita delle tensioni, un'altra situazione di qualsiasi tipo porta ad una successiva escalation permettendo alla spirale di violenza di iniziare nuovamente. Il ciclo dei maltrattamenti può essere fermato solo con un intervento e sostegni esterni («Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo UFU», s.d.).

In seguito il modello della Walker è stato ripreso e ne è stato ampliato il concetto attraverso l'elaborazione di un nuovo schema attraverso la "ruota del potere e controllo" elaborata da un gruppo di donne che subivano maltrattamenti e da operatrici dei centri di violenza del Minnesota (Forti, 2019). Questo modello ha un vantaggio interpretativo che è la sua portata globale, ha consentito di mostrare le peculiarità legate allo specifico caso, le modalità attraverso le quali viene messa in atto la violenza (Forti, 2019).



Fig. 4 – La ruota del potere e del controllo di Pence e Paymar (Pence e Paymar, 1993)

Una strategia di atteggiamento per chi agisce attraverso comportamenti abusivi è dunque il maltrattamento, con il fine di ottenere controllo e potere sulla compagna, svalutandola e sopraffaccendola (Forti, 2019).

Importante è comprendere la differenza di un conflitto coniugale e maltrattamento.

Per poter parlare di violenza si devono verificare questi tre elementi (Novara, 2011):

- *un danno irreversibile, sia fisico che psicologico, frutto di un atto intenzionale*
- *l'identificazione del problema con la persona e, quindi, eliminazione della persona-problema*
- *la risoluzione unilaterale del problema*

La violenza è dunque un atto volto all'eliminazione della relazione (Novara, 2011).

Si è nell'ambito del conflitto quando è presente (Novara, 2011):

- *contrasto, contrarietà, divergenza, opposizione, resistenza critica (senza danno irreversibile)*
- *intenzione di affrontare il problema (conflitto) mantenendo il rapporto*
- *sviluppo della relazione anche se faticosa e problematica*

Il conflitto fa riferimento ad un contesto di relazione in cui c'è un disaccordo su delle questioni importanti (Novara, 2011). A differenza della violenza, il conflitto permette lo sviluppo di una relazione non per forza buona, ma semplicemente ben gestita (Novara, 2011).

1.5 Fattori di rischio

Esistono molteplici fattori complessi e interconnessi che possono essere sia di natura istituzionale che di natura sociale o culturale in cui vengono mantenute le donne in una situazione di vulnerabilità di fronte alla violenza (Canu, 2008).

Tra le cause possiamo fare riferimento alla mancata parità tra i sessi, quindi disuguaglianza tra uomini e donne, che continua ad esserci nella nostra società, interessi economici diversi, differenti ruoli culturalmente affermate (Canu, 2008).

Culturali	<ul style="list-style-type: none">• Socializzazione separata per i sessi• Definizioni culturali dei ruoli sessuali appropriati• Attribuzione dei ruoli nella relazione• Idea inerente superiorità dei maschi• Sistema di valori che conferisce agli uomini il diritto di proprietà su donne e bambine• Concezione della famiglia come sfera privata assoggettata al controllo dell'uomo• Ammissibilità alla violenza come modalità di risoluzione dei conflitti
Economiche	<ul style="list-style-type: none">• Dipendenza economica delle donne e dagli uomini• Restrizioni di accesso al denaro o al credito• Leggi discriminatorie per l'eredità, il diritto della proprietà, uso delle terre comuni e il mantenimento in seguito a divorzio o vedovanza• Restrizioni di accesso all'occupazione sia nel settore formale che in quello informale• Restrizioni di accesso per le donne all'istruzione e alla formazione
Giuridiche	<ul style="list-style-type: none">• Stato giuridico inferiore delle donne, secondo la legge scritta oppure quella consuetudinaria• Leggi sul divorzio, affidamento dei figli, conservazione o eredità dei patrimoni• Definizioni legali dello stupro e dei maltrattamenti domestici• Basso tasso di alfabetizzazione legale tra le donne• Brutalità del trattamento di donne e bambine da parte della polizia e magistratura

Politiche	<ul style="list-style-type: none"> • Sotto presenza delle donne al potere, nella politica, nei messi di informazione e nelle professioni mediche e giuridiche • La violenza domestica non viene presa sul serio • Concezione della famiglia come dimensione privata al di fuori del controllo dello Stato • Rischio di mettere in discussione lo status quo oppure leggi religiose • Scarso livello di organizzazione delle donne in quanto forza politica • Scarsa partecipazione delle donne nei sistemi politici organizzati
-----------	---

(Heise, 1994)

Esistono vari approcci alla valutazione del rischio: come il sistema SARA, l'approccio spagnolo e britannico, rendono evidente come questo fenomeno nella sua grande complessità possa essere affrontato solo attraverso diversi saperi e ruoli (Forti, 2019). Il sistema SARA (Spousal Assault Risk Assessment), mette in evidenza la necessità di applicare un'analisi multidisciplinare e focale che preveda l'utilizzo di strumenti di valutazione, letture ed un linguaggio comuni (Forti, 2019)

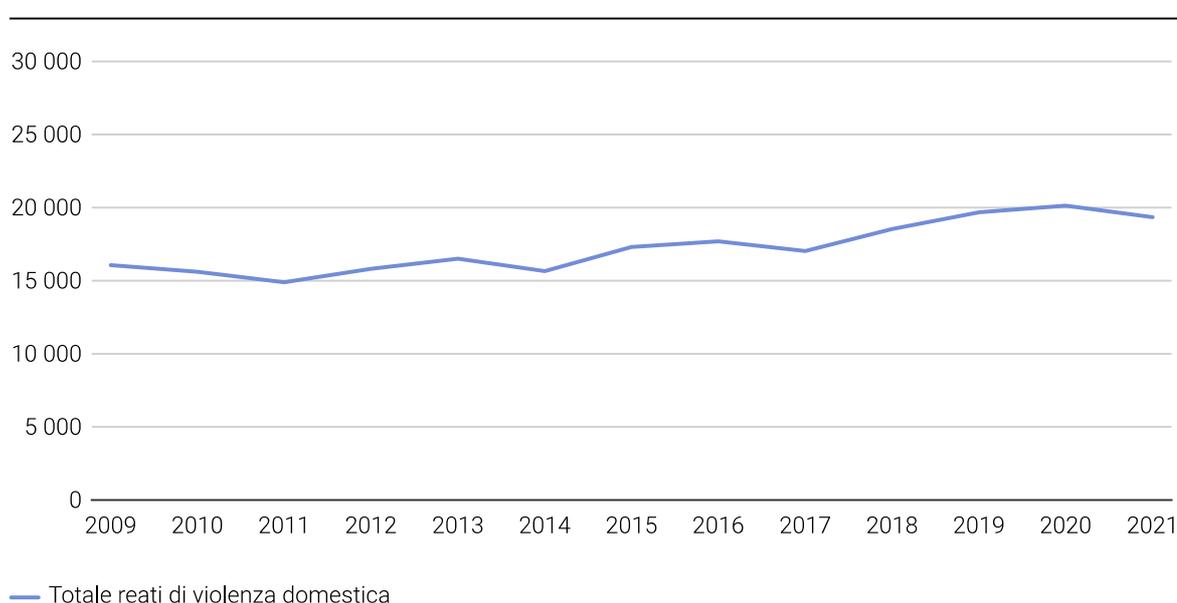
1.6 Incidenza e dati nazionali

In Svizzera è la Statistica Criminale della polizia (SCP) sottogruppo dell'Ufficio federale di statistica (UST), che si occupa di formulare delle statistiche, per raccogliere dati, si basano sulle denunce sposte e ne rilevano i reati registrati dalla polizia e informazioni sulle persone accusate o danneggiate. Per la SCP la violenza domestica viene definita come la minaccia o manifestazione di comportamenti violenti tra genitori, coppia, figli o persone che hanno un altro legame di parentela.

Dal sito dell'Ufficio federale di statistica emerge che nel 2021 sono stati registrati 9 341 reati di violenza domestica (2020: 20 124), pari ad una diminuzione del 3,9% rispetto all'anno precedente (-783 reati).

Violenza domestica: evoluzione dei reati registrati dalla polizia

Total generale dei reati



Il forte aumento dei reati nel 2015 è da ricondurre nella misura di circa il 40% a una modifica intervenuta nel sistema informativo del Cantone di Zurigo.

Fonte: UST – Statistica criminale di polizia (SCP)

© UST 2022

Fig. 5 Reati di violenza registrati dalla polizia nella sfera domestica (UST, 2022)

Dalle statistiche nazionali pubblicate dall' Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo UFU, nell'aprile del 2022 emergono dati sulla violenza domestica registrata dalla polizia e le vittime di violenza.

- Nel 2021, i reati registrati come violenza domestica sono stati 19 341, inclusi 69 omicidi tentati o consumati. I delitti più frequenti sono le vie di fatto (6434), le minacce (4055) e le lesioni semplici (2028). 393 episodi sono stati censiti come atti sessuali con fanciulli.

- Circa il 40% di tutti i reati registrati dalla polizia è classificato come violenza domestica e per alcuni delitti come gli omicidi consumati, le vie di fatto ai sensi dell'articolo 126 CP e le violenze carnali questa quota è nettamente superiore (nel 2019 si attestava rispettivamente al 63, al 46 e al 42 %).
- Circa la metà dei reati registrati dalla polizia nell'ambito domestico avviene tra partner attuali (2021: 47,8 %). Seguono i reati tra ex partner (24,6%), quelli tra genitori e figlia o figlio (18,1%) e quelli tra persone con un altro legame di parentela (9,5 %).
- La violenza tra partner attuali o ex partner si verifica in gran parte nelle coppie eterosessuali. In meno dell'1% di tutti i reati di violenza tra partner, la persona danneggiata e quella accusata sono entrambe donne o entrambe uomini.
- Le vittime di violenza domestica registrate sono molto più spesso donne (2021: 70,1%) che uomini. La differenza è notevole soprattutto nella violenza tra partner (partner attuali: 74,5 %, ex partner: 77,1%), mentre nella violenza tra genitori e figlia o figlio, e nella violenza tra persone con un altro legame di parentela la quota di vittime uomini si attesta rispettivamente al 43 e al 43,2%.
- Tra il 2009 e il 2021, la ripartizione delle vittime in fasce di età è stata relativamente stabile. Nel 2019, il 15 % delle persone danneggiate aveva meno di 18 anni e il 6%ne aveva più di 60. Le fasce di età dei 18–34enni (2021: 35 %) e dei 35–59enni (43 %) sono le più toccate.
- Nel 2021, le vittime di violenza domestica registrate dalla polizia sono state complessivamente 11 508. Nell'arco di 5 anni, il 15% di queste persone è stato censito più volte come vittima di violenza domestica (UST– SCP, 2013–2017).

1.7 Convenzione di Istanbul

La Convenzione di Istanbul è una strategia elaborata e adottata dal Consiglio d'Europa per la prevenzione e lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Consiglio d'Europa, 2019). Essa ha ricevuto un importante sostegno da parte di autorità nazionali, da quando è stata aperta alla sua firma nel 2011. Ha ricevuto sostegno da organizzazioni di difesa dei diritti umani, dai cittadini, dai parlamenti, dai media, dal mondo accademico e ha ricevuto dei premi per il contributo alla protezione delle donne e delle ragazze contro la violenza (Consiglio d'Europa, 2019). I beneficiari della Convenzione di Istanbul sono le donne, in quanto essa cerca di affrontare le forme di violenza subite come mutilazioni genitali femminili o l'aborto forzato, violenza domestica, matrimonio forzato, sterilizzazione forzata, stupro e altre forme di violenza sessuale, molestie sessuali o stalking (Consiglio d'Europa, 2019). Inoltre, le parti alla Convenzione sono incoraggiate ad essere estese a tutte le persone a rischio o vittime di violenza domestica, bambini e anziani e uomini dato che non è da dimenticare che anch'essi subiscono alcune forme di violenza che sono contemplate dalla Convenzione, anche se meno di frequente (Consiglio d'Europa, 2019)

L'approccio delle 4P della Convenzione di Istanbul:

- Prevenzione
- Protezione
- Procedimenti penali
- Politiche integrate

La Convenzione di Istanbul, è entrata in vigore nel 2014, chiede ai governi che l'hanno ratificata di adottare delle misure per combattere tutte le forme di violenza contro le donne, aiutare le vittime e garantire la giustizia (Consiglio d'Europa, 2019).

L'elaborazione di una convenzione contiene una serie di norme che vincolano giuridicamente una maggiore protezione e un ulteriore aiuto (Consiglio d'Europa, 2019). Si ritiene un passo in avanti verso una risposta globale e armonizzata per garantire alle donne una vita libera dalla violenza (Consiglio d'Europa, 2019).

Grazie alla Convenzione di Istanbul, in Svizzera è stata innescata una nuova dinamica: la lotta contro la violenza domestica e la violenza contro le donne è diventata uno dei temi al centro di dibattiti politici (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d). Nel programma di legislatura 2019-2023 il Consiglio federale ha definito la lotta contro la violenza di genere come uno dei campi d'azione centrali della Strategia nazionale per la parità tra donne e uomini 2030 (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d). Il Parlamento ha deciso di incorporare un piano d'azione nazionale per l'attuazione della Convenzione di Istanbul (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d). Per quanto riguarda la gestione del fenomeno della violenza domestica, i cantoni e la confederazione hanno sottoscritto una Roadmap che prevede delle misure per combatterla, come l'istituzione di un numero di telefono centrale per le vittime (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d). Inoltre nel 2019 è stata attivata una piattaforma che fornisce informazioni e supporto (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d).

La legge federale per migliorare la protezione delle vittime di violenza è in vigore dal 1° luglio 2020 e la disposizione sulla sorveglianza elettronica dei divieti di contatto e di avvicinarsi previsti dal diritto civile è entrata in vigore il 1° gennaio 2022 (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d).

Tutto questo piano di legge viene monitorato da parte del Gruppo indipendente esperti sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Group of experts on action against violence against women and domestic violence, GREVIO), che formulerà delle raccomandazioni sulla base di quello che emergerà dall'esame sul primo rapporto (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, s.d).

Nel piano d'azione elaborato gli obiettivi sono diversi: come promuovere l'uguaglianza tra donne e uomini sensibilizzando la popolazione, dato che spesso la violenza sulle donne parte proprio dalla disuguaglianza tra i due sessi.

Gli obblighi da parte degli Stati ai sensi della convenzione sono diversi. Per esempio i funzionari statali non devono discriminare, torturare, limitare il diritto alla libertà di espressione senza una giustificazione (Consiglio d'Europa, 2019). Le autorità devono astenersi da atti violenti contro le donne (Consiglio d'Europa, 2019). La Convenzione di Istanbul include e integra la norma della dovuta diligenza, che è definita come un obbligo degli Stati di *“prevenire, indagare, punire i responsabili e risarcire le vittime di atti di violenza commessi da soggetti non statali”* (Consiglio d'Europa, 2019).

È necessario riconoscere la violenza quando si verifica. I comportamenti violenti si presentano soprattutto nelle società in cui il comportamento nocivo, stereotipi di genere, pregiudizi, usanze o tradizioni sessiste che incoraggiano o giustificano atteggiamenti che umiliano le donne e vengono trattate come esseri inferiori (Consiglio d'Europa, 2019). La Convenzione di Istanbul, perciò, impone agli Stati di adottare una serie di misure che previene la violenza, protegge le vittime e persegue i colpevoli attraverso delle misure e politiche coordinate (Consiglio d'Europa, 2019).

PREVENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • La promozione al cambiamento di atteggiamenti che giustificano la violenza nei confronti delle donne • La sensibilizzazione dell'opinione pubblica, affinché riconosca la violenza di genere in tutte le sue forme e venga denunciata • L'inserimento nei programmi scolastici a tutti i livelli di istruzione e materiale che vertano la parità al fine di insegnare ai bambini il rispetto reciproco nelle relazioni • Formare dei professionisti che lavorino con le vittime nella prevenzione ed individuazione della violenza • Far in modo di sviluppare dei programmi di trattamento per gli autori di violenza domestica e di reati sessuali, che abbiano il fine di insegnare loro a come rispettare le donne e non assumere comportamenti violenti
PROTEZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Vengano poste esigenze e sicurezza delle vittime • Venga garantito che le vittime sappiano dove e come ottenere aiuto e vengano istituiti servizi di supporto specializzato, che forniscano la loro assistenza medica e consulenza psicologica e legale • Forniscano case rifugio e linee di assistenza telefonica 24 ore su 24, 7 giorni su 7 • Stabilizzando misure urgenti di allontanamento degli autori di violenze del domicilio familiare, nonché ingiunzioni restrittive o ordini di protezione • Vengano protetti e sostenuti i bambini testimoni di violenza all'interno della famiglia
PROCEDIMENTI PENALI	<p>Gli Stati firmatari sono tenuti a perseguire penalmente le varie forme di violenza, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violenza psicologica • Stalking • Violenza sessuale, compreso lo stupro • Molestie sessuali • Matrimonio forzato • Mutilazioni genitali femminili • Aborto forzato e sterilizzazione forzata <p>Inoltre gli Stati sono tenuti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire che queste forme di violenza siano adeguatamente punite • Garantire che la cultura, la religione, le tradizioni o altre

	<p>ragioni personali che non siano accettati a difesa dei comportamenti criminali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire che le vittime e i figli abbiano accesso a delle speciali misure di protezione durante indagini e procedimenti giudiziari • Accettarsi che le forze dell'ordine rispondano immediatamente alle richieste di assistenza e gestiscano le situazioni pericolose e vengano indagate rapidamente
POLITICHE INTEGRATE	<p>Le risposte alla violenza sulle donne e domestica devono essere coordinate e non improvvisate. Richiede un grande sforzo da parte di varie autorità presenti sul territorio per far sì che vengano eliminate le cause alla radice del fenomeno e dei sintomi della violenza di genere. La Convenzione di Istanbul riconosce l'esigenza di una risposta unitaria alla violenza attraverso politiche integrate, globali e coordinate che pongano al centro le esigenze delle vittime.</p>

(Consiglio d'Europa, 2019)

L'Assemblea ritiene che la Convenzione di Istanbul abbia già avuto un impatto positivo. Ha continuato ad accrescere la consapevolezza nelle vittime e sensibilizzare la società in generale.

1.8 Legislazione in Svizzera

Secondo gli estratti del codice penale pubblicati nel gennaio 2022 dall'Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo (UFU) emerge che, la legge svizzera, reprime gli atti di violenza indipendentemente da dove vengono commessi, se in uno spazio pubblico o nella sfera privata. Gli atti di violenza che sono commessi nella coppia sono sanzionati penalmente e vengono perseguiti d'ufficio, senza che la vittima sporga una denuncia.

Erano considerati atti di violenza commessi nella coppia la maggior parte dei crimini e dei delitti contemplati dal codice penale svizzero del 21 dicembre 1937, puniti con querela di parte, tutto questo fino al 31 marzo 2004 (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, 2022). La polizia poteva intervenire immediatamente su chiamata, però la vittima doveva sporgere una querela penale, affinché questi atti venissero puniti. Se non vengono commessi nella coppia oppure nell'anno successivo al divorzio o alla separazione, le minacce e le lesioni semplici rimangono dei reati perseguiti solo a querela di parte, così come i casi di stalking, la violazione di domicilio, le vie di fatto, l'abuso di impianti di telecomunicazioni (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, 2022).

Nel 2011, più precisamente il 1° gennaio è entrato in vigore il diritto processuale penale svizzero del 5 ottobre 2007, che sostituisce 26 codici di procedura penale cantonali vigenti. La definizione di vittima secondo l'articolo 116 capoverso 1 CPP, viene inteso come il danneggiato che a causa del reato è direttamente leso nella sua integrità fisica, sessuale o psichica nell'articolo 116 capoverso 2 CPP, in cui vengono menzionati i congiunti della vittima s'intendono il coniuge, i figli e genitori (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, 2022).

I diritti che spettano alla vittima secondo l'articolo 117 capoverso 1 CPP sono: il diritto alla protezione della personalità in ogni fase di procedimento (art. 70 cpv. 1 lett. a, 74 cpv. 4 e 152 cpv. 1 CPP), secondo questo articolo il giudice può decidere in che modo di svolgano le udienze, se completamente o in parte a porte chiuse oppure l'ordine pubblici o interessi che sono degni di una delle persona coinvolta lo esige, spesso riguarda i reati contro l'integrità sessuale (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, 2022). Invece secondo l'articolo 75 capoverso CPP, l'identità della vittima non può essere divulgata, a meno che essa non sia consenziente o che sia necessaria una collaborazione da parte della popolazione (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo, 2022). È garantito il diritto a farsi accompagnare da una persona di fiducia in ogni fase del procedimento (art. 70 cpv. 2 e 152 cpv. 2 CPP), il diritto a misure di protezione (art. 152–154 CPP: L'articolo 152 capoverso 3 CPP) obbliga le autorità penali a evitare che, su sua richiesta, la vittima incontri l'imputato.

Il sito della Prevenzione Svizzera della Criminalità tratta un capitolo sul lavoro della Polizia in caso di violenza domestica. Il loro lavoro ha come principale obiettivo proteggere la vittima e in seguito viene indagato il chiarimento delle responsabilità.

In concreto l'intervento della polizia viene eseguito nel seguente modo: essi si recano sul posto e le vittime devono fornire le informazioni riguardanti l'accaduto, esse vengono interrogate separatamente alla persona di cui si sospetta abbia usato violenza. Le vittime di sesso femminile possono essere interrogate da una poliziotta, nel caso venga richiesto e fosse possibile farlo. In seguito viene chiarito se ciò che è successo viola il diritto penale. In caso ci siano lesioni fisiche, la polizia accompagna la vittima dove può ricevere delle cure. Infine informa tutte le persone coinvolte sulle azioni legali che si potranno svolgere in seguito.

La polizia è in grado di agire anche quando una persona formula una minaccia di violenza e ancora non è stato compiuto l'atto. Un dispositivo di gestione di minacce consente di individuare, valutare e disinnescare delle situazioni in cui vengono poste delle minacce o messa in pericolo. Questo permette la prevenzione della violenza e di calmare situazioni minacciose con le adeguate misure.

Se vengono effettuati interventi di polizia in cui sono coinvolti dei bambini e giovani, essa informa l'autorità di protezione dei minori e degli adulti (AMPA). È competenza di questa autorità, adottare eventuali misure del caso per la protezione dei minori. In rare situazioni vengono collocati i bambini presso terzi, ciò permette soprattutto ai bambini di ricevere un sostegno.

In caso fosse usata la violenza o siano fatte minacce gravi, la polizia ha l'autorità di ordinare delle misure immediate, come divieto di entrare nell'abitazione, divieto di avere contatti con le vittime o allontanamento dalla persona che usa violenza. Queste sono norme di protezione, che vengono applicate in tutti i cantoni svizzeri, servono a proteggere le vittime, valgono solamente per un breve periodo di tempo e scadono dopo alcune settimane. La persona che subisce violenza domestica dovrà attivarsi e avviare una procedura di diritto civile dinanzi al tribunale, in modo che venga imposta una protezione a lungo termine.

Se in seguito all'intervento della polizia viene condotta un'inchiesta penale nei confronti di chi ha commesso violenza ed evidenzia gravi delitti, l'autorità inquirente può pronunciare, quelle che vengono chiamate, misure sostitutive. Queste sono divieto di mettersi in contatto con la vittima o avvicinarsi alla vittima, entro un determinato perimetro, al posto della detenzione preventiva. Oltre che garantire la punizione

all'imputato/a, protegge la vittima. Nel caso l'imputato/a non si attenga alle misure, verrà rimesso/a in detenzione.

Il numero della polizia in caso di minacce e violenza acuta è il 117, in servizio 24 ore su 24.

1.9 Piano d'azione cantonale sulla violenza domestica

Per quanto riguarda l'attuazione cantonale della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica è stato elaborato un piano d'azione cantonale sulla violenza domestica che verte sull'approfondimento di misure, implementazione e attuazione. Esso è stato aggiornato il 23 novembre 2022 e pubblicato dalla Repubblica e Cantone Ticino.

Il piano d'azione ha l'obiettivo di ridurre la violenza di genere e si basa su tre assi: sensibilizzazione, formazione e violenza sessualizzata.



Fig.6 I quattro assi del piano di azione Cantonale (Repubblica e Cantone Ticino, 2022)

La fase 1 del piano d'azione elaborato comprende gli anni 2020, 2021 e 2022 in cui è stata elaborata una strategia con assi d'intervento, obiettivi e misure. Negli anni 2023 e 2024, nella fase 2, verranno implementate le misure. Nella fase 3, che avverrà nel 2025 verrà effettuato un bilancio e in seguito elaborata una nuova strategia (Repubblica e Cantone Ticino, 2022)

1.9.1 Le misure d'intervento cantonali

Grazie alla sinergia coordinata tra i vari servizi, enti, associazioni che si occupano di questo tema nel cantone sono state definite delle misure. Si tratta, dunque, di un lavoro condiviso che hanno lo stesso obiettivo (Repubblica e Cantone Ticino, 2022).

L'introduzione del processo di gestione delle minacce prevista dalla legge cantonale di polizia ha come obiettivo di riconoscere i segnali premonitori o comportamenti specifici

che aiutino a valutare la probabilità del passaggio all'atto e di prevenirlo (Repubblica e Cantone Ticino, 2022). Questo avverrà grazie alla Formalizzazione dell'attività del Gruppo di prevenzione e negoziazione (GPN), già oggi attivo anche in ambito di violenza domestica e alla Concretizzazione della Roadmap Confederazione e Cantoni Dialogo strategico Violenza domestica, in cui una delle sue misure prioritarie è quella del lavoro con persone violente, volto ad evitare una possibile recidiva (Repubblica e Cantone Ticino, 2022).

Tra le misure realizzate e terminate dall'anno 2020 al 2022 ci sono state: emergenza Covid-19; Task Force Psicologica, flyer ad hoc, campagna di sensibilizzazione contro la violenza in collaborazione con le FFS nel novembre 2021, la partecipazione al progetto di formazione e ricerca «Vittime di violenza domestica: come riconoscerle in Pronto Soccorso» tra gennaio e maggio 2022, partecipazione alla preparazione e alla serata di formazione sul tema violenza domestica per gli specialisti della salute mentale tra gennaio e settembre 2022 (Repubblica e Cantone Ticino, 2022).

2. Indicazioni per la pratica clinica

Le vittime che subiscono violenza domestica vengono indirizzate al pronto soccorso degli

ospedali oppure ai medici di famiglia di riferimento (Repubblica e Cantone Ticino, 2021). Da qualche anno gli ospedali hanno sviluppato dei formulari e protocolli uniformi per il depistaggio oppure la presa a carico di violenze fisiche e/o sessuali, che comprende un foglio informativo per la vittima, che oltre agli aspetti operativi prende in considerazione la presa in cura clinica e medico-legale (Repubblica e Cantone Ticino, 2021). Nel 2019 è stato messo a punto un protocollo specifico in caso di abusi sessuali, che è preso a carico dal pronto soccorso ginecologico (Repubblica e Cantone Ticino, 2021).

Per offrire al meglio del sostegno alle donne che hanno subito violenza domestica, gli ospedali devono possedere dei requisiti minimi specifici (ASPS, n.d):

- Garantire la riservatezza
- L'équipe deve essere preparata a porre delle domande sulla violenza di genere
- Devono essere applicate delle procedure standard
- Assicurarsi che ci sia un sistema attraverso il quale la vittima possa accedere ai servizi sanitari
- Rispondere adeguatamente alle donne che subiscono un'aggressione fisica, in modo da offrire un supporto su eventuali conseguenze fisiche o mentali

Ciò che dovrebbe portare il personale a sospettare situazioni di violenza di genere sono, per esempio: la presenza di traumi che vengono giustificati con una storia confusa e che si contraddice, preoccupazioni per il proprio stato di salute, ma non definibile, stato ansioso che non regredisce con le rassicurazioni del personale curante, il partner presente durante le visite con un atteggiamento screditante al quale la donna tende a delegare le decisioni da prendere, mancata risposta ai trattamenti che sono prescritti, rifiuto delle visite domiciliari dalla rete sociale (ASPS, n.d).

Le linee guida internazionali suggeriscono agli operatori di porre una domanda diretta sulla presunta violenza, sia nel momento dell'anamnesi, sia nel momento in cui

vengono identificati segni e/o sintomi, che facciano pensare alla violenza (Romito&Melano, 2013). Porre la domanda in modo diretto è un punto fondamentale, che mette in difficoltà il personale sanitario, perché temono che le donne si sentano disturbate oppure offese (Romito & Melano, 2013).

Dopo aver eseguito le procedure necessarie, offerto il supporto e garantito la sicurezza alla paziente è importante il lavoro di rete.

È essenziale che venga spiegato alla donna le informazioni e il materiale sui servizi specifici sul territorio per elaborare un percorso che le permetta di uscire dalla violenza (Romito & Melano, 2013). Bisogna essere in grado di fornire i numeri di telefono delle associazioni che si occupano di aiuto e sostegno alle vittime con orari di lavoro e i numeri di emergenza (Romito & Melano, 2013).

Bisogna elaborare un progetto individuale di intervento che:

- Garantisca una continuità assistenziale, nel quale tutto si attivi tempestivamente, la presenza di una presa in cura territoriale, al fine di superare il trauma
- Evitare il passaggio inutile tra più reparti o professionisti, che potrebbero portare dolore nella vittima di violenza
- Essere chiari durante il passaggio della consegna a tutti gli operatori coinvolti: elencare fasi, i tempi, modalità, responsabilità, tipologia di esami diagnostici e prelievi
- Trasmettere alla paziente l'importanza di eseguire un follow up infettivologici e di controllo clinico.
- Fornire informazioni per quanto riguarda obblighi normativi e legislativi (ASPS, n.d)

2.1 Codice Rosa

La ricerca, lo studio, lo sviluppo e l'attuazione dei protocolli sono necessari agli operatori sanitari al fine di erogare delle cure di qualità e che garantiscano il benessere del paziente, aiuti il personale che eroga le cure ad essere informati e saper adottare un comportamento nel caso si presentasse una situazione in cui è presente violenza domestica.

A questo proposito in alcune regioni d'Italia è stato istituito il Codice Rosa, che fa parte del triage del pronto soccorso ed è riservato a tutte le vittime di violenza.

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell'Azienda USL di Grosseto, al fine di garantire un risultato più efficace del coordinamento tra le diverse istituzioni (Regione Toscana, 2021). Nel 2011 diventa progetto regionale, con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze Regione Toscana, 2021). Nel gennaio 2014 viene completata la diffusione a livello regionale con un'estensione della sperimentazione a tutte le aziende sanitarie che si trovano in Toscana (Regione Toscana, 2021). Infine, nel 2016 è stata costituita la Rete regionale Codice Rosa che si occupa degli interventi a favore di adulti e minori vittime di violenze e/o abusi (Regione Toscana, 2021). Essa è una rete tempo dipendente, cioè in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci al fine di fornire risposte immediate alle esigenze di cura, riconoscimento e collocazione con tempi rapidi (Regione Toscana, 2021). Gli obiettivi di questa rete prevedono di: essere omogenei all'interno del territorio; garantire la continuità per quanto riguarda le azioni successive al momento

della cura, che avviene al pronto soccorso, con la presa in cura che avviene sul territorio; la coordinazione delle reti e le istituzioni che fornisca una risposta efficace già quando la vittima arriva al Pronto Soccorso (Regione Toscana, 2021). Questo progetto attiva delle risposte immediate alle esigenze delle persone, che siano in grado di riconoscere e collocare in tempi brevi, all'interno di percorsi sanitari specifici.

L'équipe infermieristica si occupa di accogliere la donna e di ricercare segni di violenza, anche se non è stata dichiarata, in seguito viene controllato nelle cartelle cliniche, se ci sono accessi al pronto soccorso per motivi affini. (Filo Rosa Auser, 2020). Questo è uno dei passaggi importanti per capire se è stato un episodio occasionale oppure se la paziente subisce violenza domestica.

La donna viene accolta in uno spazio protetto da personale possibilmente femminile e formato, che raccolga più materiale possibile per la refertazione e un eventuale denuncia. Il personale informa la donna dell'esistenza dei centri anti violenza, i diritti e vengono prese informazioni per quanto riguarda la presenza di figli minori (Filo Rosa Auser, 2020). Le linee guida del Codice Rosa riportano anche delle disposizioni in merito alla formazione del personale, che fa parte del sistema socio-sanitario e quello delle forze dell'ordine (Filo Rosa Auser, 2020). Vengono allegati documenti in cui sono specificate le modalità di ascolto della vittima, prelievo, profilassi e somministrazione di terapie farmacologiche e profilassi, sotto consenso informato della donna (Filo Rosa Auser, 2020).

Secondo il manuale operativo sul Codice Rosa redatto dall'azienda sanitaria di Ragusa (ASP) le modalità operative per sospetti o riferiti si svolge nel seguente modo:

- Si esegue Triage Codice Rosa in tutti i casi di sospetti maltrattamenti fisici, violenza psicologica o casi riferiti
- Il codice rosa non è dato materialmente a chi riceve le cure, ma è una metodologia di comportamenti da adottare in modo tempestivo, con riservatezza e rispetto della privacy
- Il Codice Rosa, dopo quello Rosso ha la priorità e precedenza
- Il personale del Pronto Soccorso gestisce la clinica della vittima "umanizzando" il percorso assistenziale
- Aprire la cartella informatizzata presente nel Pronto Soccorso e in seguito compilare la voce "cartella clinica guidata in caso di maltrattamento"
- Anamnesi: modalità d'inizio, frequenza e durata dei maltrattamenti, presenza di minacce verbali, definire la relazione con l'aggressore, pregresse lesioni e accessi al pronto soccorso. Accertamento che la vittima abbia già sporto denuncia o intenda sporgere denuncia
- Esame obiettivo: in cui viene descritta la sede delle lesioni presenti, documentazione fotografica, su richiesta della polizia giudiziaria e previo consenso della vittima
- Referto "accurato e dettagliato"
- Nel caso di mancata denuncia da parte della vittima, bisogna segnalarlo al responsabile della Task force, che provvederà a segnalare il caso al Magistrato Referente della Procura della Repubblica di Ragusa
- Prima di un eventuale dimissione, bisogna informare l'utente della esistenza di una Task Force Interistituzionale di aiuto e sostegno

- Viene raccomandato, data la delicatezza di argomenti in oggetto, di cogliere i segnali e decodificare le richieste di aiuto inesprese, umanizzare il percorso di assistenza, trattare con riservatezza i dati sensibili.
- Copia della cartella guidata e dal relativo referto va consegnata in busta chiusa al responsabile Task Force per lo studio statistico

2.2 Accoglienza in pronto soccorso della vittima

L'accoglienza è una delle fasi più complesse per stabilire una relazione tra la donna e l'operatore. La donna deve percepire di aver trovato un luogo dove poter raccontarsi attraverso la sua storia, un posto dove può essere rassicurata sulla sua non responsabilità di quanto è accaduto, che la sua esperienza e il suo racconto siano ritenuti credibili ed è importante che si fidi del suo interlocutore (Lettieri, 2018).

L'accoglienza inoltre richiede un approccio centrato sull'ascolto, su una raccolta dei dati quantificabili sistematica ed organizzata, che riguardino l'evento ed il contesto in cui è avvenuto (Lettieri, 2018). Un operatore è in grado di indurre e creare un rapporto di fiducia, se ha le competenze necessarie per trattare il problema e trovare delle soluzioni nel momento dell'emergenza ed agganciare il paziente alle reti presenti sul territorio (Lettieri, 2018).

Il colloquio richiede tempo al fine di ascoltare la donna e fornire delle risposte adeguate ai bisogni (Lettieri, 2018). È necessario assumere un atteggiamento empatico e non giudicante in modo da mostrare la propria disponibilità a fornire l'assistenza necessaria (Lettieri, 2018). Non c'è mai giustificazione alla violenza e bisogna sostenere che la colpa non è stata della vittima e credere quando essa esprime il suo bisogno di sicurezza (Lettieri, 2018).

Bisogna ricordare che in situazioni simili, alcune donne hanno la tendenza a nascondere la violenza subita, inventando delle scuse o giustificazioni su come sono state procurate le lesioni oppure giustificando il comportamento del partner addossandosi le colpe. Queste difficoltà della donna a parlare nascono principalmente per paura; di svelare la situazione di violenza e mettere in pericolo se stessa o eventuali figli; di provare umiliazione e vergogna di fronte ad atteggiamenti giudicanti; pensare di meritare aiuto credendosi la responsabile della violenza subita; la speranza che il partner cambi il proprio comportamento e di conseguenza insorgono sentimenti di protezione nei confronti di esso; nascita di un senso di impotenza rispetto alla possibilità di trovare risorse efficaci per cambiare la situazione; credere che i propri problemi non siano abbastanza gravi e infine una dipendenza economica dal proprio maltrattatore (Lettieri, 2018).

2.3 Conseguenza della violenza sulla salute della donna

La violenza domestica è un trauma che in funzione delle sue caratteristiche, della durata e dalla sua intensità, può portare a situazioni di grave rischio per la salute psico-fisica di chi la subisce (Massimo M. Greco, 2011). Le conseguenze delle diverse violenze di genere portano con sé sintomatologie diverse, che possono avere delle similitudini tra loro, ma con dinamiche relazionali differenti, è essenziale che gli interventi per il superamento del danno tengano conto di ogni particolarità (Massimo M. Greco, 2011).

Le conseguenze della violenza sulla salute della donna possono essere di due tipi: dirette o indirette, considerate dal punto di vista sia fisico che psicologico (Romito et al., n.d.). Le conseguenze dirette vengono considerate: fratture, lividi e lesioni, quindi riguarda un'aggressione fisica (Romito et al., n.d.). Le conseguenze indirette invece sono scatenate dallo stress che mediante il malfunzionamento del sistema immunitario possono colpire tutto il corpo (Romito et al., n.d.).

Un altro tipo di conseguenza riguarda la messa in atto di comportamenti che possono essere dannosi per la salute come: smettere di mangiare, trascurare la propria salute, non fare i controlli necessari, fumare, "automedicarsi" con alcol o droghe o consumare troppi farmaci (Romito et al., n.d.). Le donne vittime di violenza, rispetto alle donne che non ne subiscono, accusano maggiori problemi di salute (Romito et al., n.d.).

Dal lato psicologico ansia acuta, dissociazione, numbing (rallentamento e intorpidimento delle reazioni), sindrome post traumatica da stress, sono conseguenze dirette di violenza fisica o sessuali (Romito et al., n.d.).

Le violenze di natura psicologica possono anch'esse scatenare reazioni sul piano psicologico, come: minacce, scenate, segregazione in casa (Romito et al., n.d.). La conseguenza psicologica che si presenta frequentemente è la depressione (Romito et al., n.d.).

Conseguenze della violenza psicologica, fisica o sessuale del partner sulla salute fisica della donna	Conseguenze della violenza domestica da un partner sulla vita sessuale e riproduttiva della donna
<ul style="list-style-type: none"> • Artrite • Ipertensione • Dolori cronici • Mal di schiena, dolori cronici alle spalle e al collo • Aids • Malattie sessualmente trasmissibili • Infezioni urinarie, infezioni vaginali • Dolori pelvici • Rapporti dolorosi, mancanza di desiderio sessuale • Fibromi e isterectomie • Diarrea, stitichezza, nausea, colon irritabile • Qualsiasi tipo di lesione: ematomi, danni oculari, rottura del timpano, fratture, ferite da taglio, bruciature • Svenimenti e convulsioni • Mancanza di appetito, bulimia, vomito auto-indotto • Cefalee, emicranie 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà nell'utilizzare la contraccezione • Gravidanze non desiderate • Aborti spontanei • Interruzioni di gravidanza • Emorragie in gravidanza • Infiammazioni pelviche e infezioni sessualmente trasmissibili

(Romito et al., n.d.).

3. Metodologia della ricerca: revisione della letteratura

La metodologia della ricerca utilizzata per l'elaborazione di questa tesi è la revisione della letteratura.

La revisione della letteratura viene definita come un'indagine in merito a delle opere pubblicate in un particolare campo, che sia di studio o di una linea di ricerca, di solito viene effettuato in un determinato periodo di tempo oppure di un elenco annotato in cui l'attenzione viene posta sulle opere più significative (ODLIS, 2013).

Inoltre, le revisioni della letteratura vengono utilizzate nelle scienze sociali al fine di assemblare evidenze e concetti tratti dalla ricerca empirica e non (Ghirotto, 2020). Esse sono condotte da revisori, che si occupano di uno specifico ambito, al fine di dare un senso a quanto emerge dalla letteratura di riferimento intorno ad un particolare tema (Ghirotto, 2020).

La revisione della letteratura è un processo ed un prodotto che può essere dotato di una propria autonomia (Ghirotto, 2020).

Visto come un processo, implica la ricerca di informazioni, che riguardano l'argomento che si vuole approfondire, che aiuta a familiarizzare con la ricerca rilevante nell'ambito di riferimento, che identifichino le criticità e le lacune in letteratura (Ghirotto, 2020).

Inoltre, essi hanno una rilevanza importante nella professione sanitaria, in quanto possono essere utilizzate per la creazione di linee guida oppure aiutare ad effettuare scelte che riguardano il campo sanitario. Permettono al personale sanitario, come infermieri, medici, ricercatori, ma anche ai pazienti di avere una sintesi sulle conoscenze dell'assistenza e le cure sulla propria efficacia (Sala et., 2006).

Sono diverse le principali tappe di questo processo (Sala et., 2006):

1. *La formulazione di un chiaro quesito clinico*
2. *Ricerca esaustiva e riproducibile di tutte le informazioni rilevanti (studi pubblicati e non) riguardanti la problematica in esame*
3. *Selezione sistematica, in base ai criteri di inclusione predefiniti, degli studi eleggibili*
4. *Analisi della qualità metodologica degli studi inclusi*
5. *Sintesi quantitativa o qualitativa delle informazioni, a seconda della natura, complessità del quesito e della disponibilità dei dati*
6. *Discussione delle ragioni di concordanza e discordanza tra i risultati dei diversi studi.*

I limiti della revisione della letteratura sono: mancanza di uno sguardo valutativo sulla qualità e sulla metodologia degli studi inclusi; nessuna domanda di revisione specifica; nessuna sistematicità nella ricerca di tutti i possibili studi rilevanti per l'ambito indagato (Ghirotto, 2020). La selezione degli articoli è personale, in quanto guidata dalla tesi che il ricercatore vuole confermare (Ghirotto, 2020). Sono flessibili e permettono di includere diversi tipo di evidenze qualitative e quantitative, di ricerca e sono utili nell'identificazione di buone pratiche, interventi e programmi che siano educativi, clinici ed innovativi (Ghirotto, 2020).

Durante il corso del tempo sono nati diversi metodologie di studio che mirano alla sintesi della letteratura; possono essere definite due diversi tipi di sintesi, che possono essere utilizzate: le revisioni narrative e quelle sistematiche, che possono essere rispettivamente denominate come studi primari e secondari (Innocenti, 2021).

Le revisioni narrative si occupano della sintesi della letteratura e permettono di avere una visione panoramica dell'argomento (Innocenti, 2021). Riconducendole ad un esempio che riguarda una ricerca nell'ambito sanitario, una revisione narrativa potrebbe rispondere alle domande come *“Cosa ha causato la malattia?”*, *“Come si manifesta?”*, *“Quali sono le azioni terapeutiche disponibili?”* (Sala et., 2006). La progettazione e lo sviluppo di esse, non seguono un procedimento rigoroso o che si possa riprodurre in cui la selezione delle fonti primarie per la sintesi è scelta dall'autore (Innocenti, 2021).

Le revisioni sistematiche, che fanno parte degli studi secondari, hanno come obiettivi l'elaborazione una sintesi delle evidenze che provengono dagli studi primari, permettono l'analisi su degli aspetti specifici per esempio di una data patologia (prognosi, eziologia, intervento, diagnosi) e degli interventi sanitari. Vengono usati dei criteri esplicitati in un protocollo (Sala et., 2006).

Per il mio lavoro effettuerò una revisione della letteratura, basata su diversi articoli.

Per l'elaborazione di questa tesi di laurea, dunque ho formulato il quesito clinico attraverso l'acronimo definito PICO. In seguito attraverso la ricerca degli studi che potessero aiutarmi ad analizzare il quesito, sono stati utili la ricerca di articoli, sostenuti da evidenze scientifiche, all'interno delle banche dati bibliografiche come Google Scholar, PubMed, CINAHL, EBSCO. Le ricerche vengono effettuate attraverso l'inserimento delle parole chiave, che portano poi a diversi articoli riguardante il tema scelto. Al fine di arrivare ai concetti che possano poi essere davvero utili e restringere la propria ricerca vengono applicati degli operatori booleani. Essi consistono nell'aggiunta di *“AND, OR, NOT”* nelle ricerche tra le parole chiavi (*“AND”* è utile nella ricerca degli articoli in cui vengono comprese tutte le parole chiavi che si cerca di identificare, *“OR”* viene utilizzato nella ricerca di articoli che includono una delle parole chiavi utili alla ricerca, infine *“NOT”* ha il fine di escludere gli articoli nei quali è contenuta una specifica parola chiave).

In seguito ho cercato di utilizzare delle fonti che fossero scritte dall'anno 2000, fino al 2022 ed applicato dei criteri di inclusione ed esclusione, che verranno elencati in seguito. Ho proseguito poi con l'organizzazione degli articoli che ho selezionato attraverso una tabella in cui vengono spiegati gli studi (autori, data di pubblicazione, e banca dati, luogo, scopi, limiti, risultati, metodo). In seguito la descrizione degli articoli, quello che ne è emerso, utili per la mia pratica clinica. Infine le conclusioni con le possibili direzioni future.

3.1 Domanda di ricerca e PICO

P: paziente/problema Donne che subiscono violenza domestica e si recano al pronto soccorso
I: intervento infermieristico Ricerca i protocolli, i metodi di screening utili per l'identificazione della violenza domestica in pronto soccorso e la loro efficacia, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza
C:
O: outcomes (problematica) Miglioramento della qualità assistenziale fornita alla donna che subisce violenza domestica

Mediante la revisione della letteratura, per il mio lavoro di tesi ho formulato una domanda di ricerca, sviluppata attraverso il metodo PICO. Il significato dell'acronimo intende "P" come paziente, popolazione o problema; "I" come intervento; "C" come confronto; "O" come esito (outcome) (Chiari P et al. 2011).

Esso viene utilizzato per facilitare la conversione dei dati dalla mente dell'autore alle banche dati e per restringere il campo di ricerca specifico (Gianotti, 2021).

Domanda di ricerca formulata:

Quali sono le strategie che vengono adottate dal personale infermieristico al pronto soccorso al fine di riconoscere la violenza domestica e migliorare la qualità assistenziale fornita alle donne?

3.2 Obiettivi della ricerca

- Identificazione degli aspetti che caratterizzano la violenza domestica e gli effetti che quest'ultima ha sulle donne.
- Capire il ruolo ed interventi dell'infermiere nel percorso delle donne che subiscono violenza, dalla fase acuta, alla dimissione.
- Riconoscere risorse e limiti che potrebbero presentare gli infermieri nella presa in cura delle donne che subiscono violenza domestica e miglioramenti applicabili alla qualità di cura.

3.3 Tappe della ricerca (criteri di inclusione ed esclusione)

Gli studi da me ricercati sono stati svolti su un campione di donne con età superiore a 18 anni, che si sono presentate al pronto soccorso. Ho posto dei limiti nel tempo, ovvero preso in considerazione solo gli articoli pubblicati dall'anno 2000 in poi, mentre per quanto il contesto geografico non ho fatto alcuna distinzione, così come l'impostazione della lingua. Ho trovato molti articoli che trattavano della donna che subisce violenza domestica in gravidanza o che parlassero anche del coinvolgimento dei figli delle vittime, ma ho cercato di escluderli, perché così sarebbero entrati in un tema più specifico e non era questo l'obiettivo della mia ricerca. Grazie all'accesso attraverso il sito bibliotecario dell'università, ho potuto consultare diverse banche dati come: CHINAL, PubMed, EBSCO, consultare diverse riviste e inoltre ho utilizzato la piattaforma di Google Scholar.

Come operatore Booleano nella mia ricerca ho utilizzato AND e le Key Words, ovvero le parole chiavi, sono state: "*Domestic violence*", "*Identification of domestic violence*", "*Emergency Room*", "*Emergency Department*", "*Screening*", "*Violence*", "*Nursing*", "*Student of Nursing*", "*Nurse*", "*Nurse care*".

Ciò che ho fatto dopo è stato leggere i titoli degli articoli, in seguito se apparentemente potessero interessare la mia ricerca, ne ho letto gli abstract al fine di confermare la mia teoria e potessero rispondere al quesito di ricerca.

Dopo aver selezionato gli articoli, li ho stampati ed eseguito una lettura, sottolineando le parti, a mio avviso, più importanti. Infine ho creato una tabella ed inserito la sintesi degli articoli suddividendo le griglie con: titolo dell'articolo, autore/i, banca dati, luogo e anno di pubblicazione, metodo, scopo dello studio, risultati e limiti.

Ho trovato all'incirca 25 articoli, ma dopo aver elencato questi criteri utilizzati nella selezione sono arrivata ad utilizzarne e stamparne 11, ma durante la lettura e la stesura della tabella mi sono resa conto che due articoli che reputavo potessero rispondere alla mia domanda di ricerca dovevano essere scartati perché in effetti non era così, dunque il numero di articoli trovati si è ridotto a 9.

Analisi degli articoli

Il primo articolo analizzato s'intitola "Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department" di Lisa Yonaka, RN, MSN, Marian K Yoder, EdD, RN, Janet B, Darrow, RN, MS, John P Sherck, MD pubblicato nel 2007. Lo scopo di questo articolo è quello di identificare le barriere che incontrano gli infermieri del pronto soccorso negli screening effettuati sui pazienti che subiscono violenza domestica attraverso un progetto pilota. Per rispondere a questa domanda gli autori hanno basato questo progetto pilota su Mager and Pipe's model (1997) Analyzing Performance Problems che descrive un processo per identificare e risolvere i problemi nelle prestazioni umane che servono a stabilire l'ulteriore necessità di formazione sulla violenza domestica al Pronto soccorso.

In questo modello è necessario prima riconoscere il problema per quanto riguarda le prestazioni, in seguito vengono eseguiti 12 passaggi per come determinare la risoluzione del problema. Una volta identificato il problema vengono determinate le discrepanze nelle prestazioni. Se essa comporta un deficit delle abilità vengono poste domande come "Queste abilità potrebbe essere utilizzata in passato?". Questa abilità è utilizzata spesso?" e "I soggetti sono in grado di utilizzare questa determinata abilità?". Nel caso non ci fosse una discrepanza nell'utilizzo di queste abilità, verrà determinata se la prestazione è di tipo punitiva, gratificante, importante oppure se ci sono ostacoli durante la prestazione. Questo modello è stato applicato allo studio al fine di determinare le possibili ragioni per cui il personale infermieristico del pronto soccorso effettuava raramente lo screening dei pazienti per violenza domestica (Yonaka et al., 2007).

La letteratura utilizzata, per rispondere alla domanda se l'esecuzione dello screening per la violenza domestica sia importante, indica che esso è importante per la prevenzione nel rischio di lesioni e continuo abuso. L'intero campione che ha partecipato a questo studio aveva precedentemente ricevuto una formazione di base su come eseguire lo screening per la violenza domestica. Anche se questo modello di analisi dei problemi non è utilizzato per l'uso infermieristico è stato uno strumento che ha aiutato a determinare gli ostacoli esistenti tra il personale (Yonaka et al., 2007).

Le finalità di questo progetto era, appunto, la determinazione di convinzioni e atteggiamenti degli infermieri registrati del dipartimento di emergenza durante lo

screening universale dei pazienti per uso domestico. I risultati di questo progetto in seguito possono essere stati utilizzati per sviluppare un programma educativo sulla violenza domestica (Yonaka et al., 2007).

Il metodo che ha portato ad ottenere delle risposte alla domanda è stato, innanzitutto trovare il luogo per la somministrazione di un questionario, ovvero: un pronto soccorso in un centro traumatologico frequentato approssimativamente da 160 pazienti al giorno. Nel pronto soccorso erano impiegate 60 infermiere impiegate sia a tempo pieno che part-time, responsabili dello screening ai pazienti che subiscono violenza domestica.

Il campione su cui è stato effettuato lo studio è stato fatto su 33 infermieri registrati al pronto soccorso, garantendo l'anonimo e riservatezza delle risposte. In più, il personale è stato informato che nel caso i risultati fossero stati pubblicati non ci sarebbe stato riferimento diretto al personale del pronto soccorso. I risultati di questo studio non sono sperimentali quindi non possono essere generalizzati, a causa dei limiti dello studio, che includono l'uso di uno strumento, un campione di convenienza a sito singolo e un campione di dimensione ridotta (Yonaka et al., 2007).

Lo strumento di screening utilizzato è stato un questionario anonimo e contenente tre campi di quesito. Questo strumento è stato creato e sviluppato per l'uso per le infermiere di ostetrica e ginecologia e testato dai collegi della Dottoressa Mary Lou Moore della Wake Forrest University, Wiston-Salem, North Carolina, ed è stato ottenuto il permesso di somministrare e modificare il questionario per l'uso nel Pronto Soccorso. Il primo campo era volto alla comprensione, della percezione, delle credenze e gli atteggiamenti che gli infermieri hanno nei confronti del tema violenza domestica. Il secondo campo riguardava la raccolta di informazioni demografiche sulle pazienti soggette a violenza. Il terzo campo è stato utilizzato per indagare l'impiego dei test di screening. Le domande poste nel questionario riguardavano la presenza delle barriere linguistiche tra infermiere e paziente. (Yonaka et al., 2007).

I risultati emersi sono che l'87% dei partecipanti ha espresso l'interesse di ricevere una formazione su come porre le domande sugli abusi. Uno degli ostacoli potenziali più alti allo screening della violenza domestica è stata l'esistenza delle barriere linguistiche che rendono difficile fare le domande al paziente per quanto riguarda l'abuso. Altri ostacoli emersi erano appunto, una storia personale o familiare di abuso e una mancanza di formazione su come affrontare l'abuso. Il 29% degli intervistati riferisce che anche i problemi per quanto riguarda la mancanza di tempo ha influito sulla capacità di esaminare i sospetti abusi. I risultati ottenuti sono contrastanti per quanto riguarda le domande sullo screening di routine. Il 51% delle infermiere registrate ha indicato di aver sottoposto lo screening di routine a tutte le pazienti per verificare la presenza di abusi, ma il 74% ha risposto ad una domanda separata in cui sono stati esaminati solo pazienti selezionati. Questo può indicare che gli infermieri controllano con abitudine i pazienti selezionati, che presentano, i segni evidenti di un abuso. Emerge, dunque che non vengono controllati generalmente tutti i pazienti. Viene indicato anche che le infermiere pensino che la violenza sia un problema che riguardi la popolazione e che sia importante informarsi sugli abusi (Yonaka et al., 2007).

Il secondo articolo analizzato prende il nome di "*Violenza domestica: quali competenze e conoscenze dell'infermiere in emergenza?*" di Valeria Cremonini, Debora Menghi,

Katia Mattarozzi ed Ivan Rubbi, pubblicato sulla Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza nel 2017. Lo scopo dell'articolo è quello di misurare le conoscenze e le competenze degli infermieri che prestano servizio nelle realtà operative di emergenza rispetto alla gestione in urgenza della donna che ha subito violenza domestica, attraverso uno studio osservazionale trasversale che ha coinvolto gli infermieri del servizio di emergenza extraospedaliera ed intraospedaliera, in tre ambiti territoriali differenti. Il questionario somministrato agli infermieri è stato "Help – Knowledge and Attitudes of Gender – Based Violence" (Cremonini et al., 2017).

In primo luogo viene descritto il background teorico che spiega la definizione della violenza domestica, in cui viene riportato che nella letteratura anglosassone alla terminologia *domestic violence* si preferisce quella di *Intimate Partner Violence (IPV)*, che rappresenta il concetto di violenza agita nei confronti di partner intimo. Viene riportata anche l'epidemiologia, gli abusi sembrano essere più frequenti nei paesi dove i tassi di occupazione femminile risultano più elevati come la Danimarca, Finlandia, Svezia ed Olanda. In Italia viene evidenziato un tasso di violenza della media europea con un 27% di vittime. Questo dato è allineato con gli stati come la Bulgaria, Ungheria, Irlanda e Grecia, in cui viene riportato che le donne sono in minoranza per quanto riguarda la produttività del proprio paese (Cremonini et al., 2017).

In seguito viene spiegato lo stato in cui si presentano le donne vittime di maltrattamento al Pronto Soccorso, ovvero con una significativa sofferenza fisica ed emotiva. Risultano scarsamente capaci di narrare in modo coerente e comprensibile l'accaduto e tendono a nascondere molti particolari. Questo atteggiamento è correlato al fatto che eventuali dichiarazioni permettono l'intrusione dei servizi sanitari e sociali limitando la propria privacy (Cremonini et al., 2017).

Viene spiegato il ruolo che l'infermiere assume. Essi sono la prima figura sanitaria che accolgono le donne vittime di violenza al Pronto Soccorso, ed assumono un ruolo chiave nel determinare il comportamento che la donna ha e l'espressione della sua sofferenza. Leppäkoski e i suoi collaboratori evidenziano che le donne vittime di *Intimate Partner Violence* cercano negli operatori del reparto d'emergenza, non solo una cura delle lesioni fisiche, ma soprattutto di un sostegno psicologico e che gli vengano illustrati e spiegati i servizi che possono aiutare le dinamiche del nucleo familiare. Il risultato di questo, emerge tra le conferme delle ricerche effettuate da Reisenhofer e Seibold effettuate in Australia, in cui le donne che hanno subito violenza domestica hanno il bisogno di avere un sostegno empatico (Cremonini et al., 2017).

Anche in questo articolo vengono riportate le barriere che impediscono al personale sanitario, ovvero la mancanza di tempo, il disagio personale, la mancata formazione e assenza di strumenti e linee guida, la presenza del partner, un atteggiamento poco collaborante della donna, la presenza di barriere culturali o linguistiche (Cremonini et al., 2017).

Emerge che al fine di prestare un ottimale soccorso e approcciarsi al meglio alla donna che subisce violenza domestica è necessaria una formazione specifica che permetta di riconoscere i segni di violenza fisica, sessuale e psicologica (Cremonini et al., 2017).

Il materiale e metodo che ha guidato questo studio osservazionale è stato un questionario su un campione di infermieri del servizio di emergenza intraospedaliera ed extraospedaliera. Il campione, prima della somministrazione del questionario è stato

informato per quanto riguarda in merito alle motivazioni e alle modalità di conduzione dello studio, con la possibilità di leggere con attenzione le domande e rispondere senza un vincolo di tempo. Il questionario in forma cartacea sono stati somministrati in ciascuna delle unità, seguendo un ordine territoriale e in un lasso di tempo dal 03-06-2014 al 18-07-2014 (Cremonini et al., 2017). È stato garantito l'anonimato, però è stato attribuito un codice numerico per garantire che i dati potessero essere rintracciati (Cremonini et al., 2017).

Il questionario "Help – Knowledge and Attitudes of Gender – Based Violence" è stato estrapolato da uno studio di Viera, esso è stato tradotto dalla lingua inglese a quella italiana e in seguito è stato sottoposto ad una nuova traduzione in inglese per confrontare l'equivalenza concettuale. Esso è composto di 11 domande: 5 esplorano la conoscenza della definizione di violenza, 4 indagano la conoscenza sull'epidemiologia legata alla violenza contro le donne e 2 di sintesi legate alla necessità per il personale infermieristico di ricorrere a percorsi formativi sulla violenza. Le risposte che emergono sono dicotomiche, vero o falso (Cremonini et al., 2017). In più per quanto riguarda l'anagrafica, viene indicato il genere e le classi di età, così si è fatta una suddivisione: la prima classe dai 20 ai 30, la seconda classe dai 31 ai 40 anni, la terza classe dai 41 ai 50 anni, la quarta classe dai 51 ai 60 anni, e la quinta classe maggiore di 60 anni. Le classi vengono divise anche per quanto riguarda gli anni di servizio: la prima classe minore di 5 anni, la seconda classe dai 6 ai 10 anni, la terza classe da dagli 11 ai 20 anni, la quarta classe dai 21 ai 30 anni e la quinta classe maggiore dei 30 anni di esperienza professionale. In seguito sono state elaborate delle statistiche descrittive: le differenze nello scoring del questionario tra il sesso maschile e femminile, le classi di età, diversa sede di lavoro, sono state indagate applicando il test del Chi quadrato (usato per verificare l'ipotesi che i dati corrispondano a quelli attesi). Le correlazioni fra le domande sono state calcolate attraverso il test di Pearson (Cremonini et al., 2017).

Dai risultati emerge che sono stati compilati 97 questionari, tra cui, 47 (48,5%) afferenti al reparto d'emergenza extraospedaliera e 50 (51,5%) al reparto d'emergenza intraospedaliera.

Gli infermieri intervistati risultano essere 39 (40,6%) maschi e 57 (59,4%) femmine, mentre un intervistato non ha indicato il genere. Per quanto riguarda le classi d'età per un 97,9% (n=95), suddivisa: dai 20 ai 30 anni sono 14,7% (n=14), dai 31 ai 40 anni sono un 23,2% (n=22), dai 41 ai 50 sono 49,5% (n=47) e dai 51 ai 60 anni sono un 12,6% (n=12). Nessuno degli intervistati riferisce un'età superiore ai 60 anni.

Per quanto riguarda gli anni di servizio, 94 infermieri hanno dichiarato la propria anzianità sul lavoro. Il 7,5% (n=7) appartengono alla prima classe, il 22,3% (n=21) sono della seconda classe, il 24,5% (n=33) sono della terza classe, il 35,1% (n=33) appartengono alla quarta classe e infine il 10,6% (n=10) sono della quinta classe. Non tutto il campione ha risposto a tutte le domande, infatti il 7,22% (n=7) non ha risposto alla domanda 8, mentre il 2,06% (n=2) non ha dato una risposta alla domanda 10 l'1,03% (n=1) non ha risposto ai quesiti 5, 7, e 11 (Cremonini et al., 2017).

Non si evidenziano differenze nella qualità di risposte per quanto riguarda le variabili demografiche. La significatività presente è nella domanda 8, dove emerge che il 20% delle donne che si rivolge al consultorio hanno subito della violenza: e le persone nella fascia di età fra 41 e 60 anni hanno risposto positivamente (Cremonini et al., 2017).

Il grado di competenza e conoscenza degli infermieri risultano buone. Il 99% degli intervistati è d'accordo che umiliare, offendere costantemente o fare delle intimidazioni

il partner sono dei comportamenti che possono essere considerati forma di violenza. Il 96,9% degli infermieri intervistati ritengono che essere costretti a rapporti sessuali dal proprio partner può essere considerata violenza domestica; per il 95,9% degli intervistati trovano falsa l'affermazione "la maggior parte delle donne che subisce violenza fa denuncia al personale sanitario", infine il 95,8% dei professionisti ritiene che sia "indispensabile l'aggiornamento professionale per possedere le competenze specifiche nel gestire i casi di violenza" (Cremonini et al., 2017).

Invece per quanto riguarda le sedi di lavoro, emergano alcune differenze importanti. I professionisti del reparto d'emergenza intraospedaliera hanno risposto correttamente a tre domande: la 9 ("la maggior parte delle donne che subisce violenza domestica fa denuncia al personale sanitario", alla domanda 11 ("l'aggiornamento professionale è necessario per garantire che l'infermiere possieda competenze specifiche nel gestire casi di violenza domestica"), alla domanda 6 ("nella maggior parte dei casi di violenza contro le donne è perpetrata da sconosciuti"). Il quesito, in cui il dipartimento di emergenza extraospedaliera supera il reparto di emergenza intraospedaliera, nel rispondere correttamente è il numero 8 (Cremonini et al., 2017).

Dopo una correlazione dei dati emerge che: gli infermieri considerano intimidire, sminuire, umiliare ed offendere il partner come forma di violenza, così come comportamenti in cui vengono ci si appropria e si sottrae beni e denaro/valori e distruzione di oggetti. Sberle, spintoni occasionali sono considerate forma di violenza domestica, così come essere costrette dal proprio partner ad avere rapporti sessuali. A proposito di questo esiste una relazione diretta sul fatto che il personale ritiene che sia falso pensare che la maggior parte dei casi di violenza sia praticata da sconosciuti e che la vittima incontri delle difficoltà nel denunciare i fatti. Esiste una diretta correlazione sulla necessità di eseguire un aggiornamento professionale al fine di aumentare le competenze degli infermieri del dipartimento d'emergenza per quanto riguarda la violenza domestica (Cremonini et al., 2017).

Questo studio ha fatto emergere una buona conoscenza degli infermieri in merito alla violenza domestica, e sono consapevoli che la donna che viene picchiata, presenti solo occasionalmente delle lesioni fisiche. Il lavoro svolto dagli infermieri dentro la struttura ospedaliera può essere facilitato dalla presenza di maggiori strumenti e il tempo per riconoscere i segni di maltrattamento, mentre la vittima ha la possibilità di ricercare e ricevere maggiore empatia, un supporto psicologico e di essere informata sui servizi presenti sul territorio che possono offrire supporto a lei e alla propria famiglia, mentre per il servizio di emergenza extraospedaliera possiedono un modello organizzativo che porta gli infermieri ad indagare e concentrarsi sui problemi che riguardano più la sfera fisica che emotiva, in quanto si ha una mancanza di tempo e persiste una difficoltà nella relazione con la vittima, che ha come conseguenza di raccontare storie improbabili sull'entità delle proprie lesioni (Cremonini et al., 2017). Lo studio fa emergere una consapevolezza del problema senza distinzioni fra il sesso degli infermieri. Il campione ritiene che la propria formazione sia insufficiente per conoscere e applicare competenze per il riconoscimento della violenza domestica. Per sconfiggere il fenomeno della violenza domestica gli infermieri devono essere una parte preparata che porti le donne ad essere tutelate (Cremonini et al., 2017).

I limiti presenti in questo studio sono stati: la presenza di un campione limitato, un periodo di somministrazione del questionario limitato che coincideva con il periodo lavorativo estivo, infine l'ultimo limite potrebbe riguardare la validità della traduzione del questionario in lingua italiana (Cremonini et al., 2017).

Dalle conclusioni dello studio emerge la necessità di rendere l'assistenza alle vittime di violenza omogenea, creando e sviluppando dei servizi che siano in grado di accogliere questa tipologia di pazienti. Il pronto soccorso è rappresentato come il setting privilegiato al fine della costruzione di percorsi interdisciplinari, in cui ci si focalizza sulle pazienti vittime di abusi e violenze (Cremonini et al., 2017).

Viene riportato che, questa tipologia di utenza è sempre di più in aumento e che il mancato riconoscimento della violenza è un fattore che può incrementare problematiche a distanza e la cronicità di alcune patologie. Le donne vittime di violenza, che si rivolgono alle strutture sanitarie d'emergenza, sono maggiori di quelle che chiedono aiuto alla polizia, servizi sociali e consultori (Cremonini et al., 2017).

Quello che occorrerebbe è far emergere delle risposte, costruendo una rete sul territorio, a livello psicosociale, dei centri antiviolenza e consultori, ed effettuare dei piani formativi che sensibilizzerebbe gli operatori sanitari ad effettuare una migliore accoglienza alle vittime e diminuire la tolleranza nei confronti di questo tipo di crimine ed aumentare la protezione delle vittime (Cremonini et al., 2017).

Altre raccomandazioni per il futuro potrebbero essere l'apertura di sportelli con la presenza di operatori sanitari come infermieri o ostetriche, i quali potrebbero occuparsi delle vittime ed essere in contatto con la rete presente sul territorio costituendo un riferimento durante l'emergenza (Cremonini et al., 2017).

Fondamentale potrebbe essere anche lo sviluppo degli strumenti a disposizione degli infermieri per analizzare i segni di violenza e la formazione degli operatori (Cremonini et al., 2017).

Il terzo articolo s'intitola "*Care emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base*" scritto da Philippa Olive, pubblicato sul *Journal of Clinical Nursing* nel 2007. Lo scopo di questo articolo, attraverso una revisione sistematica è quello di identificare e valutare la ricerca che c'è alla base dell'assistenza ai pazienti del pronto soccorso che hanno subito violenza domestica (Olive, 2007).

Nell'introduzione di questo articolo viene spiegato in primo luogo la definizione di violenza domestica e le conseguenze che essa può portare. Quello che emerge d'importante è l'esistenza di un documento del Dipartimento della Salute intitolato "*Responding to domestic abuse: a handbook for health professional*", un manuale per il personale sanitario che identifica e fornisce interventi alle persone che subiscono violenza domestica (Olive, 2007).

Vengono riportate finalità e obiettivi dello studio, ovvero presentare una revisione critica di tutte le ricerche disponibili relative all'assistenza di emergenza di pazienti che hanno subito violenza domestica. Gli obiettivi sono: identificare e riunire tutte le ricerche per raccogliere le conoscenze per l'assistenza di emergenza dei pazienti che hanno subito violenza domestica; discutere in modo critico i risultati alla luce del disegno della ricerca, delle linee guida pratiche e del contesto dell'assistenza sanitaria; sviluppare raccomandazioni per la pratica fondata sull'attuale base di ricerca (Olive, 2007).

Per effettuare questa revisione i termini di ricerca sono stati adattati per integrare e tenere conto delle differenze nei sistemi di database. Non sono state applicate restrizioni di lingua o di tempo. La strategia di ricerca che hanno usato è stata ampia al fine di acquisire tutto il materiale e massimizzare il prodotto della ricerca. Tutta questa raccolta di materiale, però ha creato delle difficoltà, specificità, fornisce fiducia nella sensibilità della ricerca nel precludere omissioni. I criteri di inclusione ed esclusione includevano documenti di ricerca primari relativi alla prevalenza, allo screening o agli interventi per i pazienti del pronto soccorso. Ciò che riguarda il prodotto della ricerca bibliografica è stata raccolto in categorie designate come prevalenza, screening e intervento. Ciò che comprendeva la prevalenza comprendeva tutti gli studi di natura epidemiologica sulla violenza domestica tra i pazienti del pronto soccorso. Lo screening dell'efficacia nel riconoscere violenza domestica del dipartimento d'emergenza. L'intervento ha incluso qualsiasi ricerca volta a valutare gli interventi per i pazienti del pronto soccorso che hanno subito violenza domestica (Olive, 2007).

I risultati indicano che la violenza ha una propensione ad essere sottostimata nelle indagini sulla criminalità a causa della percezione da parte di alcuni che non sia un crimine e del rischio personale di denunciare. È stata ricercata la prevalenza della violenza domestica all'interno della popolazione in generale e tra le popolazioni sanitarie (Olive, 2007).

La violenza domestica tende ad essere sottostimata nelle indagini sulla criminalità a causa della percezione da parte di alcuni, che non sia un crimine e del rischio personale di denunciare. Al fine di contrastare queste percezioni è stato utilizzato il BCS del 2001 (Walby & Allen 2004) ha utilizzato un questionario di autocompletamento assistito da computer per esplorare la violenza domestica. Questo metodo offriva un maggiore anonimato e incoraggiava la denuncia di episodi di violenza che le vittime percepivano come reato. Durante il 2001 viene stimato sempre dagli stessi che il 6% delle donne e il 5% degli uomini hanno subito aggressioni fisiche o minacce nell'anno precedente (Olive, 2007).

Due terzi delle donne avevano subito più di un attacco nell'anno precedente, aumentando l'incidenza per le donne a tre volte maggiore rispetto agli uomini. La prevalenza una tantum della violenza domestica (violenza non sessuale) è stata stimata a quasi il 26% per le donne e il 17% per gli uomini. Tuttavia, la prevalenza della violenza domestica all'interno dei pazienti del pronto soccorso può essere diversa in quanto si tratta di una popolazione con caratteristiche intrinseche (lesione acuta e malattia) non condivise con la popolazione generale (Olive, 2007).

La ricerca bibliografica ha identificato 18 studi che esaminano la prevalenza della violenza domestica nei pazienti che frequentano i dipartimenti di emergenza. I giornali riportano delle indagini trasversali descrittive, che hanno identificato la violenza presente e passata. Cinque degli studi sono stati esclusi. C'è variazione nella misurazione della prevalenza, incluso il momento in cui si è verificata e gli strumenti utilizzati per raccogliere i dati. Sono stati applicati sette diversi tipi di questionari e in otto studi non viene divulgato lo strumento effettivo utilizzato. Gli studi variano per quanto riguarda la loro inclusione di tipi di violenza domestica non fisica o sessuale (Olive, 2007).

Gli studi dimostrano un intervallo dello 0,8-11,7% delle presenze al pronto soccorso direttamente attribuiti alla violenza domestica sebbene la maggior parte degli studi

mostri la cifra tra 1% e 3,5%. I pazienti che hanno subito violenze domestiche hanno maggiori probabilità di recarsi al pronto soccorso entro un anno dall'abuso piuttosto che presentarsi con una lesione acuta conseguente all'abuso (Campbell, 2002).

Per quanto riguarda la metodologia di screening, il pronto soccorso è stato riconosciuto come luogo in cui le persone ferite a seguito di violenza domestica possono cercare aiuto, essendo la terza scelta dopo amici/famiglia e polizia (Pakieset et al., 1998). Uno degli screening positivi per la violenza domestica è il catalizzatore per lo sviluppo di un piano di assistenza appropriato e negoziato. Questo screening implica chiedere direttamente al paziente la sua esperienza personale di violenza domestica e lo screening può essere di routine o basato su un indice di sospetto. Screening di routine significa chiedere tutti i pazienti di età pari o superiore a 16 anni sulla violenza domestica; mentre lo screening dell'indice di sospetto significa chiedere ai pazienti solo se l'operatore sanitario ritiene che siano presenti dei fattori indicativi per la violenza (Olive, 2007).

L'efficacia degli screening è determinata dall'accuratezza con la quale vengono somministrati i test (Muir-Gray, 2001), cioè dalla sensibilità e specificità dello strumento di screening (Boeling, 2002). Esiste una grande raccolta di prove che riconoscono che il semplice interrogatorio diretto è efficace nel facilitare la divulgazione della violenza e quindi nell'individuare i casi (McFarlane et al.1995, Feldhaus et al. 1997, Morrison et al.200). La ricerca ha dimostrato che quando ai pazienti del pronto soccorso viene chiesto di routine della violenza domestica, essa aumenta significativamente (Olsen et al. 1996, Larkin et al. 1999, 2000, Morrison et al. 2000). Anche se i tentativi di introdurre lo screening di routine nella pratica non ha avuto sempre successo (Olive, 2007).

Gli ostacoli all'introduzione dello screening di routine sono stati classificati come informativi, istituzionali o affettivi (Davis&Harsh, 2001), anche se l'istruzione da sola non abbia dimostrato un aumento dei tassi di rilevamento (Roberts et al. 1997). I fattori istituzionali riguardano la mancanza di privacy (Ellis, 1999, Davis & Harsh 2001, Ramsden & Bonner, 2002), la mancanza di servizi sociali fuori orario (Ramsden & Bonner, 2002) e la mancanza di tempo (Ellis, 1999). La mancanza di servizi fuori orario potrebbe anche spiegare perché i pazienti nello studio di Larkin et al., (1999), avevano maggiori probabilità di essere sottoposti a screening durante le ore diurne. Altri ostacoli sono stati collegati alla mancanza di partecipazione del personale a un progetto, alla convinzione che le domande fossero inappropriate per il tipo di presentazione e alla sensazione che gli uomini e i pazienti più anziani fossero trascurati (Ramsden & Bonner, 2002). I metodi che hanno dimostrato l'efficacia nell'aumentare il numero di pazienti sottoposti a screening includono i promemoria delle cartelle cliniche (Olsen et al.,1996) e l'azione disciplinare (Larkin et al., 2000). L'introduzione di una politica sulla violenza domestica ha aumentato l'individuazione dei casi (Fanslow et al., 1998) sebbene questo aumento non sia stato sostenuto a un anno di follow-up (Fanlow et al., 1999). I pazienti, generalmente trovano accettabile che vengano poste domande sulla violenza domestica (Ramsey et al., 2002, Sethi et al., 2004, Hurley et al., 2005). L'efficacia dello screening è influenzata negativamente se l'operatore sanitario mostra un atteggiamento che può suggerire mancanza di empatia, comprensione o rispetto, che porta ad una ridotta probabilità che la donna riveli l'abuso (Yam 2000, Dowd et al., 2002).

Il pronto soccorso si caratterizza per la gestione di singoli eventi deficitari fuori dall'ordinario e non è dotato di risorse per fornire interventi definiti per obiettivi a lungo

termine. L'ambito dell'assistenza fornita ai pazienti che hanno subito violenza domestica dovrebbe concentrarsi sul raggiungimento di obiettivi breve termine e un appropriato rinvio per l'assistenza sanitaria e sociale (Olive, 2007).

La ricerca bibliografica ha identificato sette studi che valutano l'assistenza al pronto soccorso per i pazienti vittime di violenza, solo tre tra questi mirano a valutare l'efficacia dell'intervento specifico. L'efficacia dell'assistenza sanitaria all'interno del dipartimento di emergenza può essere difficile da valutare a causa della perdita follow-up dei pazienti ad altri servizi (Olive, 2007). Alcuni studi hanno, invece superato la ricerca oltre i confini della pratica; sono stati misurati riferimenti e l'assorbimento delle risorse della comunità, aumentati in seguito ad un'implementazione di un programma di difesa del dipartimento di emergenza (Muelleman & Feighny, 1999) e di una politica sulla violenza domestica (Fanslow et al., 1998). Anche se questi studi dimostrano un maggiore utilizzo delle risorse, non vi è alcuna determinazione dell'impatto sulla salute e sul benessere dei pazienti. La scarsità di ricerche che riportano l'efficacia degli interventi per la violenza domestica in termini di causa ed effetto che influenzano gli esiti di salute e benessere. Tuttavia uno studio (Coker et al., 2002) ha cercato di valutare il ruolo protettivo della divulgazione dell'abuso e del supporto sulla salute mentale delle donne abusate. Sebbene il campione di Coker et al., (2002) provenisse dalla pratica familiare, la rivelazione potrebbe essersi verificata in qualsiasi contesto. Usando strumenti convalidati hanno scoperto che la divulgazione di abusi non era associata con un significativo riduzione del rischio di esiti negativi per la salute mentale. Anche le donne maltrattate con un sostegno sociale più elevato avevano una probabilità significativamente inferiore di segnalare problemi di salute mentale e fisica. Le scoperte di Coker et al., (2002) suggeriscono che le donne maltrattate che ricevono più sostegno possono sperimentare una migliore salute mentale, sebbene sia anche possibile che quelle in grado di trovare supporto sociale siano quelle che non svilupperebbero comunque esiti negativi di salute mentale.

Dagli studi di Varvaro e Palmer (1993), dove hanno valutato un gruppo di supporto educativo, utilizzando i punteggi di autoefficacia percepita da donne maltrattate prima e dopo l'intervento sono stati osservati un aumento dei punteggi; sebbene il campione per questo studio sia troppo piccolo per consentire una generalizzabilità e si evidenzia una possibile misura di autoefficacia per valutare i risultati per alcuni interventi, come la pianificazione della sicurezza (Olive, 2007).

Gli interventi sanitari sono stati valutati anche attraverso l'esplorazione dell'esperienza dei pazienti. Yam (2000) ha utilizzato un approccio fenomenologico per studiare un campione di donne in rifugi che avevano frequentato un pronto soccorso nell'ultimo anno. Le donne percepivano il personale del pronto soccorso come indifferente, controllante, frettoloso, preoccupato solo di curare le lesioni fisiche e privo di umanità e compassione. Le donne si sentivano imbarazzate, sole, spaventate, arrabbiate e frustrate ed erano preoccupate per i loro figli. Avrebbero voluto che le cure di emergenza esplorassero le opzioni, affrontassero i problemi di sicurezza e fornissero i rinvii (Olive, 2007). La ricerca dimostra che le donne che hanno subito violenze domestiche cercano cure presso il pronto soccorso (Pakieser et al., 1998) sono sia con disturbi fisici e psicologici (Wendt-Mayer, 2000).

L'assistenza include: istruzione e informazione aumenterà l'accesso alle risorse della comunità (Muelleman & Feighny, 1999).

Gli infermieri di emergenza hanno un ruolo fondamentale nel fornire interventi di assistenza ai pazienti che hanno subito violenze domestiche. Oltre a qualsiasi

assistenza fisica richiesta, questo ruolo include fornire supporto, migliorare la sicurezza e promuovere autoefficacia. Il supporto include l'assistenza emotiva e psicologica attraverso l'ascolto e la dimostrazione di empatia, comprensione e rispetto per le decisioni dei pazienti, che varieranno a seconda delle circostanze individuali. Viene fornito un supporto più tangibile informando i pazienti che non sono soli e che molti altri hanno esperienze simili e condividono i loro sentimenti. Lavorando con i pazienti, gli infermieri possono migliorare la sicurezza aiutando i pazienti a valutare i rischi e incoraggiandoli a mettere in atto piani di sicurezza. La pianificazione della sicurezza dovrebbe riguardare i luoghi da evitare quando iniziano gli abusi e l'accesso a denaro, documenti importanti, forniture e un luogo sicuro in caso di emergenza (Dipartimento della Salute 2005). Gli infermieri possono promuovere l'autoefficacia fornendo informazioni sulla violenza domestica, il supporto e le opzioni disponibili. Le informazioni dovrebbero includere i numeri di telefono nazionali e locali della linea di assistenza contro la violenza domestica (Olive, 2007).

Gli infermieri dovrebbero fornire ai pazienti informazioni su altri servizi locali rilevanti per la violenza domestica, ad esempio rifugio, consulenza, servizi legali, di polizia, abitativi e sociali. Inoltre, possono essere utili anche le informazioni sui gruppi di supporto della comunità che riflettono il genere, la razza e la sessualità particolari del paziente. La sicurezza del paziente e dei suoi figli è fondamentale. Di conseguenza, è importante che mentre si sostiene il paziente e si forniscono informazioni che possono migliorare l'autoefficacia, l'infermiere dovrebbe garantire che il paziente rimanga consapevole del rischio di abuso.

In collaborazione con il paziente, gli infermieri dovrebbero sforzarsi di indirizzare i pazienti ad altri professionisti che potrebbero essere utili, come un assistente sociale, un visitatore sanitario o un'infermiera scolastica (Olive, 2007). Nei casi di abuso fisico possono essere offerti anche la registrazione forense, ad esempio, fotografie e descrittori esatti, che forniscono registrazioni di buona qualità da utilizzare in un secondo momento se lo desidera il paziente. È anche possibile che questo processo possa aiutare il paziente convalidando esplicitamente la sua esperienza (Olive, 2007).

La guida pratica del Department of Health (2000) ha suggerito che lo screening di routine e universale per la violenza domestica nel contesto delle cure di emergenza potrebbe essere appropriato. Tuttavia, pur suggerendo che lo screening di routine può essere appropriato, la linea guida afferma che: la mancata percezione dei segnali di pericolo durante un breve contatto nel reparto di pronto soccorso potrebbe essere la perdita dell'unica opportunità di offrire aiuto (Department of Health 2000, p. 19).

In conclusione l'assistenza infermieristica dovrebbe incorporare attività al fine di: fornire supporto fisico (dimostrare empatia, comprendere le complessità della violenza domestica, valutare bisogni fisici, emotivi e psicologici, facilitare la divulgazione dell'argomento violenza domestica e riconoscere le esperienze di abuso del paziente), mantenere la privacy e la sicurezza personale (concentrarsi sui bisogni della famiglia nel suo insieme, includere una valutazione completa dei bisogni del paziente e dei suoi figli, affrontare i problemi di sicurezza per il paziente e la salvaguardia dei loro figli), psicologico ed emotivo; migliorare la sicurezza del paziente e della sua famiglia; promuovere l'autoefficacia (pianificare l'assistenza guidata, fornire educazione sulla violenza domestica, fornire informazioni sugli aiuti locali e nazionali e supporto delle opzioni disponibili, incoraggiare i pazienti ad identificare e sviluppare un supporto). Per quanto riguarda il lavoro di rete è importante come professionista fare riferimenti ad altri enti o professionisti, incoraggiare la pianificazione della sicurezza, facilitare il processo

decisionale informato, riconoscere l'esperienza del paziente riguardo alla sua situazione, rispettando e supportando le loro decisioni (Olive, 2007).

I tassi di screening e il rilevamento sono aumentati grazie a una politica sulla violenza domestica, ai promemoria delle cartelle cliniche e all'educazione alla violenza domestica per il personale. Sfortunatamente, non solo la base di prove per gli interventi pratici è limitata, ma proviene anche dagli Stati Uniti, dove è probabile che le differenze nelle politiche sanitarie e sociali precludano la generalizzabilità. L'evidenza insufficiente è un fattore descritto da McDonnell (1998) che probabilmente inibisce l'uso dei risultati della ricerca nella pratica. C'è bisogno di ricerca e sviluppo in questo campo, in particolare per valutare l'efficacia degli interventi nell'ambito dell'emergenza o dell'assistenza acuta (Olive, 2007).

La violenza domestica ha spesso caratteristiche di escalation progressiva (Home Office, 1999) che incidono sulla salute e sul benessere della persona e della famiglia a livelli insidiosi (Campbell, 2002). Questo è caratterizzato da molti episodi e dall'esposizione a lungo termine all'abuso che si verifica comunemente prima che un individuo lo riconosca o chieda aiuto (Yearnshire, 1997). In secondo luogo, l'assistenza a coloro che subiscono abusi è fornita da una varietà di agenzie nei settori sanitario, sociale e del volontariato.

La violenza domestica è un problema di salute indiscutibile, per molti pazienti del pronto soccorso, tuttavia la loro cura presenta difficoltà pratiche ai professionisti. Le sfide derivano da raccomandazioni pratiche incoerenti e dalla mancanza di prove a supporto degli interventi pratici in un clima di efficacia clinica. Sebbene vi sia una mancanza di prove sui risultati dello screening e degli interventi, ciò non dovrebbe vietare l'accesso alle risorse e alle cure, che sono considerate vantaggiose dall'opinione dei professionisti e dei pazienti. Pertanto, alla luce della base di ricerca fin qui presentata, si formulano le seguenti raccomandazioni: i servizi e le pratiche di emergenza e assistenza acuta dovrebbero essere supportati e guidati da una politica locale sulla violenza domestica, dovrebbero essere introdotto dei promemoria sulle cartelle cliniche per promuovere lo screening degli abusi, gli infermieri dovrebbero avere accesso e partecipare all'istruzione e formazione interprofessionale continua sulla violenza domestica (Olive, 2007). L'assistenza infermieristica, per i pazienti che hanno subito violenza domestica in contesti sanitari di emergenza acuti, dovrebbe concentrarsi su: fornire supporto, migliorare la sicurezza del paziente e della sua famiglia, promuovere l'autoefficacia (Olive, 2007).

Il quarto articolo prende il nome "*Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings*" scritto da Harriet L. MacMillan, MD, MSc, C. Nadine Wathen, PhD, Ellen Jamieson, MD, Michael Boyle, PhD, Louise-Anne McNutt, PhD, Andrew Worster, MD, Barbara Lent, MD, Michelle Webb, BSc, pubblicato nel 2006. Lo studio è stato condotto in Ontario da maggio 2004 a gennaio 2005. I partecipanti sono stati reclutati da strutture sanitarie primarie, acute e specialistiche: 2 studi familiari, 2 dipartimenti di emergenza e 2 cliniche per la salute delle donne.

Ciò che emerge subito in questo articolo sono le raccomandazioni, che molte organizzazioni mediche nazionali, agenzie governative e gruppi di difesa hanno espresso riguardo lo screening della violenza domestica di routine o universale, anche se vengono a mancare delle ricerche che esaminano l'efficacia sugli esiti di salute per le donne. Precedenti studi hanno dimostrato che le donne rivelano esperienze di

violenza in risposta allo screening; tuttavia pochi studi hanno confrontato i metodi in cui viene somministrato il test (Harriet et al., 2006).

In una revisione dello screening sulla violenza nel contesto delle cure primarie, Chuang e Liebschutz hanno identificato due approcci principali allo screening: i metodi verbali (domande poste da un medico) e metodi autosomministrati, inclusi metodi scritti o questionari informatici. Anderst e colleghi hanno confrontato lo screening verbale con un questionario scritto autosomministrato. Ogni donna ha ricevuto domande verbali o scritte. Una percentuale molto minore di donne ha risposto alle domande di screening scritte e di quelle che lo hanno fatto nessuna ha riportato l'esposizione alla violenza, con la conclusione che lo screening verbale fosse superiore (Harriet et al., 2006). Uno studio di McFarlane et al., ha confrontato l'autovalutazione scritta con questionario di intervista dell'infermiere utilizzando le 4 stesse domande sulla violenza domestica in un campione di donne che frequentano una clinica Planned Parenthood. I metodi non sono stati assegnati in modo casuale e non è chiaro se entrambi i gruppi di donne siano state sottoposte alle stesse procedure di studio. Al contrario, uno studio su nuove pazienti di ostetriche ha mostrato maggiori rivelazioni con un questionario scritto rispetto a un questionario verbale. Tuttavia, questo si basava su una revisione delle cartelle cliniche che confrontava le risposte dei pazienti che ricevevano sia uno strumento scritto di autovalutazione che includeva domande sull'esposizione alla violenza sia una serie di diverse domande verbali sull'argomento poste da un'ostetrica (Harriet et al., 2006).

Nel più grande degli studi che confrontano i metodi di screening, più di 4600 donne che si sono presentate in 11 dipartimenti di emergenza in Pennsylvania e California hanno completato un questionario da un infermiere. Chi utilizzava l'approccio scritto era più propenso a rivelare abusi fisici o sessuali nell'ultimo anno. Nessuno degli studi che confrontavano le domande verbali con questionari scritti prevedeva l'assegnazione casuale dei partecipanti a ricevere metodi alternativi di screening. La prevalenza della violenza sembrava essere l'unico criterio di efficacia in ciascuno di questi studi, sebbene anche l'accettabilità da parte del paziente e altri problemi di fattibilità siano importanti. Rhodes e colleghi hanno valutato la fattibilità e l'effetto sulla divulgazione della violenza domestica dell'utilizzo di un computer in Pronto Soccorso. Questi studi non forniscono informazione sull'adeguatezza dello screening computerizzato rispetto a quello verbale o scritto, ma i risultati suggeriscono che questo approccio richiede ulteriori studi (Harriet et al., 2006).

I partecipanti allo studio hanno fornito il consenso informato scritto prima dell'iscrizione. Non è stato fatto alcun riferimento alle parole "abusi" o "violenza" fino a quando le donne non sono state portate in una stanza privata dove è avvenuto il processo di consenso informato. Le donne sono state informate del fatto che, chi in quel momento stava offrendo loro assistenza sanitaria, non sarebbe stato informato delle loro risposte, ma era disponibile a discutere di eventuali preoccupazioni che potessero avere. Mentre nell'eventuale colloquio verbale è inevitabile che l'operatore conosca tutte le risposte delle donne (Harriet et al., 2006).

Oltre alle domande demografiche standard, i partecipanti hanno completato il Partner Violence Screen (PVS) e il Woman Abuse Screening Tool (WAST). Queste misure sono state selezionate a seguito di una revisione sistematica degli strumenti di screening basata sulle loro proprietà psicometriche e sull'uso in contesti paragonabili a quelli dello studio. Il PVS affronta il tema dell'abuso fisico e sentimenti di sicurezza. Il WAST include molteplici forme di abuso (fisico, sessuale ed emotivo) con una buona coerenza interna, oltre il 90% delle donne ha riferito di sentirsi a proprio agio o molto a

proprio agio quando è stato somministrato il WAST in uno studio precedente. Entrambi gli strumenti di screening chiedono informazioni sulle esperienze degli ultimi 12 mesi. È stata utilizzata la Composite Abuse Scale (CAS) uno strumento di ricerca validato a 30 item, è stata scelta come criterio standard per la sua completezza. Per valutare la preferenza dei partecipanti rispetto all'approccio di screening, alle donne sono state poste 3 domande sul loro metodo di screening: (1) Era "facile"?; (2) Ti è "piaciuto rispondere" in quel modo?; e (3) Era "abbastanza privato"? Le risposte sono state scalate da 1 "per niente" a 5 "molto facile" o "molto" (Harriet al., 2006).

È stata effettuata un'analisi statistica descrittiva, eseguite per le caratteristiche del campione per gruppo. I dati sono stati considerati mancanti se non è stato possibile determinare lo stato di abuso (Harriet et al., 2006).

I risultati che emergono da questo studio è che quasi il 56% delle donne erano sposate e poco meno della metà aveva 1 o 2 figli. Più del 50% era ben istruito e poco meno della metà lavorava fuori casa. La prevalenza per metodo di screening variava dal 4,15 al 17,7%, a seconda del metodo, dello strumento e del setting. La prevalenza era significativamente più bassa negli ambulatori familiari e negli ambulatori per la salute delle donne rispetto ai reparti di emergenza. C'è la presenza di un'interazione statisticamente significativa tra metodo e strumento: per il metodo scritto, la prevalenza era inferiore sul WAST rispetto al PVS. È stata effettuata un'analisi dei dati mancanti in cui non è stata osservata alcuna variabilità associata a intervalli temporali, interazioni statisticamente significative tra strumento e metodo e differenze statisticamente significative tra le impostazioni nei livelli dei dati mancanti (Harriet et al., 2006).

Infine, emerge che, parte della letteratura suggerisca che, l'uso di questionari basati su computer possa portare a un maggiore divulgazione di questioni sensibili rispetto ad altri approcci, non si è riscontrato che lo screening basato su un computer abbia aumentato il rilevamento di violenza domestica rispetto ad altri metodi di screening. È stato riscontrato la presenza d'interazione tra metodo e strumento con la scritta WAST che ha la prevalenza più bassa. L'uso di questionari scritti ha portato a un numero significativamente inferiore di dati mancanti, in contrasto con i risultati di Anderst et al. Su tutte e 3 le misure di accettabilità (facilità di risposta, simpatia e privacy), il metodo faccia a faccia è stato meno preferito dai partecipanti. Questi risultati hanno un recente supporto in letteratura. Uno studio che ha confrontato lo screening registrato con audio e lo screening scritto in un reparto di emergenza pediatrica, non ha riscontrato differenze statisticamente significative nelle rivelazioni dell'IPV tra i 2 metodi, ma diversi modelli nelle preferenze delle donne. Nello specifico, le donne hanno trovato il metodo registrato su nastro meno rischioso e più privato rispetto all'approccio scritto, e sia nell'intero campione che nel sottogruppo di donne che denunciano abusi, i metodi scritti e registrati sono stati significativamente preferiti all'idea di rivelare abusi. IPV direttamente a un operatore sanitario. Unitamente ai nostri risultati e a quelli di Glass et al, sembra emergere l'evidenza che le domande dirette da parte dei medici sono meno favorite dalle donne rispetto alle versioni self-report, sia fornite tramite computer, audiocassetta o questionario scritto (Harriet et al., 2006).

Questo studio ha dei limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, la revisione delle caratteristiche del campione in base al metodo mostra che le donne che hanno completato lo screening basato su computer avevano una percentuale più elevata di partecipanti nel quintile di reddito più basso rispetto a quelle a cui erano stati somministrati gli altri 2 approcci. Le donne di condizione socioeconomica inferiore potrebbero rispondere in modo diverso a un

approccio basato sul computer; tuttavia, non vi era alcuna differenza in altre variabili correlate, tra cui l'istruzione e lo stato lavorativo, riducendo la probabilità di un pregiudizio relativo all'accettabilità dello schermo del computer.

In secondo luogo, sebbene abbiamo tentato di mantenere tutti gli altri aspetti del protocollo coerenti tra i metodi, le risposte delle donne che si sono sottoposte all'approccio faccia a faccia erano note agli operatori sanitari che le richiedevano. Questo aspetto potrebbe aver influenzato la disponibilità delle donne a rivelare, anche se è interessante notare che non c'erano modelli coerenti nella divulgazione per metodo. Inoltre, sono state poste domande da un solo strumento, il WAST o il PVS, per ridurre l'onere sia per il medico di dover somministrare verbalmente più di 1 questionario sia per il partecipante di dover rispondere verbalmente a 2 strumenti con domande simili (Harriet et al., 2006).

Il quinto articolo analizzato prende il titolo di *“Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica”* scritto da Patrick Leonardo Nogueira da Silva, Edna Maria de Souza Oliveira, Glauçie Graysse Duarte de Abreu, Ana Augusta Maciel de Souza, Ricardo Soares de Oliveira, Rogério Gonçalves da Rocha e pubblicato sulla Revista de Enfermagem, nel 2019.

Questo articolo è composto da: introduzione, obiettivo, metodo, risultato e discussione, le conclusioni finali e le referenze (Da Silva et al., 2019).

Nell'introduzione viene spiegata in cosa consiste la violenza domestica e le varie definizioni. Emerge che uno studio condotto a Teresina (PI) dimostra che la maggior parte dei professionisti intervistati ha riferito che la loro partecipazione come membri di questo team multidisciplinare è stata importante. I servizi sanitari di riferimento per i casi più complessi possono aggiungere all'équipe interdisciplinare specialisti in pediatria, infettivologia, chirurgia, traumatologia, psichiatria o altre specialità. Non è chiaro quanto sia importante la partecipazione degli infermieri nel team multidisciplinare che assisterà questo cliente vittima di violenza, ma è chiaro che questa composizione è auspicabile. L'obiettivo di questo studio è la valutazione dell'assistenza fornita dagli infermieri alle donne vittime di violenza domestica (Da Silva et al., 2019).

Si tratta di uno studio esplorativo e descrittivo con un approccio qualitativo, realizzato presso il pronto soccorso dell'ospedale universitario Clemente de Farias/HUCF, situato nella città di Montes Claros/MG (Da Silva et al., 2019). Le vittime ricoverate vengono accolte da un team multidisciplinare. I soggetti selezionati per questo studio sono stati gli infermieri che lavorano al pronto soccorso, con almeno 6 mesi di esperienza nel campo. Come strumento per la produzione di dati empirici, è stato preparato un copione semi-strutturato per le interviste registrate con l'ausilio di un registratore portatile. Prima di iniziare a produrre le informazioni, è stato effettuato un pre-test con tre infermieri che avevano già lavorato nel Pronto Soccorso di questo istituto, ma che sono dipendenti.

La produzione di informazioni è stata effettuata con cinque infermieri. I colloqui sono stati svolti in una stanza del Pronto Soccorso, in date e orari preventivamente concordati con gli infermieri e che incontrassero i loro interessi. In seguito le interviste sono state trascritte e analizzate. Sono state classificate e discusse le diverse categorie trovate in questa ricerca: tipologia di assistenza prestata dagli infermieri alle donne vittime di violenza; difficoltà incontrate dagli infermieri durante l'assistenza (Da Silva et al., 2019). La ricerca ha rispettato i principi etici definiti dal Consiglio Nazionale della Sanità (CNS) con la delibera 196/96, per la conduzione della ricerca sull'essere umano.

È stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca dell'Università Statale di Montes Claros (CEP UNIMONTES) con il protocollo n. 2076/2010 (Da Silva et al., 2019).

Nel capitolo riguardante i risultati e discussione viene menzionata il tipo di assistenza fornita dagli infermieri alle donne vittime di violenza. Tra le ricerche risulta una forma distinta di cura, cioè umanizzante, olistica e accogliente. Dalle interviste emerge un estratto in cui viene riferito che è giusto chiudere la porta della stanza nella quale viene effettuato il triage, perché spesso si tratta di questioni sociali che comportano delle particolarità, in cui la persona ha bisogno di rispettare la dignità, garantire privacy in un momento di grave fragilità. Da uno studio condotto a Porto Velho (RO) nel 2009 sono state intervistate 966 persone nelle proprie abitazioni, di cui il 66,5% donne e di queste il 19,3% vittime di violenza domestica. I tipi di violenza contro le donne più segnalati sono stati: violenza fisica, violenza psicologica e violenza sessuale. Si nota attraverso questo studio che l'inizio è avvenuto dopo aver vissuto con il partner in cui la maggior parte di loro erano alcolisti. La maggior parte delle vittime non ha cercato aiuto per paura dei propri aggressori (Da Silva et al., 2019).

È inoltre tenere presente che le donne sono un bersaglio privilegiato della violenza domestica, è di grande importanza che i professionisti prestino attenzione, in particolare quelli infermieristici che, nella loro carriera pratica e in qualsiasi ambiente lavorativo, possono trovarsi di fronte a questa situazione, richiedendo conoscenze specifiche e capacità di svolgere questa cura come espressione umanizzante dell'infermiere, con forza trasformatrice, che deve essere sentita e vissuta da chi cura e da chi è assistito. Alcuni fattori, come l'insensibilità e la mancanza di formazione operatori sanitari, la tendenza alla medicalizzazione dei casi e la scarsa articolazione tra i diversi settori della società, rendono il problema della violenza domestica ancora più complesso e di difficile approccio (Da Silva et al., 2019).

Emerge che ciò che pone in situazione delicata il professionista è l'accoglienza del paziente vittima di violenza domestica. L'accoglienza è un fattore fondamentale per un'assistenza umanizzata e individualizzata, oltre ad essere essenziale per stabilire un legame ed empatia con la donna; diventa necessario mostrare solidarietà al suo dolore e alla sua sofferenza, instaurando un rapporto di empatia, una cura più mirata viene effettuata grazie all'insieme dei fattori legati alla situazione. È necessario tener conto dell'individualità della persona, quando deduce che è esposta o fragile, bisogna tener conto della privacy, della dignità della vittima, adottando un atteggiamento accogliente (Da Silva et al., 2019).

Tra le varie interviste emerge la necessità di effettuare un approccio in modo tale che la donna abbia sicurezza e tranquillità per procedere con la denuncia della violenza, sentendosi a proprio agio in una situazione molto controversa. Un'altra intervista ritiene inoltre che l'aggressione nei confronti delle donne richieda cure differenziate da parte dell'infermiere rispetto ad altre cure, a causa del trauma subito (Da Silva et al., 2019). Vengono menzionati alcuni fattori strategici durante l'approccio dell'infermiere con la vittima che possono contribuire ad una migliore gestione della situazione, come: calmare la donna, guidarla, spiegandole che si trova in un ambiente sicuro, che le informazioni sono riservate, che verrà protetta e di non avere paura di riferire ciò che è accaduto. Viene dedotto che la donna può sentirsi intimidita in relazione alle informazioni che le vengono fornite durante il servizio. Molte donne non raccontano e molti professionisti non chiedono, anche per un fattore tempo. La vergogna di denunciare di essere state aggredite fisicamente dal partner è uno dei sentimenti più

imbarazzanti che le donne riferiscono in relazione alla situazione di violenza domestica (Da Silva et al., 2019).

Quando denunciano i loro partner, sperano di trovare un sostegno istituzionale, cosa che non sempre accade. Questo sembra essere uno dei fattori che favoriscono il ritorno alla convivenza con l'autore dell'aggressione, situazione che lo porta a ritirare la denuncia di fronte alla promessa del partner di non aggredirlo più, seguito di minacce (Da Silva et al., 2019).

L'assistenza dell'infermiere si limita al triage, svolto senza un criterio maggiore, senza un approccio olistico che consideri tutte le dinamiche che comportano una situazione di violenza domestica (Da Silva et al., 2019).

Fornire assistenza alle donne vittime di violenza domestica comporta questioni etiche, morali e religiose, che possono avere ripercussioni psicologiche ed emotive. L'esecuzione di questo tipo di servizio provoca sensazioni diverse a seconda dell'esperienza personale e professionale di ogni individuo. Si possono notare diverse reazioni non verbali, alcune persone erano emotive, a disagio con quello che stavano dicendo, non volendo mostrare insensibilità o paura (Da Silva et al., 2019). Vengono menzionate varie difficoltà degli operatori come una difficoltà la segregazione tra la postura del professionista e il suo carico di valori, incastonati nel lato personale e la paura di denunciare (Da Silva et al., 2019).

Ciò che può risultare difficoltoso nel prestare cura è la negazione dell'atto violento da parte della donna stessa. Emerge necessario, per garantire una migliore cura sensibilizzare l'importanza di quello che è accaduto, rompere i preconcetti e una corretta formazione alla diagnosi delle situazioni di violenza sono condizioni necessarie affinché gli operatori sanitari possano rilevare e segnalare, a chi è competente, questa realtà che si presenta in modo così espressivo nel quotidiano routine dei suoi servizi, qualunque sia il suo settore di attività (Da Silva et al., 2019).

Un altro fattore, che complica l'assistenza alle donne vittime di violenza nell'ospedale fa riferimento alla prospettiva multidisciplinare, su cui questo tipo di assistenza deve fare affidamento (Da Silva et al., 2019).

In conclusione questo studio ha mostrato il tipo di assistenza fornita dall'infermiere, che rispettava la privacy, così come le debolezze della vittima, attraverso un approccio olistico. Con questo, si può vedere l'importanza dell'assistenza infermieristica per le donne vittime di violenza domestica. A causa del trauma, il primo approccio dell'infermiere con la vittima diventa difficile. Tuttavia, i partecipanti allo studio hanno riferito di avere un servizio umanizzato, un'attenzione ampliata e uno sguardo diverso per questo pubblico, rispettando i precetti etici attraverso una condotta più attenta.

Per quanto riguarda le difficoltà affrontate durante la cura, gli infermieri sostengono la separazione dell'emotivo dal professionale. La paura di denunciare l'aggressore e la mancanza di un team multidisciplinare preparato diventa spesso un fattore difficile per fornire un'assistenza adeguata. Per questo, dovrebbe anche investire nell'incremento della ricerca e della produzione scientifica al fine di migliorare e garantire una qualità di vita alle donne vittime di violenza domestica (Da Silva et al., 2019).

Il sesto articolo analizzato prende il nome di "*Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature*" scritto da

Kafi Fraih Alshammari, Julie McGarry, Gina Marie Awoko Higginbottom, pubblicato nell'anno 2018.

Nell'introduzione di questo articolo, come quelli precedenti, viene spiegata in cosa consiste la violenza domestica e le varie definizioni e ciò che comporta essa nella donna, questo effettuato attraverso un'esplorazione della letteratura precedente. (Alshammari et al., 2018).

Emerge che, gli infermieri sono spesso il primo punto di contatto nei servizi sanitari, che le donne vittime di violenza incontrano, molto spesso però potrebbero non essere in grado di riconoscere o supportarle (McGarry e Nairn, 2015). Le competenze di cui dovrebbero essere dotati gli infermieri sono delle conoscenze ed una formazione per classificare i problemi e gestire i diversi pazienti. La pratica dell'infermiere garantisce delle esigenze psicologiche e fisiche ogni giorno mentre si impegnano in diversi compiti. Pertanto, oltre all'esperienza, un'infermiera deve disporre di un set completo di competenze in modo che l'assistenza sanitaria per le donne non ne risenta (Ghayath, Al-Sagobi, Alansari, El-Shazly e Kamel, 2010).

Lo scopo di questo studio aiuterà ad influenzare la ricerca futura e la pratica educativa infermieristica insieme all'identificazione di lacune significative nella cura e nel benessere delle donne. La revisione integrativa della letteratura è stata utilizzata per esplorare le prove passate rispetto alla violenza contro le donne e per identificare le lacune nella formazione infermieristica per utilizzare i risultati come base per informare le potenziali strategie di intervento, lo sviluppo del curriculum oltre a delineare le implicazioni per la futura pratica (Alshammari et al., 2018).

Dal background descritto nell'articolo emerge che nonostante i vari approvaioni da parte degli organismi professionali e i mandati per la valutazione nei dipartimenti di emergenza a livello internazionale, gli studi indicano la mancanza di indagini IPV/DVA nella maggior parte delle strutture ambulatoriali (Clark, Lynette e Mary, 2017). La valutazione infermieristica è considerata uno degli elementi più convincenti della comunicazione con i pazienti riguardo alla violenza domestica (Reis et al., 2010). Gli infermieri in diversi contesti sanitari dimostrano che le vittime di violenza domestica spesso discutono della loro esperienza relativa alla violenza se interrogate in merito con atteggiamento non giudicante, ma empatico e diretto.

Anche in questo articolo vengono identificate le barriere identificate dagli infermieri, ovvero: linguistiche, differenze culturali, paura delle ripercussioni delle leggi sull'obbligo di segnalazione, frustrazione è associata alle scarse risposte dei sistemi sanitari, storia di esposizione personale ad abusi, scarsa fiducia nelle domande, paura di offendere le vittime e mancanza di privacy, conoscenza delle risorse disponibili per le vittime, limiti di tempo e mancanza di formazione. Le barriere percepite relative al paziente consistono in: paura del coinvolgimento della polizia, mancanza di divulgazione, fattori socioeconomici, accesso alle cure a causa della prevenzione del perpetratore, vergogna e paura di ritorsioni e assenza di follow-up su rinvii (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen e MacMillan, 2012). I bisogni educativi sono identificati come l'aspetto precedente più importante (Crombie, Hooker e Reisenhofer, 2017). L'istruzione che inizia nelle scuole per infermieri continua durante il corso della carriera infermieristica che aiuta a preparare gli infermieri a ciò che è richiesto per una pratica IPV/DVA sostenuta. L'educazione è lo strumento di base o il facilitatore necessario per influenzare l'integrazione dello screening di routine da parte degli infermieri nei contesti pratici. I protocolli, le domande di screening di routine incluse nelle forme di valutazione e i suggerimenti sui grafici sono altri facilitatori che aumentano il processo di screening (Crombie et al., 2017). È stato registrato che più di un terzo degli infermieri non ha un'istruzione formale su IPV/DVA. Inoltre, la ricerca ha rilevato che c'è stata una

carezza di contenuti nel curriculum infermieristico correlato agli abusi domestici e alla violenza contro le donne (Alshammari et al., 2018).

Nel progetto è stata condotta una revisione integrativa utilizzando il quadro teorico sposato da Whittemore e Knafl (2005) per esaminare la letteratura, inclusi tutti gli approcci metodologici e consentire agli studi non sperimentali e sperimentali di comprendere in modo inclusivo il fenomeno oggetto di indagine. È stato utilizzato un processo sistematico ed esplicito per ridurre il rischio di parzialità, migliorare l'affidabilità dei risultati insieme a un utile raggruppamento di dati sia alle prove empiriche che teoriche (Alshammari et al., 2018).

I metodi di ricerca sono stati dei database elettronici tra cui: Science direct, host EBSCO, database PubMed Ovid Medline e Social Science Index, sono stati cercati per estrarre articoli pertinenti. La parola chiave violenza domestica/violenza da parte del partner è stata combinata con altri termini chiave; come "nurse", "abuse" "knowledge", "perception", "understanding" "integrative review", "education", "curriculum" and "women" e le frasi utilizzate che includono "nurses and domestic violence", "nurse education and domestic violence", "nurses training and domestic violence" e "relationship between nurses and abused women". Sono stati utilizzati connettori booleani e simboli di troncamento "OR", "AND" per unire i termini per focalizzare e ampliare la ricerca (Alshammari et al., 2018).

Nel capitolo riguardante i risultati della ricerca sono stati inclusi dei documenti scritti in lingua inglese pubblicati dall'anno gennaio 2000 a gennaio 2017. Questa revisione integrativa ha incluso studi di ricerca con metodo sia qualitativo, quantitativo e misto. Gli articoli riguardante gli infermieri sono stati inclusi nella revisione, mentre gli studi che coinvolgono ostetriche, altri operatori sanitari o medici sono stati esclusi. Vengono incluse la percezione, la comprensione, l'atteggiamento, la conoscenza e la pratica dell'infermiere nei confronti delle donne vittime di abusi domestici, tuttavia sono stati esclusi gli studi su uomini, bambini o abusanti sul posto di lavoro che hanno subito abusi domestici. sono stati inclusi anche articoli relativi al curriculum, alle competenze, all'istruzione, ai corsi e alla formazione degli infermieri sull'IPV/DVA contro le donne (Alshammari et al., 2018).

Per garantire la validità esterna e interna degli studi selezionati è stato utilizzato lo strumento di valutazione critica/lista di controllo del Briggs Institute del Joanna Briggs Institute (JBI) per esaminare la qualità metodologica degli articoli qualitativi e quantitativi in base al livello di evidenza. Mentre per gli articoli con metodo misto, è stato utilizzato il framework di valutazione critica di O'Cathain (2010). Questi strumenti sono stati utilizzati per caratterizzare i punti di forza, i limiti e l'impatto dei dati pertinenti con l'intenzione di indirizzare gli scopi/obiettivi della ricerca e la qualità delle prove fornite, principalmente estratte in linea con gli obiettivi specifici e gli scopi della revisione. È stato utilizzato questo strumento per ridurre rischio di errori/distorsioni durante l'estrazione dei dati da ciascun articolo individualmente (Alshammari et al., 2018).

È stata utilizzato l'analisi tematica come raccomandato da Aveyard (2010). Richiedeva di controllare la frequenza dell'aspetto del tema o il tipo di dati. L'analisi tematica è considerata l'approccio più adatto perché è un aspetto per avvicinarsi ai dati estratti e aumentare l'apprezzamento ancora più profondo del contenuto (Fink, 2010). L'analisi

tematica è stata effettuata sulla base della somiglianza del contenuto oltre ai modelli osservati negli articoli scelti (Alshammari et al., 2018).

La revisione finale ha prodotto 17 studi come mostrato nella Figura 1. Gli studi quantitativi sono stati dominati (N=8) (Tabella 6), solo due studi hanno utilizzato un approccio con metodo misto (N=2) (Tabella 7) e sette erano studi qualitativi (N=7) (Tabella 8). Inoltre, i temi sono stati individuati manualmente dall'autore (Tabella 9).

Gli infermieri spesso hanno bisogno di strategie appropriate e di competenze per rispondere a IPV/DVA per fornire un'assistenza ottimale. Glaister e Kesling (2002) hanno condotto uno studio descrittivo quantitativo con un campione casuale di 251 infermieri indicando che lo screening DVA tramite indagine di routine è necessario, ma dovrebbe essere specificamente acquisito per mezzo di formazione e istruzione insieme allo sviluppo di linee guida per aiutare l'invio e l'identificazione nei casi in cui viene divulgato un abuso domestico. È degno di nota che gli infermieri siano consapevoli del fatto che non è necessario essere esperti, tuttavia, devono fare riferimento ad alcune delle agenzie. La condivisione delle informazioni tra più agenzie è fondamentale per garantire che IPV/DVA, in particolare, i casi di vittimizzazione ripetuta vengano registrati in modo che sia possibile mettere in atto misure di assistenza e condurre una valutazione del rischio (Alshammari et al., 2018).

Le attuali conoscenze degli infermieri sono state determinate attraverso i punteggi identificati dal "Public Health Nurses' Response to Women Who Are Abused (PHNR)", un questionario standardizzato che misura le reazioni degli infermieri all'IPV. Gli infermieri hanno espresso e sostenuto l'importanza complessiva dell'educazione relativa all'IPV/DVA per gli operatori sanitari. Un punto di forza metodologico di questo studio è stato l'uso di un disegno pre e post test in grado di esaminare efficacemente gli effetti dell'intervento educativo. Pertanto, le infermiere tendono a non avere una formazione sulla violenza domestica e possedevano una conoscenza limitata, oltre a essere felici di impegnarsi con donne che hanno subito IPV/DVA (Alshammari et al., 2018).

Guruge (2012) ha effettuato uno studio descrittivo interpretativo qualitativo e Rigol-Cuadra et al., (2015) in uno studio qualitativo descrittivo si è centrato sui bisogni formativi, auspicabili per il sostegno continuativo delle donne che convivono con un compagno violento. Guruge (2012) ha reclutato un campione di convenienza di 30 infermieri in modo da determinare le pratiche di intervento e screening, i requisiti educativi percepiti e la conoscenza dei requisiti legali sulla violenza interpersonale. I risultati hanno sottolineato l'urgente necessità di un sistema sanitario che risponda alle esigenze di formazione e formazione continua degli infermieri per intraprendere corsi di laurea diversi dai diplomi (Alshammari et al., 2018).

L'identificazione delle ragazze e delle donne sottoposte a IPV/DVA è considerata un criterio per cure e trattamenti adeguati insieme all'invio specializzato ai servizi. L'identificazione di IPV/DVA negli ospedali sanitari può essere migliorata se le donne ne sono informate, mentre è sicura ed efficace solo se seguita da un'adeguata risposta (Al-Natour, Gillespie, Felblinger, & Wang, 2014; Beccaria et al., 2013; Davidov, Nadorff, Jack, & Coben, 2012; Davila, 2006; Guruge, 2012; Schoening et al., 2004). Questo tipo di divulgazione è relativamente basso per prevedere al meglio la prevalenza dell'IPV, mentre alcuni studi indicano che, nonostante la formazione per lo screening universale,

la maggior parte degli operatori si informa in merito in modo selettivo (Beccaria et al., 2013; Schoening et al., 2004).

Gli studi indicano che gli infermieri devono essere informati e formati sufficientemente in una varietà di modi per rispondere, nonché essere consapevoli degli indicatori di salute fisica relativi a IPV/DVA, insieme a indagare sulla violenza quando osservata (Bessette & Peterson, 2002).

Un altro studio ha dimostrato che la maggior parte delle donne trova tollerabili le domande relative a IPV/DVA (Schoening et al., 2004). Al contrario, uno studio su 112 infermiere (di età compresa tra 19 e 35 anni) ha mostrato che sono meno entusiaste di effettuare analisi o screening di routine delle donne che devono essere interrogate. La divulgazione di DVA è più attesa se le donne vengono informate in modo non giudicante o empatico, in un ambiente o può essere privato in cui la riservatezza deve essere protetta e un individuo si sente al sicuro. Agli infermieri può essere offerta formazione su come e quando chiedere informazioni, nonché su come offrire una risposta di prima linea che comprenda supporto, convalida dell'esperienza del paziente, ascolto empatico, in linea con il desiderio di una donna (Rigol-Cuadra et al., 2015).

Ulteriori oggetti degli studi esaminati (Dedavid da Rocha, Celeste Landerdahl, Ferreira Cortes, Becker Vieira, & de Mello Padoin, 2015; Duma, 2007; Rigol-Cuadra et al., 2015; Tambağ & Turan, 2015). sono stati gli atteggiamenti degli infermieri riguardo alla violenza domestica, il curriculum correlato a IPV/DVA e l'esperienza di apprendimento dell'infermiere. Gli studi sono stati fondati principalmente sul presupposto che un approccio importante per facilitare un'assistenza adeguata, per le donne è attraverso programmi educativi professionali che preparano infermieri qualificati, informati e sensibili sui contenuti legati alla violenza domestica. Gli studi si sono concentrati principalmente sul possibile impatto dei sentimenti degli infermieri sulle azioni degli infermieri e mettono in discussione la capacità di un infermiere di intervenire efficacemente quando alcuni con un atteggiamento negativo costituiscono la base per i punti di vista degli autori e dei sopravvissuti (Rigol-Cuadra et al., 2015).

Woodtli (2001) ha condotto uno studio qualitativo utilizzando interviste per raccogliere dati che descrivessero ed esplorassero gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti degli autori e dei sopravvissuti alla DVA. Nello studio è stato utilizzato un modello ecologico per la promozione della salute come valido quadro olistico, con una tecnica di campionamento di rete per reclutare un campione mirato di 13 infermieri partecipanti (Alshammari et al., 2018).

È stato utilizzato modello ecologico per la promozione della salute è stato utilizzato come struttura curricolare per il DVA collegato alla pratica e all'istruzione.

Gli atteggiamenti degli infermieri riguardo alla violenza domestica, il curriculum correlato a IPV/DVA e l'esperienza di apprendimento dell'infermiere sono stati oggetto degli studi esaminati (Dedavid da Rocha, Celeste Landerdahl, Ferreira Cortes, Becker Vieira, & de Mello Padoin, 2015; Duma, 2007; Rigol-Cuadra et al., 2015; Tambağ & Turan, 2015). Gli studi sono stati fondati principalmente sul presupposto che un approccio importante per facilitare un'assistenza adeguata, per le donne è attraverso programmi educativi professionali che preparano infermieri qualificati, informati e sensibili sui contenuti legati al DVA. Inoltre, è urgentemente necessario in qualsiasi curriculum che prepari i giovani infermieri alla pratica. Gli studi si sono concentrati principalmente sul possibile impatto dei sentimenti degli infermieri e le proprie azioni, mettendo in discussione la capacità di un infermiere di intervenire efficacemente quando alcuni con un atteggiamento negativo

costituiscono la base per i punti di vista degli autori e dei sopravvissuti (Rigol-Cuadra et al., 2015).

Woodtli (2001) ha condotto uno studio qualitativo utilizzando interviste per raccogliere dati che descrivessero ed esplorassero gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti degli autori e dei sopravvissuti alla DVA. Nello studio è stato utilizzato un modello ecologico per la promozione della salute come valido quadro olistico. È stata utilizzata una tecnica di campionamento di rete per reclutare un campione mirato di 13 infermieri partecipanti. Il modello ecologico per la promozione della salute è stato utilizzato come struttura curriculare per il DVA collegato alla pratica e all'istruzione. I risultati suggeriscono che l'educazione infermieristica dovrebbe preparare gli infermieri con competenze e conoscenze adeguate, per intervenire a diversi livelli come politica pubblica, comunitaria, istituzionale, interpersonale e personale. La forza metodologica di questo studio è stata l'uso del campionamento mirato che si rivolge principalmente a campioni altamente omogenei ed è stato quindi considerato il migliore per rispondere alla domanda di ricerca proposta. Altri studi Duma (2007) hanno utilizzato studi di caso qualitativi descrittivi e Dedavid da Rocha et al. (2015) hanno utilizzato un disegno di ricerca qualitativa esplorativa descrittiva per convalidare il significato relativo di un certo argomento che può essere giudicato dal suo significato rispetto ai curricula di base dei corsi di qualificazione per infermiere. Un altro studio condotto da Rigol-Cuadra et al. (2015) e Duma (2007) ha fornito diverse raccomandazioni e suggerimenti riguardanti importanti contenuti curricolari e le competenze infermieristiche necessarie proposte. Tuttavia, questi studi erano qualitativi e non riuscivano ad attingere a un genere metodologico scientifico rigoroso come l'etnografia e la teoria fondata (Alshammari et al., 2018).

Per analizzare le abilità comunicative degli infermieri Beccaria et al. (2013) hanno utilizzato un progetto di studio con metodo misto per esaminare 62 intervistati e intervistare 27 studenti infermieri. Lo studio ha esaminato la comprensione e le percezioni degli infermieri universitari nei confronti di DVA/IPV. Anche la comunicazione efficace con le donne che soffrivano di IPV era un fattore statisticamente significativo. L'abilità più richiesta rivelata dagli infermieri era la comunicazione. La progettazione del metodo misto utilizzata nello studio includeva i vantaggi di approcci alla ricerca sia quantitativi che qualitativi, spesso producendo una migliore validità dei risultati. Al contrario, Guruge (2012) ha condotto un disegno descrittivo interpretativo qualitativo reclutando un campione di convenienza di 30 infermieri dello Sri Lanka. Questo studio ha evidenziato gli ostacoli all'offerta di assistenza come minacce alla sicurezza del paziente, barriere linguistiche, mancanza di comunicazione e associazione tra le diverse parti interessate nell'assistenza sanitaria (Alshammari et al., 2018).

In questo studio sono state riscontrate diverse limitazioni che hanno impedito ai risultati di essere generalizzabili. Uno includeva che gli incontri con le donne non erano stati videoregistrati, il che aumentava la probabilità di una sostanziale comunicazione non verbale. Duma (2007) ha sostenuto tale intuizione secondo cui le donne erano più propense a rivelare la loro esperienza DVA solo se il personale utilizzava domande aperte e introduceva l'argomento per sondare ulteriori violenze e indagare sulle domande di follow-up. Questo studio ha anche evidenziato la necessità di un ambiente clinico alternativo come un ricovero per le donne che soffrono di DVA (Alshammari et al., 2018).

Tra i punti di forza c'è stato un miglioramento della nostra revisione dall'implementazione di uno strumento di valutazione critica "JBI" per valutare la qualità di ogni studio e un numero enorme di studi internazionali conteggiati nell'analisi.

Mentre i limiti sono stati che, la letteratura grigia non è stata cercata. L'esclusione degli studi in lingue diverse dall'inglese è stata anche una limitazione che ha comportato l'esclusione di alcune prove sostanziali e importanti. Sebbene questa revisione sia stata sistematica nelle nostre fasi e processi di revisione, non è stata una revisione sistematica. L'adozione di un approccio di revisione sistematica avrebbe accresciuto il rigore scientifico della revisione, tuttavia, le limitate risorse finanziarie e di personale ci hanno impedito di adottare questo approccio (Alshammari et al., 2018).

In conclusione il maggior successo per l'implementazione si basa sui bisogni di sviluppo sulla formazione degli infermieri coinvolti. Gli infermieri tendono a svolgere un ruolo statisticamente significativo nel riconoscere le persone vittime di DVA, promuovendo gli sviluppi del piano di sicurezza e accelerando l'accesso al supporto oltre all'assistenza. La revisione ha offerto approfondimenti sulle opinioni degli infermieri su IPV/DVA e identifica la necessità di una costante considerazione per affrontare i bisogni educativi. La revisione richiama l'attenzione sulla necessità che la ricerca futura influenzi la formazione degli infermieri sulla formazione di un atteggiamento professionale adeguato nei confronti dell'IPV/DVA e influenzi le pratiche cliniche (Alshammari et al., 2018).

I risultati ottenuti da questa revisione possono essere significativi per la pratica infermieristica, poiché il personale infermieristico che si prende cura delle donne che soffrono di DVA può essere facilitato nello sviluppo di un atteggiamento positivo verso l'uso di domande di screening, migliori metodi di comunicazione e formazione avanzata durante il corso del loro studio. Gli infermieri hanno spesso il dovere di prendersi cura dei propri pazienti/clienti, tuttavia si ritiene che l'IPV/DVA sia in gran parte non denunciato o non richiesto, con molte donne che tornano a casa con l'autore del DVA (Alshammari et al., 2018).

Il settimo articolo è intitolato "*Domestic violence: what can nurses do?*" Scritto da Charmaine Power, pubblicato nel 2004. Questo articolo ha come focus la violenza sulle donne in ambito domestico.

Nell'introduzione viene descritta l'importanza della violenza domestica e come durante il corso degli anni si sia ampliata la sua gravità e cosa si può fare per assistere gli autori di abusi e le esigenze di coloro che sono stati vittime di abusi in tutte le aree, compresi i servizi sociali, l'alloggio, legale e i servizi sanitari (Power, 2004).

Viene descritto il ruolo degli infermieri che lavorano nei servizi sanitari. Viene riferito che essi sono stati riluttanti a riconoscere la violenza domestica come un problema sanitario. Nonostante ciò, gli infermieri hanno un ruolo importante da svolgere nel loro lavoro in ambito ospedaliero e comunitario. Le evidenze mostrano che gli effetti della violenza domestica hanno un profondo impatto sulla salute (Power, 2004).

Dalla ricerca emerge che le donne che hanno subito violenze, tendono a non chiedere aiuto direttamente ai professionisti, in una recente indagine sulla sicurezza delle donne, il 79% delle donne che hanno subito aggressioni fisiche e l'81,25% che hanno subito aggressioni sessuali hanno avuto non ho cercato alcun aiuto professionale (Power, 2004).

Gli ostacoli della scoperta della violenza domestica includono: la paura per la propria incolumità o per quella della famiglia, attaccamento emotivo o amore per il partner, speranza che il comportamento del partner potrebbe cambiare, vergogna e imbarazzo, impegno nella relazione, rimanere per il bene dei propri figli, depressione e stress, isolamento, mancanza di fiducia nella capacità altrui di aiutare e fede nel valore della padronanza e dell'indipendenza (Power, 2004).

La valutazione alle donne che subiscono violenza domestica deve avvenire sulla consapevolezza del fatto che, alcuni dei seguenti segni fisici o lesioni potrebbero essere ricondotti ad essa: lividi al torace e all'addome, lesioni multiple, lievi irritazioni, timpani rotti, dedicarsi alla ricerca di cure mediche, schemi di lesioni ripetute (Power, 2004).

Le donne che non presentano lesioni fisiche saranno propense a presentare: disabilità legata allo stress, ansia, attacchi di panico, stress e/o depressione, abuso di droghe, mal di testa cronici, asma, vaghi dolori, dolore addominale, diarrea cronica, disfunzione sessuale, secrezioni vaginali, dolori articolari, dolori muscolari, disturbi del sonno e dell'alimentazione, tentativi di suicidio, disturbi psichiatrici, problemi ginecologici, aborti spontanei, dolore pelvico cronico. Le donne possono ulteriormente apparire nervose, evasive, vergognose. Viene raccomandato fare domande generali, come: *“Come vanno le cose a casa?”, “Come va con il tuo partner?”*, *“Succede qualcosa che potrebbe influire sulla tua salute?”*. Emerge che altre domande specifiche legate alle osservazioni comuni potrebbero includere: *“Va tutto bene a casa? Sembri molto ansiosa”*, altre domande potrebbero includere: *“Ci sono mai stati momenti in cui hai paura del tuo partner?”*, *“Sei preoccupato per la tua sicurezza o per quella dei tuoi figli?”*, *“Il modo in cui il tuo partner ti tratta ti fa mai sentire infelice o depressa?”* (Power, 2004).

La risposta delle infermiere alle vittime di violenza può avere un profondo effetto sulla disponibilità ad aprirsi o cercare aiuto. Alcune risposte per favorire una comunicazione di successo potrebbero essere: l'ascolto, enfatizzare l'inaccettabilità della violenza, la convalida della decisione di divulgazione, comunicare le proprie credenze. Quello che sarebbe opportuno non fare domande che potrebbero far pensare alla vittima che sia una sua colpa, come *“perché ti ha colpita?”*, *“perché sei rimasta con una persona così?”*, *“cosa avresti potuto fare per evitare questa situazione?”* (Power, 2004).

Emerge che al fine di aiutare la donna a sentirsi protetta bisogna fare una valutazione della sua incolumità, questo può essere fatto attraverso domande riguardante la sua sicurezza a casa, se necessita un immediato posto dove si potrebbe sentire al sicuro, se saprebbe cosa fare e dove andare nel caso non si sentisse più al sicuro nella propria abitazione, se è a conoscenza dei numeri d'emergenza (Power, 2004).

Al fine di creare una comunità libera dalla violenza gli infermieri devono essere informati, insistere, affinché le organizzazioni in cui lavorano accettino questa responsabilità e lavorino insieme, al fine di creare ambienti che supportino le persone che subiscono violenza domestica (Power, 2004).

L'ottavo articolo analizzato prende il titolo di *“Gender and violence against women in nursing literature: a review”* scritto da Maiara Cardoso Duarte, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Vania de Souza, Èrica Dumont Pena, pubblicato nel 2015. Si tratta di una revisione della letteratura.

Nell'introduzione viene spiegato il concetto di genere e le trasformazioni che ha subito, vengono menzionati gli studi di genere effettuati che hanno cercato di ampliare e diversificare le conoscenze sulle dinamiche dei rapporti tra uomini e donne, dimostrando le diverse condizioni di vita delle donne che si traducono in disuguaglianze di potere e creare un grave scenario associato alla violenza, predominante in ambito domestico e affettivo. Viene menzionato il Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002, in cui la percentuale di donne che ha riferito di aver subito almeno un'aggressione fisica da parte di un partner intimo variava dal 10% al 34,4% secondo i dati ricavati dalle dichiarazioni delle vittime di violenza. Questi risultati sottolineano l'urgente necessità di riconoscere le disuguaglianze di genere come un problema di salute pubblica.

La prevalenza di donne nell'équipe sanitarie, ha il potenziale per portare nella pratica sanitaria delle riflessioni sul genere e per ampliare la prospettiva sul problema della violenza contro le donne. Indipendentemente da ciò, gli studi hanno rivelato che le pratiche sanitarie sono degenerate e non tengono conto dei processi sociali che costruiscono le differenze tra donne e uomini, quindi prevalentemente basate su una prospettiva biologica. Comprendere l'importanza della conoscenza del genere permette di essere utilizzato come strumento di guida per una visione allargata dell'infermieristica e il potenziale dei professionisti infermieristici per aiutare a costruire l'autonomia delle donne rispetto alla violenza di genere, che sono state l'ispirazione di questo studio, esso mirava a conoscere cosa viene prodotto e pubblicato su genere e violenza contro le donne nelle principali riviste infermieristiche brasiliane. Lo scopo era quello di comprendere le lacune presenti in questo tipo di conoscenza, indicare le sfide e le potenzialità in questo settore (Duarte et al., 2015).

È stata effettuato una revisione integrativa basata sulla seguente domanda: cosa è stato pubblicato nelle principali riviste infermieristiche nazionali su genere e violenza contro ragazze giovani, adolescenti e donne adulte? La ricerca è stata condotta nel database LILACS. Criteri d'inclusione sono stati le pubblicazioni su riviste infermieristiche nazionali con classificazione; il termine genere nel titolo, nell'abstract o nelle parole chiave, nonché le derivazioni dei termini identità di genere e violenza di genere; articoli pubblicati tra il 2000 e il 2012; e disponibilità online. I criteri di esclusione erano riviste non accessibili online; abstract in cui il termine genere è stato utilizzato come sinonimo di sesso e non come categoria; e articoli in cui il genere non era trattato come una costruzione sociale. Usato come sinonimo di sesso, il termine genere non affronta le dinamiche delle relazioni sociali e di potere, fondamentali per uno studio che si propone di esaminare le disuguaglianze di genere e la violenza contro le donne. La selezione dei testi è stata effettuata attraverso la lettura degli abstract e dell'intero articolo quando le informazioni dell'abstract non erano sufficienti. Gli articoli sono stati ordinati in una tabella riassuntiva costituita dal nome della rivista; classificazione Quali; anno di pubblicazione; descrittori; autore/i; educazione dell'autore(i); tipo di studio; Origine dei dati; scenario; soggetti; strumento di ricerca o tecnica di raccolta dati; forma di elaborazione delle informazioni; e tipi di violenza affrontati (Duarte et al., 2015).

Dagli articoli utilizzati per lo studio emerge che sulla percezione degli operatori sanitari sulla prevenzione e la cura dei casi di violenza sulle donne, si è riscontrato che essi riconoscono questa situazione come un problema da affrontare, pur condividendo

sentimenti di impotenza, incapacità, disagio e ansia di fronte con questi casi. Questi stessi professionisti hanno anche dimostrato di riconoscere i ruoli sociali idealizzati per uomini e donne, sebbene questo riconoscimento non fosse sempre associato alle disuguaglianze di genere, ad esempio, quando hanno considerato che le donne dovrebbero prendere l'iniziativa per rompere con la situazione di violenza nella relazione (Duarte et al., 2015).

Il tipo di violenza affrontato negli articoli era principalmente sponsale (32%): quella praticata da partner intimi, caratterizzato come fisico nell'87,5% degli articoli, morale nel 37,5% e sessuale e psicologico nel 75%, rispettivamente. La violenza coniugale è stata anche identificata in tre studi come responsabile dell'emergenza genesi di un sentimento ambiguo segnato sia dalla sottomissione, umiliazione e affetto per la persona che domina la vittima. La seconda forma di violenza più identificata negli articoli è stata quella domestica (20%). Dalla discussione emerge che l'importanza del coinvolgimento dei professionisti nel processo investigativo diventa ancora più importante data la possibilità di un approfondimento teorico e pratico dei limiti e delle potenzialità per la prevenzione e la cura dei casi di violenza. La complessità in questa pratica è dimostrata in questo studio dalle contraddizioni individuate nelle affermazioni di questi professionisti che, pur riconoscendo l'importanza di ricercare strategie per far fronte alla violenza contro le donne, allo stesso tempo rivelano una visione androcentrica in cui gli uomini sono rappresentati dalla figura che detiene il potere nei confronti delle donne, considerate deboli e sottomesse. Questa errata percezione può far sì che molti professionisti infermieristici si sentano non responsabili o impotenti di fronte alla violenza perpetrata contro le donne. Allo stesso tempo, può contribuire all'ascolto acritico nel processo di cura e all'attribuzione di responsabilità alla donna abusata sia per l'esistenza della situazione di violenza che per porvi fine (Duarte et al., 2015).

La necessità di riconoscere e approfondire i ruoli sociali idealizzati per donne e uomini e le conseguenze di tali costrutti sociali, comprese le disuguaglianze di genere che si riflettono in tutti gli ambiti della vita, in particolare la salute. Negli articoli indagati si è notato che la maggior parte degli studi fa riferimento a donne che hanno subito violenze e che hanno anche un basso livello di istruzione. Il resto riguardava gli autori di reato di sesso maschile e quelli che hanno esaminato congiuntamente donne e FHS, nonché donne e autori di reati di sesso maschile (Duarte et al., 2015).

I risultati di questo articolo hanno consentito una maggiore conoscenza delle lacune, delle difficoltà e delle potenzialità sia della pratica che della ricerca incentrata sulla violenza contro le donne. Gli operatori sanitari sono stati identificati come chiave per il riconoscimento dei casi di violenza, poiché le donne che la subiscono tendono a cercare servizi a causa delle conseguenze fisiche e psicologiche che subiscono. La scarsa preparazione di molti operatori sanitari ha rivelato la loro responsabilità nel riprodurre le disuguaglianze di genere. Oltre a riconoscere i casi, i professionisti dovrebbero essere formati per lavorare sui temi del genere e della costruzione dell'autonomia, aiutando nella prevenzione di nuovi casi di violenza e nella diffusione dei risultati della loro pratica quotidiana (Duarte et al., 2015).

Il nono articolo prende il nome di *"The influence of an educational intervention on nursing students' domestic violence knowledge and attitudes: a pre and post intervention study"* scritto da Frances Doran e Thea van de Mortel e pubblicato nel

2022. Come premessa nell'articolo viene menzionato più volte l'acronimo DV, che vale a dire domestic violence e tradotto vale a dire violenza domestica.

In questo articolo viene in primo luogo la definizione di violenza domestica, l'epidemiologia e fa un riferimento all'aumento di essa avvenuto durante la pandemia di COVID-19 (Doran & Mortel, 2022). Vengono menzionati gli ostacoli a una prevenzione e cura efficaci includono atteggiamenti stereotipati e di genere che normalizzano all'interno delle relazioni intime con i partner e la colpa della vittima, insieme a una preparazione insufficiente nei corsi universitari sulla violenza di genere e strategie di screening, comunicazione e gestione (Doran & Mortel, 2022).

Nonostante il supporto globale per l'integrazione del contenuto DV nei diplomi universitari di professionisti sanitari, circa l'80% degli operatori sanitari non ha mai ricevuto una formazione sulla gestione DV. Mentre gli studenti infermieri che ricevono una formazione sulla DV sono meglio preparati per la pratica clinica con una comprensione del contesto della DV rispetto a quelli che non hanno avuto tale formazione, la ricerca rivela una valutazione DV integrata, il contenuto dell'intervento e l'esperienza clinica pianificata - mancano le competenze all'interno dei corsi di laurea in infermieristica, così come le valutazioni rigorose delle strategie educative DV efficaci nella formazione infermieristica. Viene riferito che molti studenti di infermieristica comprendono la natura e le conseguenze del DV, altri mostrano atteggiamenti stereotipati e di genere che normalizzano la violenza all'interno delle relazioni intime con i partner. Viene menzionata la presenza di una task della violenza domestica del Queensland che suggerisce che i corsi universitari offrano l'opportunità per cambiare l'atteggiamento nei confronti della violenza domestica e fornire ai laureati gli strumenti per comprenderlo ed affrontarlo. Diversi studi hanno riportato specifici interventi educativi sulla violenza nei curricula professionali sanitari; una meta-analisi sull'educazione digitale, per gli ospiti sanitari pre e post-registrazione ha indicato risultati migliori rispetto a nessun intervento o metodi di insegnamento tradizionali, sebbene il livello di evidenza fosse scarso (Doran & Mortel, 2022).

Questo studio mirava a valutare l'influenza di un intervento educativo sulla conoscenza e sugli atteggiamenti degli studenti infermieri e ad accettare le percezioni degli studenti sulle strategie di insegnamento più utili (Doran & Mortel, 2022).

Come metodo di analisi è stato utilizzato un disegno pre-post intervento quasi sperimentale per esplorare l'impatto di un seminario educativo sulla conoscenza e sugli atteggiamenti nei confronti della violenza domestica da parte degli studenti di infermieristica universitaria (Doran & Mortel, 2022).

L'intervento formativo comprendeva una lezione preregistrata di 40 minuti sulla violenza domestica e un laboratorio in presenza di due ore facilitato da un esperto di violenza, supportato da letture e comportamenti trattati inclusi; i suoi impatti sulla salute, la prevalenza e i fattori che vi hanno contribuito; il ruolo dell'infermiere e l'importanza dello screening e l'uso di un linguaggio appropriato con le vittime (Doran & Mortel, 2022).

Dai risultati è emerso che 198 studenti hanno completato il sondaggio pre-intervento, 176 hanno completato il sondaggio post-intervento e 59 hanno completato entrambi (Doran & Mortel, 2022).

Gli studenti infermieri hanno dimostrato un miglioramento significativo e lievemente positivo nella conoscenza e negli atteggiamenti nei confronti della violenza domestica. Un fattore sottostante significativo nel DV è la disuguaglianza tra uomini e donne e lo status inferiore delle donne rispetto agli uomini nella società. Questi fattori

contribuiscono ai driver di genere della violenza, che sono espressi attraverso costruzioni stereotipate di mascolinità, mancanza di rispetto per le donne e convinzioni che incolpano le donne per la violenza (Doran & Mortel, 2022). Gli studenti che hanno partecipato al sondaggio non hanno mostrato atteggiamenti negativi e le differenze di genere, non erano evidenti nello studio. Uno studio turco che esamina gli atteggiamenti di 750 studenti di ostetricia e infermieristica nei confronti della violenza contro le donne ha rilevato che la capacità degli studenti di riconoscere la violenza era inversamente correlata agli atteggiamenti tradizionali nei confronti delle donne (Doran & Mortel, 2022).

L'educazione alla violenza domestica a livello di base deve comprendere un'esplorazione di miti e atteggiamenti che devono essere affrontati prima di entrare nella pratica clinica. I risultati di una revisione dell'ambito che ha esplorato l'assistenza sanitaria fornita a coloro che sperimentano DV all'interno di contesti di assistenza sanitaria primaria in America, Regno Unito, Svezia e Brasile, hanno identificato la mancanza di preparazione educativa come un impedimento all'assistenza completa e un bisogno urgente per gli infermieri di essere meglio preparati dal punto di vista educativo (Doran & Mortel, 2022). Diversi studi hanno dimostrato un miglioramento degli atteggiamenti e delle abilità dopo sessioni di insegnamento più lunghe, sebbene non vi sia stato alcun confronto dei risultati tra sessioni di istruzione, più brevi e più lunghe. Anche delle studentesse infermiere e ostetriche turche esposte a una lezione di 2 ore per 14 settimane sulla violenza domestica, hanno mostrato una significativa riduzione degli atteggiamenti tradizionali del gruppo e hanno migliorato la loro capacità di riconoscere i segni della violenza e le loro opinioni sui ruoli professionali (Doran & Mortel, 2022).

Emerge che gli atteggiamenti negativi, la disinformazione e la mancanza di impegno devono essere affrontati nell'istruzione universitaria. In caso contrario chi eroga le cure potrebbe essere messo in dubbio e accusati di non aver riconosciuto la violenza (Doran & Mortel, 2022).

Analisi dei risultati

I nove articoli che ho scelto, contengono all'interno studi effettuati in posti diversi fra loro, ma il linguaggio in cui sono stati scritti gli articoli si trova simile fra loro. Sono stati identificati ciò che porta ad ostacolare il lavoro dell'infermiere nel riconoscere la violenza domestica e di conseguenza ciò che potrebbe aiutare il personale a migliorare la qualità della propria assistenza.

Gli argomenti principali, rilevanti ed emersi dall'analisi degli articoli sono: le barriere che si trovano tra paziente ed infermiere, l'impatto che il comportamento dell'infermiere può avere nella relazione e salute della donna maltrattata, importanza della formazione sulla violenza domestica per la gestione di una situazione acuta, i test di screening, raccomandazioni per il futuro.

Tra i principali ostacoli che possiamo trovare tra paziente e infermiere al fine di effettuare una screening della violenza domestica sono l'esistenza di barriere linguistiche che rende più difficile porre le domande al paziente, una storia personale o familiare di abuso, una mancanza di formazione su come affrontare l'abuso, la

mancanza di tempo sulla capacità di esaminare, come sottolineato da Yokana et al., (2007), viene aggiunto da Cremonini et al., (2017), che l'assenza di linee guida, la presenza del partner, presenza di barriere culturali, contribuiscono alla creazione di ostacoli per la relazione. Sono stati segnalati ulteriori limiti, secondo Olive (2007), fattori istituzionali che riguardano mancanza di privacy, di servizi sociali fuori orario, mancanza di personale ad un progetto influiscano su una buona qualità di assistenza, in oltre il pronto soccorso viene descritto come un luogo non dotato delle risorse necessarie a raggiungere obiettivi a lungo termine. Secondo Da Silva et al., (2019) ulteriori fattori che possono ostacolare una buona relazione tra paziente e infermiere è l'insensibilità e di nuovo mancanza di formazione degli operatori sanitari; la tendenza alla medicalizzazione dei casi e una scarsa articolazione tra i diversi settori della società. Viene menzionato il fatto che l'assistenza alle vittime provoca diverse reazioni in base all'esperienza di ciascun professionista, si possono mostrare le reazioni, non verbali, emotive, disagio, non voler dimostrare insensibilità o paura. Emerge la difficoltà a scindere la professionalità come operatore e i propri valori, associata anche alla paura di denunciare. Un ulteriore atto che provoca difficoltà è la negazione dell'atto violento, da parte della donna stessa. Le barriere evidenziate da Alshammari et al., (2018), oltre a quelle menzionate fino ad ora sono le ripercussioni delle leggi sull'obbligo di segnalazione, frustrazione associata alle scarse risposte del sistema sanitario, scarsa fiducia nelle domande, paura di offendere le vittime, mancanza di privacy e conoscenza delle risorse disponibili per le vittime. Mentre per quanto riguarda le barriere emerse da parte del paziente sono: la paura per il coinvolgimento della polizia, mancanza di divulgazione, fattori socioeconomici, accesso alle cure a causa della prevenzione del perpetratore, vergogna e paura di ritorsioni, più l'assenza di follow-up. Altri ostacoli, possono essere, offerte di assistenza come minacce alla sicurezza per paziente, mancanza di comunicazione e associazione tra le diverse parti interessate nell'assistenza sanitaria. Secondo Power (2004), gli ostacoli della scoperta della violenza domestica include: paura per la propria incolumità o quella della famiglia, attaccamento emotivo per il partner, speranza che il comportamento del partner potrebbe cambiare, vergogna e imbarazzo, rimanere per il bene dei propri figli, depressione e stress, isolamento, mancanza di fiducia nelle capacità altrui di aiutare. Duarte et al., (2015), menziona la complessità di questa pratica, dimostrata dalle contraddizioni nelle affermazioni dei professionisti sanitari, che anche riconoscendo l'importanza di ricercare strategie per far fronte alla violenza contro le donne, allo stesso tempo rivelano una visione androcentrica in cui gli uomini sono rappresentati dalla figura che detiene il potere nei confronti delle donne, considerate deboli e sottomesse. Questa percezione errata, può portare i professionisti a sentirsi non responsabili o impotenti di fronte alla violenza. Infine secondo Doran & Mortel (2022) emerge che la mancanza di preparazione educativa, viene identificata come un impedimento all'assistenza completa e un bisogno urgente di essere meglio preparati dal punto di vista educativo.

Per quanto riguarda l'impatto che ha il comportamento dell'infermiere nella relazione e salute della donna maltrattata, Cremonini et al., (2017) riporta uno studio effettuato da Leppäkoski e i suoi collaboratori in viene evidenziato che le vittime ricercano negli operatori del reparto d'emergenza non solo una cura delle lesioni, ma un sostegno psicologico in cui vengano illustrati e spiegati i servizi che possono aiutare. È presenta una buona conoscenza degli infermieri in merito alla violenza domestica e sono

consapevoli che non sempre la donna maltrattata presenti delle lesioni fisiche. Il lavoro degli infermieri intraospedaliero può avere maggior beneficio in quanto si ha la possibilità di accedere a maggiori strumenti e tempo di riconoscere segni e sintomi del maltrattamento, la vittima ha la possibilità di ricevere maggior empatia ed un maggiore supporto psicologico, mentre il servizio extraospedaliero possiede un modello organizzativo che porta gli infermieri a concentrarsi maggiormente sui problemi che riguardano la sfera fisica e meno quella emotiva, in quanto la relazione viene a mancare, di conseguenza c'è una probabilità maggiore che la donna maltrattata racconti storie improbabili sull'entità delle proprie lesioni. Viene riportato l'aumento di questa tipologia di utenza e il mancato riconoscimento della violenza è un fattore che può incrementare le problematiche a distanza e la cronicità di alcune patologie.

Secondo Olive, 2007, l'efficacia dello screening è influenzato negativamente se l'operatore sanitario mostra un atteggiamento che può suggerire la mancanza di empatia, comprensione o rispetto, che porta ad una ridotta probabilità che la donna riveli l'abuso. Da Yam (2000) ha studiato le donne dei rifugi che hanno frequentato il pronto soccorso ed emerge che, il personale veniva percepito come indifferente, controllante, frettoloso e preoccupato solo di curare le lesioni fisiche e privo di umanità e compassione. Di conseguenza le donne si sentivano imbarazzate, sole, spaventate, arrabbiate, frustrate e preoccupate. L'assistenza dovrebbe includere istruzione e informazione. Fornire supporto migliorare la sicurezza e promuovere l'autoefficacia. Assistenza emotiva e psicologica attraverso l'ascolto e la dimostrazione di empatia, comprensione e rispetto per le decisioni del paziente. Pianificare la sicurezza, fornire informazioni sulla violenza domestica, supporto e opzioni disponibili, numeri di telefono da contattare in caso di emergenza e non. È necessario mantenere la privacy e includere una valutazione completa sui bisogni del paziente. Le donne maltrattate con un sostegno sociale più elevato avevano una probabilità significativamente inferiore di segnalare problemi di salute mentale e fisica. Le scoperte di Coker et al. (2002) suggeriscono che le donne maltrattate che ricevono più sostegno possono sperimentare una migliore salute mentale, sebbene sia anche possibile che quelle in grado di trovare supporto sociale siano quelle che non svilupperebbero comunque esiti negativi di salute mentale.

Secondo Da Silva et al., (2019) risulta la forma distinta di cura, ovvero: umanizzante, olistica e accogliente. L'accoglienza della vittima è il fattore fondamentale che permette di far iniziare un percorso umanizzante e individualizzato, utile per stabilire un legame, e mostrare la propria empatia alla vittima; è necessario mostrare solidarietà per il suo dolore e la sua sofferenza. È necessario tener conto dell'individualità di ogni persona, soprattutto in presenza di fragilità, mantenere la privacy, della dignità della vittima, adottando un atteggiamento accogliente. Viene aggiunto che è necessario effettuare un approccio in modo tale che la donna si senta sicura e tranquilla, in modo da procedere con la denuncia della violenza, facendola a sentire a proprio agio in una situazione molto controversa. Alcuni fattori strategici dell'infermiere con l'approccio con la vittima, possono contribuire a migliorare gestione della situazione, come: calmare la donna, guidarla spiegandole che si trova in un ambiente sicuro. La donna può sentirsi intimidita in relazione alle informazioni che le vengono fornite durante il servizio. Quando le donne denunciano i loro partner sperano di trovare un sostegno e questo non sempre accade, questo sembra essere un fattore, che porti la donna a tornare alla convivenza con l'autore dell'aggressione.

Secondo Alshammari et al., (2018) la pratica dell'infermiere garantisce delle esigenze psicologiche e fisiche. Emerge che le vittime discutono della loro esperienza relativa alla violenza, se l'infermiere assume un atteggiamento non giudicante, empatico e diretto. Dall'articolo scritto da Power, 2004, vengono segnalate le risposte delle infermiere alle vittime di violenza può avere un profondo effetto sulla disponibilità ad aprirsi o cercare aiuto. Alcune risposte per favorire una comunicazione di successo, potrebbe essere: l'ascolto, enfatizzare l'inaccettabilità della violenza, la convalida della decisione di divulgazione, comunicare le proprie credenze. Ciò che sarebbe opportuno fare è non colpevolizzare la vittima. Per aiutare la donna e farla sentire al sicuro, la valutazione deve proteggere la sua incolumità attraverso domande riguardante la sicurezza a casa.

Secondo Duarte et al., (2015), gli infermieri riconoscono la violenza di domestica come un problema da affrontare, seppure provano sentimenti di incapacità, disagio e ansia, di fronte a questi casi.

L'importanza della formazione sulla violenza domestica per la gestione di una situazione acuta viene menzionata da diversi articoli. Da Cremonini et al., (2017) emerge che al fine di prestare un ottimale soccorso e approcciarsi al meglio alla donna che subisce violenza è necessaria una formazione specifica, che permetta di riconoscere i segni di violenza fisica, sessuale e psicologica. Emerge che dai dati esiste una corretta necessità di eseguire un aggiornamento professionale al fine di sviluppare ed aumentare le competenze del dipartimento di emergenza per quanto riguarda la violenza domestica. Gli stessi infermieri ritengono che la propria formazione sia insufficiente per conoscere e applicare competenze per il riconoscimento della violenza domestica. Per sconfiggere questo fenomeno, gli infermieri devono essere una parte preparata, che porti le donne ad essere tutelate.

Per Da Silva et al., (2019) la mancanza di formazione rendono il problema della violenza domestica ancora più complesso e di difficile approccio. Per garantire una migliore cura, sensibilizzare l'importanza di quello che è accaduto, rompere i preconcetti e una corretta formazione alla diagnosi delle situazioni sono condizioni necessarie affinché gli operatori sanitari possano rilevare e segnalare situazioni di violenza. Secondo Alshammari et al., (2018) le competenze di cui dovrebbero essere dotati gli infermieri sono delle conoscenze ed una formazione per classificare i problemi e gestire i diversi pazienti. L'istruzione che inizia nelle scuole per infermieri continua durante il corso della carriera infermieristica, che aiuta a preparare gli infermieri a ciò che è richiesto per una pratica sostenuta. L'educazione è uno strumento di base o il facilitatore necessario per influenzare l'integrazione dello screening di routine. È stato registrato che più di un terzo degli infermieri non ha un'istruzione formale. Guruge (2012) ha reclutato un campione di convenienza di 30 infermieri in modo da determinare le pratiche di intervento e screening, i requisiti educativi percepiti e la conoscenza dei requisiti legali sulla violenza interpersonale. I risultati hanno sottolineato l'urgente necessità di un sistema sanitario che risponda alle esigenze di formazione e formazione continua degli infermieri per intraprendere corsi di laurea diversi dai diplomi (Alshammari et al., 2018).

Dallo studio di Doran & Morten (2022), emerge che l'80% degli operatori sanitari non ha mai ricevuto una formazione sulla gestione della violenza domestica. Gli studenti che ricevono una formazione sulla violenza domestica sono preparati meglio per la pratica clinica con una comprensione del contesto, migliore di chi non ha ricevuto tale

formazione. L'educazione alla violenza domestica a livello di base deve comprendere un'esplorazione di miti e atteggiamenti che devono essere affrontati prima di entrare nella pratica clinica. La mancanza di preparazione educativa è identificata come un impedimento all'assistenza completa e un bisogno urgente per gli infermieri di essere meglio preparati dal punto di vista educativo.

Yonaka et al., sottolinea che l'esecuzione dello screening per la violenza domestica sia importante per la prevenzione nel rischio di lesioni e continuo abuso. Dallo studio è emerso che il 51% delle infermiere registrate ha indicato di aver sottoposto lo screening di routine a tutte le pazienti per verificare la presenza di abusi. Questo può indicare che gli infermieri controllano con abitudine i pazienti selezionati, che presentano i segni evidenti di abuso, dunque non vengono controllati generalmente tutti i pazienti. Olive (2007) tratta la metodologia di screening, dove il pronto soccorso è stato riconosciuto come luogo in cui le persone che subiscono violenza, possono cercare aiuto. Uno screening positivo per la violenza è il catalizzatore per lo sviluppo di un piano di assistenza, appropriato e negoziato. Esso implica chiedere direttamente al paziente, per la sua esperienza personale di abuso e lo screen può essere di routine, ovvero chiedere a tutti i pazienti di età pari o superiore a 16 anni; mentre lo screening dell'indice sospetto significa chiedere ai pazienti solo se l'operatore sanitario ritiene che siano presenti dei fattori indicativi per la violenza. L'efficacia degli screening è determinata dall'accuratezza con la quale vengono somministrati i test, cioè dalla sensibilità e specificità dello strumento. Esistono molte prove, che dove viene riconosciuto, che il semplice interrogatorio diretto è efficace nel facilitare la divulgazione della violenza e quindi nell'individuare i casi. La ricerca ha dimostrato che quando ai pazienti del pronto soccorso, viene chiesto di routine della violenza domestica, essa aumenta significativamente, ma non sempre i tentativi di introdurre lo screening di routine nella pratica non ha avuto sempre successo. Gli ostacoli all'introduzione dello screening di routine sono stati classificati come informativi, istituzionali o affettivi. La guida pratica del Department of Health (2000) ha suggerito che lo screening di routine e universale per la violenza domestica nel contesto delle cure di emergenza potrebbe essere appropriato. Tuttavia, pur suggerendo che lo screening di routine può essere appropriato, la linea guida afferma che: la mancata percezione dei segnali di pericolo durante un breve contatto nel reparto di pronto soccorso potrebbe essere la perdita dell'unica opportunità di offrire aiuto. Secondo Harriet et al., (2006) precedenti studi hanno dimostrato che le donne rivelano esperienze di violenza in risposta allo screening: tuttavia pochi studi hanno confrontato i metodi in cui viene somministrato il test. Chuang e Liebschutz hanno identificato due approcci principali allo screening: i metodi verbali (domande poste da un medico) e metodi autosomministrati, inclusi metodi scritti o questionari informatici. Una percentuale molto minore di donne ha risposto alle domande di screening scritte e di quelle che lo hanno fatto nessuna ha riportato l'esposizione alla violenza, con la conclusione che lo screening verbale fosse superiore. Questi studi non forniscono informazione sull'adeguatezza dello screening computerizzato rispetto a quello verbale o scritto, ma i risultati suggeriscono che questo approccio richiede ulteriori studi. Emerge che, parte della letteratura suggerisca che, l'uso di questionari basati su computer possa portare a un maggiore divulgazione di questioni sensibili rispetto ad altri approcci, non si è riscontrato che lo screening basato su un computer abbia aumentato il rilevamento di violenza domestica rispetto ad altri

metodi di screening. Da uno studio è emerso che le donne preferiscono usare metodi scritti anziché rivelarli.

Per quando riguarda interventi e raccomandazioni per il futuro, Cremonini et al., (2017), dalle conclusioni dello studio emerge la necessità di rendere l'assistenza alle vittime di violenza omogenea, creando e sviluppando dei servizi che siano in grado di accogliere questa tipologia di pazienti. Il pronto soccorso è rappresentato come il setting privilegiato al fine della costruzione di percorsi interdisciplinari in cui ci si focalizza sulle pazienti vittime di abusi e violenze. Quello che occorrerebbe far emergere dalle risposte, sarebbe, costruire una rete sul territorio, a livello psicosociale, dei centri violenza e consultori, effettuare dei piani formativi che porti a sensibilizzare gli operatori sanitari ad effettuare una migliore accoglienza alle vittime e diminuire la tolleranza nei confronti di questo tipo di crimine ed aumentare la protezione delle vittime. Ulteriori raccomandazioni per il futuro potrebbero essere l'apertura di sportelli con la presenza di operatori sanitari come infermieri o ostetriche, i quali potrebbero occuparsi delle vittime ed essere in contatto con la rete presente sul territorio, costituendo un riferimento durante l'emergenza. Sarebbe fondamentale anche lo sviluppo degli strumenti a disposizione degli infermieri per analizzare i segni di violenza e la formazione degli operatori. Nello studio di Olive (2007) è emerso che i metodi che hanno dimostrato l'efficacia nell'aumentare il numero di pazienti sottoposti a screening includono i promemoria delle cartelle cliniche e l'azione disciplinare. L'introduzione di una politica sulla violenza domestica ha aumentato l'individuazione dei casi. La ricerca bibliografica ha identificato sette studi che valutano l'assistenza al pronto soccorso per i pazienti vittime di violenza, solo tre, tra questi a valutare l'efficacia dell'intervento specifico. L'efficacia dell'assistenza sanitaria all'intero del dipartimento di emergenza può essere difficile da valutare a causa della perdita follow-up dei pazienti ad altri servizi. Da Harriet et al., (2006) emerge che la raccomandazione che, molte organizzazioni mediche nazionali, agenzie governative e gruppi di difesa, hanno raccomandato lo screening della violenza domestica di routine o universale, nonostante vengano a mancare delle ricerche che esaminano l'efficacia sugli esiti di salute. Secondo Da Silva et al., (2019) la paura di denunciare l'aggressore e la mancanza di un team multidisciplinare diventa un fattore difficile per fornire un'assistenza adeguata. Per questo, dovrebbe anche investire nell'incremento della ricerca e della produzione scientifica, al fine di migliorare e garantire una qualità di vita alle donne vittime di violenza.

Implicazioni per la pratica

Anche se nascosta, la presenza della violenza domestica è molto diffusa fra le donne. Come infermieri, questo ci porta a confrontarci inevitabilmente con questa tipologia di pazienti. È essenziale che la sintomatologia venga riconosciuta, in modo da agire prima che insorgano delle conseguenze. Il lavoro degli infermieri in pronto soccorso, visto come un luogo privilegiato per segnalare il sospetto di violenza, dovrebbe essere empatico, solidale, organizzato, diagnostico, clinico e riabilitativo con obiettivo di riconoscere modelli e strumenti che mirino ad identificare nuovi casi (Greco, 2011).

È importante che il curante sappia individuare, possibili segnali di violenza e capacità di ascolto attivo, non risultare invasivo e mettere la donna sotto pressione per fargli raccontare quello che ha subito (Greco, 2011).

Per capire come migliorare il proprio lavoro ed eliminare barriere e ostacoli presenti nell'identificazione della violenza domestica.

Per quanto riguarda le competenze dell'infermiere che deve attuare in queste situazioni posso riferirmi alle competenze SUP.

Il ruolo di esperto che permette di assumersi la responsabilità delle prestazioni infermieristiche preventive. Permettono di dare sicurezza e dignità alla persona. Si assicura la qualità e continuità delle cure. Accompagnano la persona e la sostengono nell'autogestione in funzione dei suoi bisogni. Creano una relazione di fiducia con la persona e adottano con discernimento un'attitudine empatica, premurosa, non giudicante e adatta ai bisogni, durante tutte le fasi del processo di cura. Riconoscere una situazione di violenza, porta ad assumersi la responsabilità di tutto quello che ne consegue dopo, ovvero mantenere la persona al sicuro e creare un ambiente in cui la donna si senta rispettata e non mortificata per quanto è successo. Comporta prendere delle decisioni insieme alla donna, se effettuare ulteriori test, se ha bisogno di essere sostenuta nel fare una denuncia. Queste situazioni possono presentarsi anche in una situazione di cura a domicilio ed è necessario guidare la donna, affinché non si ripresenti di nuovo un eventuale abuso.

Il ruolo di comunicatore ha la capacità di creare un rapporto professionale e di partnership con la persona, viene assicurata una documentazione completa e sistematica del processo di cura, garantendo una continuità di cura. Come osservato dagli articoli analizzati la comunicazione è una delle chiavi principali che porta la donna maltrattata a fidarsi dell'operatore. Questo viene fatto mantenendo un ascolto, mettendosi alla pari della donna e non assumendo un tono accusatorio una volta mostrata la disponibilità all'aiuto è necessario porre delle domande dirette al fine di indagare se c'è un'effettiva situazione di abuso, la ricorrenza, i fattori scatenanti, il livello di gravità della situazione e quanto la salute e il benessere della donna è compromesso.

Il ruolo di collaboratore si impegnano e costruiscono nell'ambito di progetti di cura interdisciplinari e interprofessionali. Assumono le responsabilità della coordinazione delle cure. Accompagnano, sostengono e guidano, laddove necessario. Questo potrebbe riguardare tutto il percorso guidato della vittima, in cui vengono coinvolti altri collaboratori, come può essere un sostegno psicologico, collocare la donna ad una rete di supporto, anche al di fuori dell'ambito ospedaliero, fornendo i nomi di gruppo di supporto, numeri di emergenza e progettando un piano di sicurezza d'emergenza qualora ne avesse bisogno, coinvolgendo le reti a disposizione.

Il ruolo di promotore della salute fa in modo che l'infermiere si attivi per la salute e la qualità di vita della persona e per garantire il rispetto dei diritti e gli interessi dei pazienti. Considerano aspetti etici, legali, politici ed economici dell'assistenza. Indirizzano individui e gruppi verso l'assistenza sanitaria e li consigliano sul suo utilizzo. Sostengono e accompagnano la persona nel determinare le sue esigenze di salute e nel garantire la migliore qualità di vita possibile. Contribuiscono allo sviluppo e al

miglioramento delle misure di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e avviano attività di promozione della salute. Questo può essere fatto grazie ad un continuo aggiornamento da parte dei professionisti e l'informazione al paziente con tutte le risorse a disposizione. Effettuare dunque un'educazione sul tema della violenza domestica, attraverso articoli, presentazioni, opuscoli.

Il ruolo di apprendente ed insegnante in cui, approfondiscono le loro competenze professionali attraverso la formazione continua e sostengono lo sviluppo delle competenze dei loro pari. Identificano i problemi nella pratica dell'assistenza.

È compito degli infermieri tenersi continuamente aggiornati e sviluppare le proprie conoscenze, al fine di migliorare la qualità di vita delle pazienti. Dunque, aggiornare le proprie conoscenze e non perdere quello che già si ha acquisito, sarebbe utile anche confrontarsi con i propri collaboratori per avere un ulteriore punto di vista sulle situazioni e magari acquisire ulteriori conoscenze attraverso esperienze vissute dai propri colleghi.

Ricerca futura

Questo lavoro di tesi potrà essere sicuramente sviluppato. Quello che mi sarebbe interessato sapere, sono le disposizioni presenti a livello nazionale, per capire concretamente il percorso della donna e anche quello che succede dopo la degenza. Per rispondere a questo sarebbe importante eseguire studi sul nostro territorio riguardante questo tema e nel caso fossero già stati effettuati, di venire pubblicati. Interessante sarebbe conoscere, come gli altri reparti si possono prendere cura della donna maltrattata ed approfondire la rete a disposizione sul territorio.

CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi che consisteva in una revisione della letteratura ha fatto emergere diversi risultati in quanto al comportamento che si dovrebbe assumere nella gestione di una paziente che subisce violenza domestica, di quello che provano gli infermieri, del loro pensiero riguardante questa tematica e dei miglioramenti che potrebbero essere effettuati. Per quanto riguarda l'individuazione di test di screening che aiutano l'identificazione della violenza domestica, risultano esserci degli strumenti validi, ma la difficoltà che nasce principalmente è quando bisogna effettuarli, perché a causa di ostacoli, non viene effettuato un test di routine a tutte le pazienti. È emerso che non sempre la donna che subisce violenza presenta lesioni fisiche e gli infermieri risultano essere mediamente consapevoli di ciò. Risulta esserci anche una basilare informazione riguardante il tema, da parte degli infermieri.

Il quesito che mi sono posta per le domande di ricerca era: *Quali sono le strategie che vengono adottate dal personale infermieristico al pronto soccorso al fine di riconoscere la violenza domestica e migliorare la qualità assistenziale fornita alle donne?* Ed è emerso, che come viene accolta la donna, il tipo di comunicazione che si mette in pratica, l'ascolto, la non colpevolizzazione, porta essa a fidarsi di chi si sta prendendo cura di lei e favorisce la sincerità riguardo la situazione di abuso, bisogna riconoscere che la donna che si presenta al pronto soccorso, può provare: paura, vergogna, impotenza, abbandono, solitudine, fragilità e soprattutto un grande dolore, che può superare quello che eventuali lesioni potrebbero provocarle.

Esistono anche molti test di screening che aiutano a riconoscere la situazione, ma con ulteriori ricerche potrebbero emergere informazioni più specifiche riguardanti essi.

C'è da dire che per poter arrivare ad un cambiamento sulla situazione della violenza domestica non bisogna considerare solo la sanità, ma altri temi, che sono stati anche accennati in questo elaborato, come: legislativi, politici, socioeconomici, riguardante l'istruzione e la sensibilizzazione della popolazione al tema.

Al momento è possibile utilizzare le risorse che abbiamo a nostra disposizione come professionisti, ovvero: confronto con i propri colleghi, che può essere con psicologi, infermieri con più anni di esperienza, la documentazione presente, come libri, articoli, protocolli, linee guida, in modo più concreto possiamo creare dei piani di cura individualizzati per la paziente, facendo uso di strumenti come la guida delle diagnosi infermieristiche, l'uso della cartella informatizzata, che aiuti ad avere un quadro completo della situazione e mantenere una continuità assistenziale e di tutelarsi.

Ciò che sarebbe stato utile fare, per avere più informazioni è ampliare la ricerca degli articoli, in modo da avere più informazioni a disposizione.

Questo lavoro, non è stato facile da elaborare, in quanto è un tema, che mi fa provare moltissime emozioni, che vanno dalla rabbia, alla paura, alla vulnerabilità e alla felicità di aver conosciuto un piccolo pezzo del sostegno che si può fornire a questa tipologia di utenza. Sono venuta a conoscenza di molte cose che riguardavano il nostro territorio stesso, che a me erano sconosciute. Per questo ribadisco, che è importante sensibilizzare il popolo a questo tema. Durante la mia pratica lavorativa sono venuta a conoscenza che anche nel nostro Ente Ospedaliero ci sono dei protocolli e delle procedure, che vengono messe in atto in situazioni di violenza, sicuramente è un tema che approfondirò nella mia futura pratica lavorativa.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare la mia famiglia per avermi sostenuta, in particolare mia mamma, che ha investito nel mio futuro, mi ha sostenuta durante tutto il mio percorso scolastico, di aver usato sempre le parole giuste per tirarmi su di morale, di non avermi fatto mollare, aver creduto in me e nelle mie capacità, aver rispettato i miei silenzi, i momenti di tensione.

La ringrazio di avermi dato la possibilità di avere sempre una persona su cui contare e di cui fidarmi. Spero di ridarle tutto ciò che non mi ha fatto mai mancare: tanto amore, stabilità, sicurezza e tranquillità.

Grazie di cuore.

Inoltre, vorrei ringraziare chi in questi tre anni mi ha riservato una parola di conforto, chi mi ha aiutata a superare tutte le difficoltà, chi mi ha fatta ridere, chi mi ha fatta crescere e chi mi ha aiutata a riconoscere il mio valore, le mie risorse e anche i miei limiti.

Ringrazio anche la mia relatrice Sofia Barca, che mi è stata accanto fin dal primo giorno del mio percorso universitario, la ringrazio per aver contribuito alla mia crescita personale e professionale, di avermi sostenuta e di aver creduto in me, anche se alcune volte ho reso questo lavoro difficile.

Infine, ringrazio me stessa di non aver rinunciato a niente, anche quando tutto sembrava andare nel verso sbagliato, di aver continuato passo dopo passo a coltivare successi e di aver dato ascolto a me stessa riuscendo in quello che ho sempre sperato e creduto.

BIBLIOGRAFIA

AIDOS. (n.d.). *Violenza contro le donne*. AIDOS associazione italiana per i diritti delle donne.

http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/violenza_contro_le_donne/home_violenza.html

Alshammari, KF., McGarry, J. & Higginbottom, GMA. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*. 12;5(3):237-253.

doi: 10.1002/nop2.133.

Callà, R. M. (2011). *Conflitto e violenza nella coppia*. FrancoAngeli.

Cardoso, Duarte, M., Godoy Serpa da Fonseca, R. M., De Souza, V., & Dumont Pena, É. (2015). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(2): 297-303. 7p.

Canu, R. (2008). *La violenza domestica contro le donne in Italia e nel contesto internazionale ed europeo*. La Riflessione.

Chiari, P., Mosci, D., Naldi, E. (2011) *Evidence-Based Clinica Practice la pratica clinico assistenziale su prove di efficacia*. Seconda edizione. Ed. McGraw-Hill.

Creazzo, G., Gonzo, L., Pramstrahler, A., & Vega, A. M. (1999). *Maltrattate in famiglia Suggestimenti nell'approccio alle donne che si rivolgono ai Servizi Sociosanitari*. Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne.

Consiglio d'Europa (2019). *La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica*

<https://rm.coe.int/istanbul-convention-questions-and-answers-italian/1680944876>

Consiglio d'Europa (2019). *La Convenzione di Istanbul-un potente strumento per porre fine alla violenza di genere*.

<http://www.assembly.coe.int/LifeRay/EGA/WomenFFViolence/2019/2019-HandbookIstanbulConvention-IT.pdf>

Da Silva, P. L. N., De Souza Oliveira, E. M., Duarte de Abreu, G. G., Maciel de Souza, A. A., Soares de Oliveira, R., & Gonçalves da Rocha, R. (2014). *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 8(6): 1604-1611. 8p.

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c4a6d00b-723e-4272-918b-54016001adbf%40redis>

Doran, F., & van de Mortel T. (2022). The influence of an educational intervention on nursing students' domestic violence knowledge and attitudes: a pre and post intervention study. *BMC Nursing* 7;21(1):109.

doi: 10.1186/s12912-022-00884-4. PMID: 35525942; PMCID: PMC9077639.

Filocamo, Giovanni, Claudio Mencacci, e Alessandra Bramante. «La violenza domestica nei confronti delle donne». *Quaderni Italiani di Psichiatria* 28, n. 2 (2009): 49–58.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0393064509000322>

Filo Rosa Auser. (2020). *Codice rosa*.

<https://filorosauser.com/2020/12/21/codice-rosa/>

FKG-CSS (2021). *Competenze relative alle professioni sanitarie*.

https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Kammern/Kammer_FH/Best_practice/Competences-professions-de-la-sante_I_21.09.08.pdf

Forti, E. (2019). Una sfida caleidoscopica: l'importanza di un approccio multifocale nella trattazione dei casi di violenza di genere. *Diritto penale e uomo* (p.40).

https://dirittopenaleuomo.org/wp-content/uploads/2019/09/Forti_articolo-DPU-1.pdf

Grifoni, G. (2013). *Non esiste una giustificazione. L'uomo che agisce violenza domestica verso il cambiamento*. Romano Editore.

Gianotti, J. (2021). Il quesito clinico di ricerca come trasformazione dell'esigenza del clinico In V. Barbari, N. Ramponi (a cura di) *Evidence based practice*. FisioScience

Greco, M.M. (2013). *Le nuove linee guida dell'OMS sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione e ricerca*.

<https://www.infermiereonline.org/2013/11/26/le-nuove-linee-guida-delloms-sulla-violenza-contro-le-donne-assistenza-educazione-organizzazione-ricerca/>

Ghirotto, L. (2020). *La systematic review nella ricerca qualitativa*. Carrocci.

Innocenti, T. (2021). Le revisioni sistematiche In V. Barbari, N. Ramponi (a cura di) *Evidence based practice*. FisioScience

Lettieri, M. (2018). *L'assistenza alla donna vittima di violenza*.

MacMillan, HL., Wathen, CN., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, LA., Worster, A., Lent, B., Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2;296(5):530-6.

doi: 10.1001/jama.296.5.530. PMID: 16882959.

Novara, D. (2011). *La Grammatica dei Conflitti*. Edizioni Sonda.

Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal Clinical Nursing*. 16(9):1736-48.

doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x. PMID: 17727592.

OMS. (2002). *Quaderni di sanità pubblica: Vol 1. Violenza e salute nel mondo* (Elena Fossati, Trad.). CIS editore S.r.l.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_ita.pdf?sequence=5

ONU - Organizzazione delle Nazioni Unite (1993). *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*.

https://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleliminazione-della-violenza-contro-le-donne-1993/27

Prevenzione Svizzera della Criminalità (2022). *Gestione delle minacce*.

<https://www.skppsc.ch/it/temi/violenza/violenza-domestica/#:~:text=In%20situazioni%20di%20violenza%20acuta,servizio%2024%20ore%20su%2024.>

Power, C. (2004). Domestic violence: What can nurses do?. *Australian Nursing Journal*. Vol. 12 Issue 5, p21-23. 3p.

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=179e99f5-5b8c-4084-ab1b-2733bdeb2f1a%40redis>

Romito, P. (2005). *Un silenzio assordante: la violenza occultata su donne e minori* (Vol. 36). Franco Angeli.

Romito, P., & Melato, M. (2013). *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*. Carocci.

Romito, P., De Marchi, M., Gerin, D. (n.d). *Le conseguenze della violenza della salute delle donne*.

https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2008/03_2008/9.pdf

Repubblica e Cantone Ticino (2022). *Piano d'azione cantonale sulla violenza domestica*.

[https://www3.ti.ch/COMUNICAZIONI/214657/20221121URAP-Piano%20d'azione%20cantonale%20VD-Aggiornamento\(CANC\).pdf](https://www3.ti.ch/COMUNICAZIONI/214657/20221121URAP-Piano%20d'azione%20cantonale%20VD-Aggiornamento(CANC).pdf)

<https://m3.ti.ch/COMUNICAZIONI/196429/20211123URAP-Piano%20d'azione%20cantonale.pdf>

Regione Toscana (2021). *Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime di violenza*.
<https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa#:~:text=Il%20Codice%20Rosa%20nasce%20nel,di%20violenza%20in%20Pronto%20soccorso>.

Sabatino, L. (2011). Lo sguardo etico e deontologico In M.Greco (a cura di) *Lettere dal silenzio. Storie di accoglienza e assistenza sanitaria di donne che hanno subito violenza*. FrancoAngeli s.r.l.

Sala, V., Moja, L., Moschetti, I., Bidoli, S., Pistotti, V., & Liberati, A. (2006). *Revisioni sistematiche- Breve guida all'uso*.
<http://www.cochrane.it/sites/cochrane.it/files/uploads/guidausorevisioni.pdf>

UFU, U. federale per l'uguaglianza fra donna e uomo. (2020) *Dinamiche della violenza e strategie di intervento*. (s.d.-a).
https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/it/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/a1.pdf.download.pdf/a1_definizione-forme-e-conseguenze-della-violenza-domestica.pdf

UFU, U. federale per l'uguaglianza fra donna e uomo. Cifre sulla violenza domestica in Svizzera (2021) (s.d.-a)
https://www.ebg.admin.ch/ebg/it/home/l-ufu/nsb-news_list.msg-id-84038.html

UFU, U. federale per l'uguaglianza fra donna e uomo. Cifre sulla violenza domestica in Svizzera (2022) (s.d.-a)
<https://www.ebg.admin.ch/ebg/it/home/documentazione/pubblicazioni-in-generale/pubblicazioni-violenza.html>

Cremonini, V., Menghi, D., Mattarozzi, K., & Rubbi, I. (2017). Violenza domestica: quali competenze e conoscenze dell'infermiere in emergenza?. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*. 11. 24-34. 10.14664/rcvs/711
http://www.vittimologia.it/rivista/articolo_cremonini-et-al_2017-01.pdf

Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, Sherck JP. (2007) Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 38(1):37-45.
doi: 10.3928/00220124-20070101-08. PMID: 17269438.

ALLEGATI

TITOLO	AUTORE/I	BANCA DATI, LUOGO E ANNO	METODO, SCOPO, CAMPIONE	RISULTATI	LIMITI
1. <i>Barriers to screening for domestic violence in the emergency department</i>	Lisa Yonaka, RN, MSN, Marian K Yoder, EdD, RN, Janet B, Darrow, RN, MS, John P Sherck, MD	CHINAL, 2007	<p>Introduzione di un progetto pilota allo scopo di identificare le potenziali barriere che gli infermieri del pronto soccorso incontrano nello screening della violenza domestica e valutare il background educativo degli infermieri per la formazione.</p> <p>Campione: sono stati reclutati 33 infermieri registrati al pronto soccorso</p> <p>Strumento: come strumento di screening è stato utilizzato un questionario anonimo contenente tre componenti.</p>	Le barriere potenziali più significative identificate dallo screening sono state la mancanza di istruzione su come porre domande sull'abuso: barriere linguistiche tra infermieri e pazienti, una storia personale o familiare di abuso e problemi di tempo.	Non vengono riportati limiti per quanto riguarda lo studio.
2. <i>Violenza domestica: Quali competenze e conoscenze dell'infermiere in</i>	Valeria Cremonini, Debora Menghi, Katia Mattarozzi, Ivan Rubbi	GOOGLE SCHOLAR, 2017	Studio osservazionale trasversale condotto al fine di misurare le conoscenze e competenze che gli infermieri prestano nel dipartimento di emergenza intraospedaliera ed extraospedaliera	Dallo studio emerge che la maggior comprensione della violenza avviene da parte degli infermieri che lavorano nel dipartimento di emergenza intraospedaliera	I limiti dello studio sono: il campione che potrebbe risultare limitato, il periodo di somministrazione

<i>emergenza</i>			Campione: non probabilistico Strumento: questionario		trazione è relativamente breve e concomitante con il periodo lavorativo estivo; un ulteriore limite potrebbe essere rappresentato anche dalla validità dello strumento formulato in lingua italiana.
3. <i>Care emergency department patients who have experienced domestic violence : a review of the evidence base</i>	Philippa Olive	CHINAL, 2007	Si tratta di una revisione della letteratura che ha come obiettivo di identificare e valutare quello che si trova alla base per la cura dei pazienti che subiscono violenza domestica Metodo: revisione sistematica	Almeno il 6 % dei pazienti del pronto soccorso ha subito violenza nei 12 mesi precedenti. Domande semplici e dirette in un ambiente confortevole, sono efficaci per facilitare la rilevazione di casi di abuso.	Non vengono menzionati limiti
4. Approaches to screening for intimate partner violence	Harriet L. MacMillan, C. Nadine Wathen, Ellen Jamieson, Michael	PubMed, 2006	Si tratta di uno studio clinico randomizzato. Lo scopo dello studio è quello di determinare il metodo di screening per la violenza domestica	È stata riscontrata un'interazione significativa tra metodo e strumento. L'approccio faccia a faccia è stato	Sono state poste domande da un solo strumento

in health care settings: a randomized trial	Boyle, Louise-Anne McNutt, Andrew Worster, Barbara Lent, Michelle Webb		nei diversi ambiti ospedalieri. Il campione comprende donne di età compresa tra 18 e 64 anni. Sono stati utilizzati 2 strumenti di screening: colloquio e un questionario.	meno preferito dai partecipanti	o. La scelta della somministrazione dello studio è casuale, non specifico per un reparto di cure urgenti.
5. <i>Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica</i>	Patrick Leonardo Nogueira da Silva, Edna Maria de Souza Oliveira, Glaucie Graysse Duarte de Abreu, Ana Augusta Maciel de Souza, Ricardo Soares de Oliveira, Rogério Gonçalves da Rocha	CHINAL, 2019	L'obiettivo di questo studio era valutare gli infermieri che hanno prestato assistenza alle donne vittime di violenza domestica Metodo: uno studio qualitativo, descrittivo ed esplorativo, con cinque infermieri di un ospedale universitario. Strumento: intervista registrata, in seguito trascritta e analizzata mediante Content Analysis Technique	Gli operatori sanitari mostrano un'assistenza umanizzante ed empatica alle vittime attraverso un approccio olistico durante l'accoglienza. Per quanto riguarda i fattori complicanti, predomina la difficoltà nell'affrontare le sensazioni del momento; altri sottolineano la mancanza di un team multidisciplinare	Non vengono riferiti limiti
6. <i>Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women:</i>	Kafi Fraih Alshammari, Julie McGarry, Gina Marie Awoko Higginbottom	CHINAL, 2018	Lo scopo di questo studio era di esplorare la letteratura precedente relativa alla comprensione da parte degli infermieri della violenza del partner intimo (IPV) o della violenza domestica e dell'abuso (DVA) contro le donne e di identificare le lacune	Sono stati analizzati diciassette studi empirici. I risultati hanno supportato quattro temi tra cui: esperienze educative e formative, identificazione di IPV/DVA, curriculum e abilità comunicative degli	

<p><i>An integrative review of the literature</i></p>			<p>nella formazione infermieristica in modo da utilizzare i risultati come una linea di base per informare le potenziali strategie di intervento, lo sviluppo del curriculum e delineare le implicazioni per la futura pratica infermieristica. Tutto questo è stato effettuata una revisione integrativa della letteratura Metodo: ricerca nei database elettronici, come Science direct, EBSCO host e PubMed, per identificare le evidenze pertinenti pubblicate tra gennaio 2000 e gennaio 2017. Lo "strumento Joanna Briggs Institute (JBI)" è stato utilizzato per rivedere la ricerca primaria studi.</p>	<p>infermieri. Sono inoltre necessari sforzi continui per evidenziare e affrontare IPV/DVA nell'istruzione e nella formazione infermieristica, per ampliare la comprensione infermieristica per rispondere e identificare IPV/DVA in modo appropriato in un ambiente clinico.</p>	
<p>7. <i>Domestic violence: what can nurses do?</i></p>		<p>CHINAL, 2004</p>	<p>Si tratta di un articolo che tratta gli aspetti della violenza interpersonale e dell'impatto che hanno sul diritto umano fondamentale di vivere in uno stato libero della violenza e abusi. Viene illustrato il comportamento che dovrebbero adottare gli infermieri con la donna che subisce l'abuso.</p>	<p>Gli infermieri possono svolgere un ruolo importante nel lavorare per la creazione di una comunità libera dalla violenza, ma devono prima essere informati. Devono quindi insistere affinché le organizzazioni in cui lavorano accettino questa responsabilità e lavorino insieme per creare ambienti che supportino le</p>	<p>Non vengono esplicitati</p>

				persone che subiscono violenza domestica.	
8. <i>Gönero y violencia contra la mujer en la literatura de enfermería: una revisión</i>	Maiara Cardoso Duarte, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Vania de Souza, Èrica Dumont Pena	CHINAL, 2015	<p>Lo studio riguarda le disuguaglianze nei rapporti tra uomini e donne, che spiccano gli studi sulla violenza contro le donne e l'urgenza di riconoscerla come problema di salute pubblica</p> <p>L'obiettivo è considerare il potenziale dell'assistenza infermieristica per ampliare la comprensione di questo tema, questo studio di propone di apprendere ciò che viene pubblicato su genere e violenza contro le donne nelle principali riviste</p> <p>Metodo: è stata condotta una revisione integrativa delle pubblicazioni online tra il 2000 e il 2012. Sono stati trovati 139 articoli, 25 dei quali affrontano il genere e la violenza contro le donne come costrutti sociali</p>	<p>Tra i risultati c'è stata una predominanza di approcci qualitativi, ricerca empirica, accademici, autori che erano infermieri, violenza coniugale e violenza domestica. La violenza contro le donne alla luce del genere è stata associata solo nel 32% degli articoli.</p>	<p>I suoi limiti sono dovuti al fatto che questa revisione integrativa è stata sviluppata solo su riviste infermieristiche nazionali, ed è importante continuare la ricerca su questo argomento in riviste di altre aree, e cercare risposte alle molte domande che scaturiscono dai loro risultati e che sono state non è possibile prendere in considerazione in questo momento.</p>

<p>9. <i>The influence of an educational intervention on nursing students' domestic violence knowledge and attitudes: a pre and post intervention study</i></p>	<p>Frances Doran and Thea van de Mortel</p>	<p>PubMed, 2022</p>	<p>Lo scopo della ricerca era quello di confrontare le conoscenze e gli atteggiamenti degli studenti di infermieristica nei confronti della violenza domestica prima e dopo un intervento educativo su di essa ed esplorare le loro opinioni sulle strategie didattiche.</p> <p>Come metodo è stato utilizzato un progetto pre e post quasi sperimentale. Sono stati invitati a partecipare studenti infermieri</p> <p>L'intervento educativo comprendeva una lezione preregistrata di 40 minuti sulla violenza domestica e un seminario. Gli studenti hanno completato un sondaggio anonimo online pre e post intervento utilizzato uno strumento convalidato e gli atteggiamenti nei confronti della violenza domestica.</p> <p>I Wilcoxon Signed rank test sono stati utilizzati per confrontare i risultati pre e post intervento.</p>	<p>Circa 400 studenti hanno completato il workshop volontario; 198 studenti hanno completato il sondaggio pre, 176 hanno completato il sondaggio post e 59 (13,1%) hanno completato entrambi. Dopo l'intervento, i partecipanti hanno indicato un accordo più forte su 15 dei 22 articoli.</p>	
---	---	---------------------	--	--	--

Allegato 1

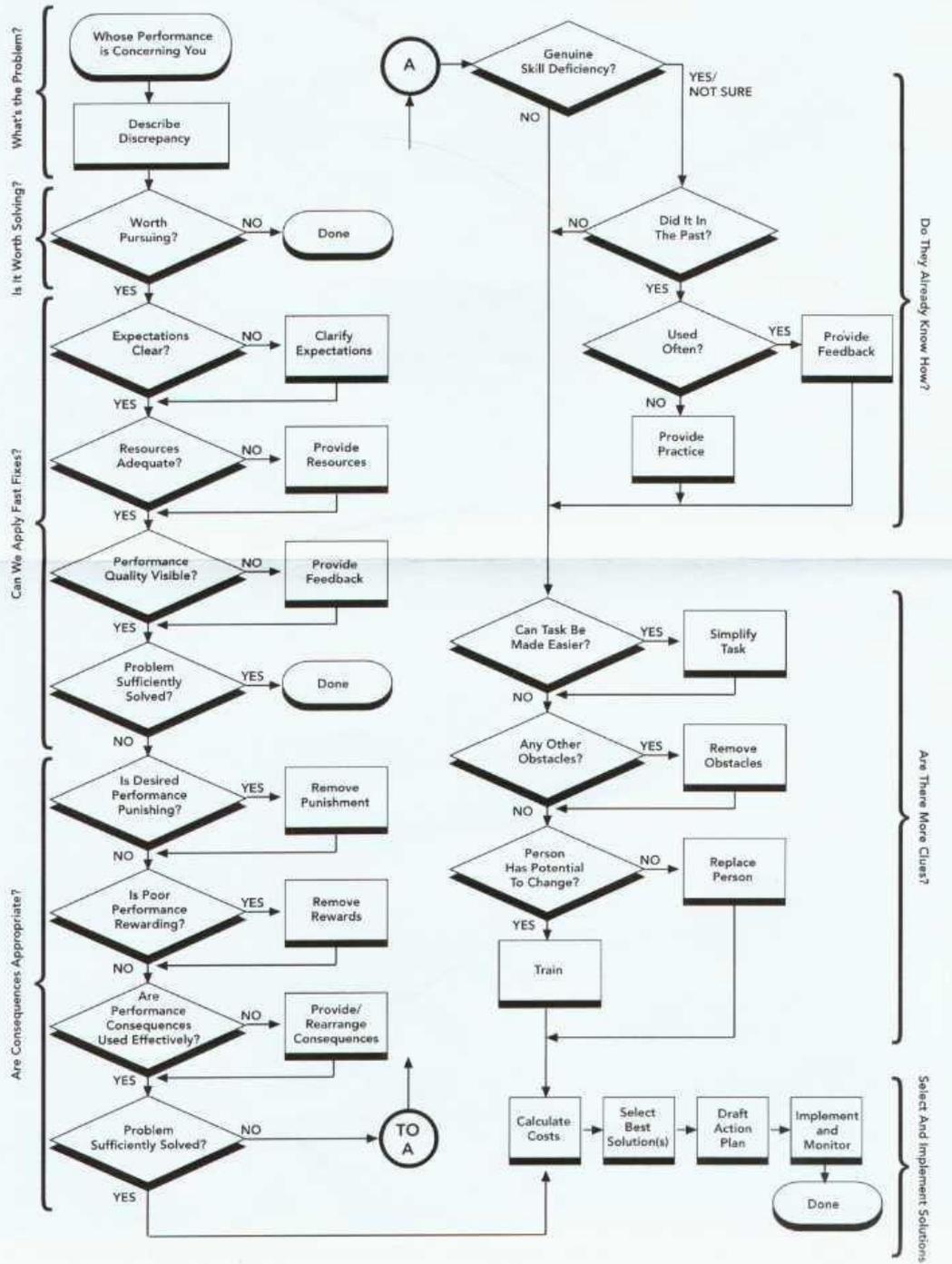
Table 1. Items in the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)

Part 1 (general violence risk factors)	Part 2 (spousal violence risk factors)
1. Past assault of family members	11. Past physical assault
2. Past assault of strangers or acquaintances	12. Past sexual assault/sexual jealousy
3. Past violation of conditional release or community supervision	13. Past use of weapons and/or credible threats of death
4. Recent relationship problems	14. Recent escalation in frequency or severity of assault
5. Recent employment problems	15. Past violation of “no contact” orders
6. Victim of and/or witness to family violence as a child or adolescent	16. Extreme minimization or denial of spousal assault history
7. Recent substance abuse/dependence	17. Attitudes that support or condone spousal assault
8. Recent suicidal or homicidal ideation/intent	18. Severe and/or sexual assault (most recent incident)
9. Recent psychotic and/or manic symptoms	19. Use of weapons and/or credible threats of death (most recent incident)
10. Personality disorder with anger, impulsivity, or behavioral instability	20. Violation of “no contact” order (most recent incident)

The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and Validity in Adult Male Offenders (P. Randall Kropp & Stephen D. Hart, 2000)

Allegato 2

Performance Analysis Flow Diagram



© 1997 The Center for Effective Performance

Mager and Pipe's model (1997) Analyzing Performance Problem

Allegato 3

TABLE 1

SCREENING FOR DOMESTIC VIOLENCE QUESTIONNAIRE**Background information**

___ Gender: 1: Female 2: Male

___ Age: 1: 20 – 29 2: 30 – 39 3: 40 – 49 4: 50 – 59 5: > 60

___ Ethnicity: 1: African American 2: Filipino 3: Asian non-Filipino 4: Caucasian 5: Hispanic 6: Other

What is your position: ___ RN ___ Physician Assistant ___ Physician

If you are an RN or Physician Assistant, please indicate your highest degree earned:

___ Diploma ___ Associate Degree ___ Nursing ___ Baccalaureate Nursing ___ Masters Nursing
 ___ Other ___ Other ___ Other

How many years have you been a Registered Nurse, a Physician's Assistant, or a Physician?

___ Less than 2 ___ 2 – 3 ___ 4 – 5 ___ 6 – 10 ___ 11 – 15 ___ 16 – 20 ___ 21 and above

Questions about adult patients and abuse:

___ Is it part of your **ROUTINE** to screen **ALL** patients for abuse? 1: Yes 2: No

___ Do you screen **SELECTED** patients for abuse? 1: Yes 2: No

Please indicate the extent to which you agree with the following statements. Please **circle** the selected number.

1 = strongly disagree 2 = disagree 3 = uncertain 4 = agree 5 = strongly agree

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Abuse is not a problem in my patient population. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I am not trained to deal with the problem of abuse. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I would like some training in how to ask questions about abuse. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I am concerned about domestic violence and screen all of my patients. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I intend to institute the screening for abuse, but have not done so. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I do not have time to ask about abuse. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I have a history of abuse in myself or in my close family. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | It is none of my business. It is a private issue. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I believe I may offend my patients if I ask about abuse. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I screen selected patients, especially those in lower socioeconomic situations. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Some physical contact may be expected in families. I see no reason to interfere. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Even if a patient tells me she is abused, there is no way to verify it is true. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | I feel more qualified to deal with concrete physical problems than psychological issues. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Middle and upper class patients are unlikely to be victims of abuse. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Some people bring this on themselves. I cannot hope to change them. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | It is not a medical problem. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | There are too many other important problems to ask. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Language barriers make it difficult to talk about abuse. |

Allegato 4

	Risposta corretta	GENERE		X ²	P	CLASSI DI ETÀ				X ²	P
		Maschi	Femmine			20-30	31-40	41-50	51-60		
		n(%)				n(%)					
1) Secondo lei la violenza domestica è una qualsiasi violenza perpetrata da individui legati da legami di parentela, naturali o coniugali?	V	30(76,9)	50(87,7)	1,943	.163	11(78,6)	19(86,4)	41(87,2)	12(66,7)	3,259	.353
2) A suo parere sminuire, umiliare, offendere costantemente o intimidire una donna da parte di un partner possono essere considerati una forma di violenza contro la donna?	V	39(100)	56(98,2)	0,691	.406	14(100)	22(100)	47(100)	11(91,7)	6,99	.072
3) Spintoni e schiaffi occasionali da parte del partner possono essere considerati atti di violenza domestica	V	38(97,4)	54(94,7)	0,422	.516	14(100)	20(90,9)	45(95,7)	11(91,7)	1,747	.627
4) Essere costretti a rapporti sessuali da parte del partner può essere considerato violenza domestica	V	39(100)	54(94,7)	2,119	.145	14(100)	20(90,9)	46(97,9)	12(100)	3,543	.315
5) Qualsiasi comportamento che implica l'appropriazione, sottrazione, distruzione di oggetti, strumenti di lavoro, beni e denaro/valori, è considerato violenza psicologica	V	35(92,1)	54(94,7)	0,267	.605	14(100)	20(90,9)	44(93,6)	10(90,9)	1,36	.715
6) Nella maggior parte dei casi la violenza contro le donne è perpetrata da sconosciuti	F	38(97,4)	53(93)	0,93	.335	13(92,9)	20(90,9)	45(95,7)	12(100)	1,508	.680
7) Solo occasionalmente ci sono lesioni corporali quando una donna viene picchiata	V	9(23,1)	17(30,4)	0,613	.434	7(53,9)	4(18,2)	13(27,7)	2(16,7)	6,168	.104
8) Il 20% delle donne che si rivolge al consultorio ha subito abusi	V	31(91,2)	41(74,5)	3,761	.052	10(71,4)	13(59,1)	39(92,9)	9(90)	11,9	.008 **
9) La maggior parte delle donne che subisce violenza domestica fa denuncia al personale sanitario	F	39(100)	54(94,7)	2,119	.145	14(100)	21(95,5)	46(97,9)	10(90,9)	5,743	.125
10) La formazione di base dell'infermiere comprende l'acquisizione delle conoscenze/competenze per riconoscere una violenza domestica	F	28(75,7)	40(70,2)	0,339	.560	9(64,3)	14(63,6)	37(82,2)	8(66,7)	3,714	.294
11) L'aggiornamento professionale è necessario per garantire che l'infermiere possieda competenze specifiche nel gestire casi di violenza domestica	V	37(97,4)	54(94,7)	0,391	.532	14(100)	22(100)	43(93,5)	11(91,7)	2,67	.445

Help-Knowledge and Attitudes of Gender – Based Violence, tradotto

Allegato 5

Box. Screening Instruments Used in the Study*

Partner Violence Screen (PVS)^{18†}

1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone in the past year?
 Yes
 No
If so, by whom?
 Person in current relationship
 Person from previous relationship
 Someone else
2. Do you feel safe in your current relationship?
 Yes
 No
3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?
 Yes
 No

Woman Abuse Screening Tool (WAST)^{19‡}

1. In general how would you describe your relationship?
 A lot of tension Some tension No tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
 Great difficulty Some difficulty No difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling put down or bad about yourself?
 Often Sometimes Never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing?
 Often Sometimes Never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
 Often Sometimes Never
6. Has your partner ever abused you physically?
 Often Sometimes Never
7. Has your partner ever abused you emotionally?
 Often Sometimes Never
8. Has your partner ever abused you sexually?
 Often Sometimes Never

*Both the PVS and the WAST had preambles that indicated the questions applied to the last 12 months.

†Answering yes to question 1 (and indicating it was by a person in a current or previous relationship) or question 3, or no to question 2 met the criteria for intimate partner violence exposure.

‡Endorsing either question 1 (“a lot of tension”) or question 2 (“great difficulty”) met the criteria for intimate partner violence exposure; questions 3 to 8 were not used in this determination.

Partner Violence Screen (PVS) & Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Questa pubblicazione, Il nursing nella violenza di genere: riconoscere e assistere la donna che subisce violenza domestica e si presenta al pronto soccorso, scritta da Alessia Renda, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

