

La violenza di genere in Italia: un modello d'intervento integrato

Elvira Reale

Rappresentante regionale violenza di genere

NAPOLI 07_07_2016



X congresso nazionale

SIMEU

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016

MAI PIU' SOLA

Il 25 novembre 2016 ore 10.00

in occasione della

**Giornata Internazionale
Contro la Violenza di Genere**

Inauguriamo lo Sportello

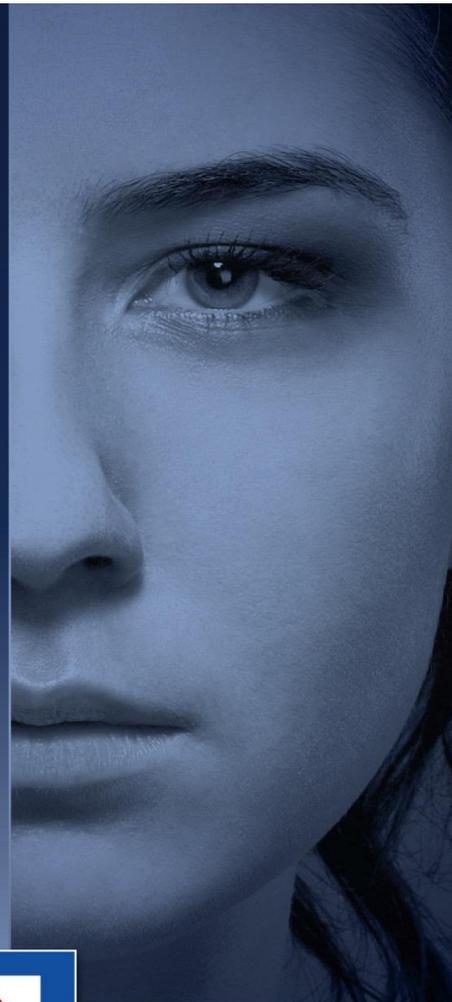
Accoglienza alle

DONNE

Vittime di Violenza



A.O.R.N. Antonio Cardarelli
Padiglione M



A.O.R.N. Antonio Cardarelli

Media Partners: Radio KISS KISS | Il Mattino | Corriere del Mezzogiorno

La violenza di genere

Studi condotti in tutto il mondo indicano che le donne sono più a rischio di violenza nelle loro case: la violenza domestica è diffusa al 30% nel mondo secondo dati OMS

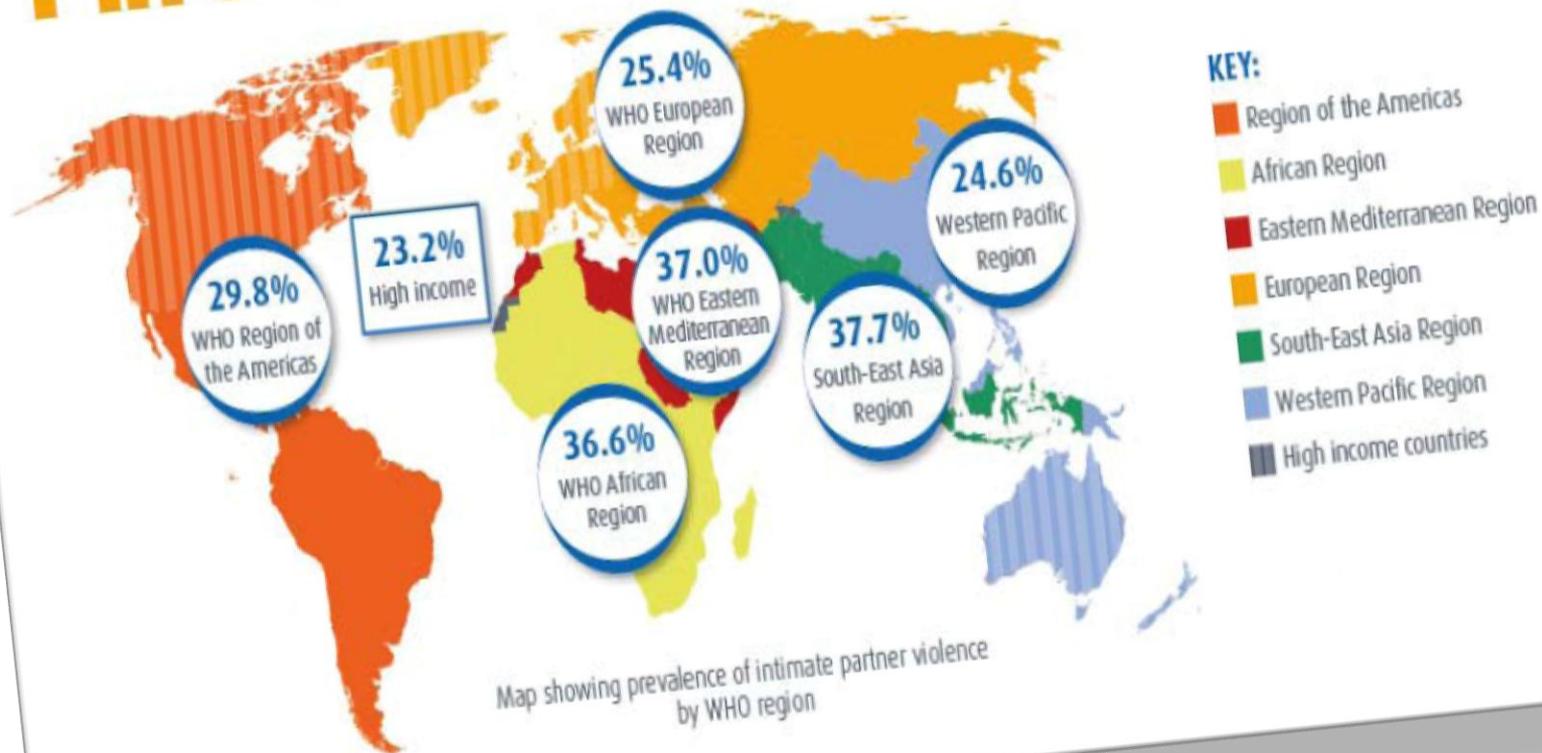
Rispetto alla violenza sessuale occasionale la violenza domestica è ripetuta e tende alla cronicità. E' la violenza meno riconosciuta dalla donna e dal contesto sociale.

Crea gravi problemi di salute a medio e lungo termine per la donna e per i minori che vi assistono (violenza assistita)

È una frequente causa di morte per le donne

1 in 3 women

throughout the world will experience physical and/or sexual violence by a partner or sexual violence by a non-partner



INTIMATE PARTNER VIOLENCE

PHYSICAL TRAUMA

- ▶ INJURY
 - musculoskeletal
 - soft tissue
 - genital trauma
 - other

PSYCHOLOGICAL TRAUMA/STRESS

- ▶ MENTAL HEALTH PROBLEMS
 - PTSD
 - anxiety
 - depression
 - eating disorders
 - suicidality

- ▶ SUBSTANCE USE
 - alcohol
 - other drugs
 - tobacco

- ▶ NONCOMMUNICABLE DISEASES
 - cardiovascular disease
 - hypertension

- ▶ SOMATOFORM
 - irritable bowel
 - chronic pain
 - chronic pelvic pain

FEAR AND CONTROL

- ▶ LIMITED SEXUAL AND REPRODUCTIVE CONTROL
 - lack of contraception
 - unsafe sex

- ▶ PERINATAL/MATERNAL HEALTH
 - low birth weight
 - prematurity
 - pregnancy loss

- ▶ HEALTH CARE SEEKING
 - lack of autonomy
 - difficulties seeking care and other services

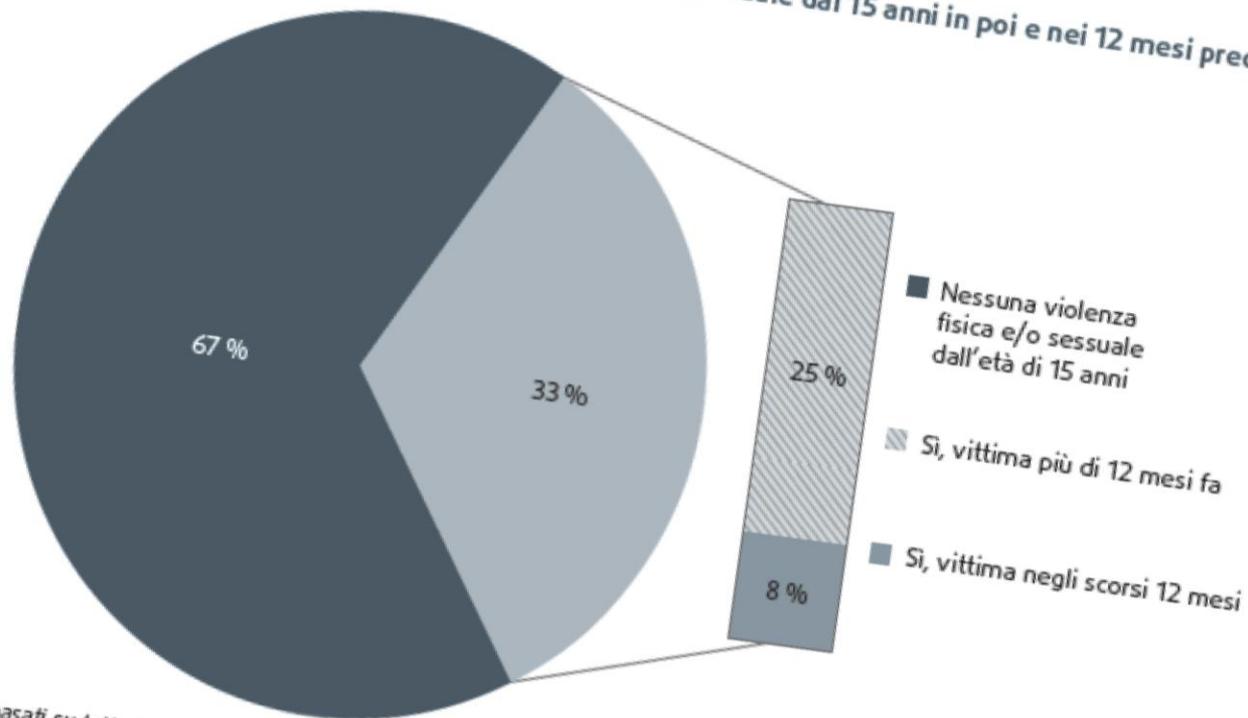
- ▶ SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH
 - unwanted pregnancy
 - abortion
 - HIV
 - other STIs
 - gynaecological problems

DISABILITY

DEATH
• homicide • suicide • other

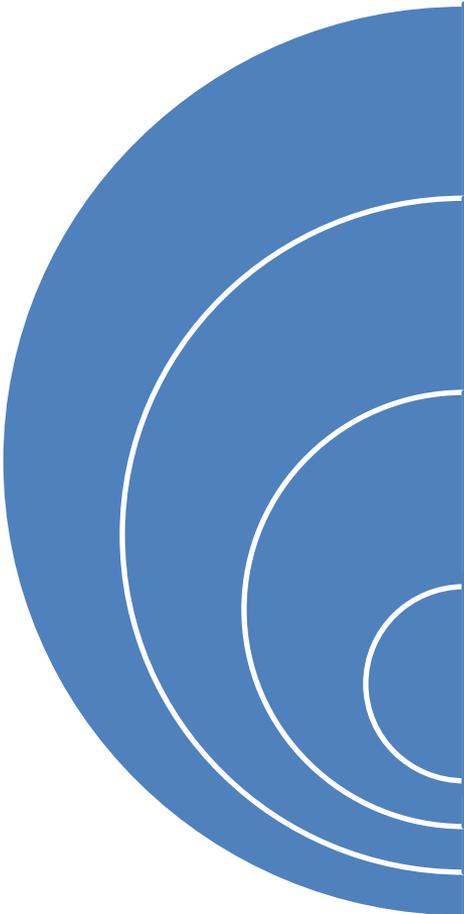
I DATI DELLA UE IN UNA RICERCA DEL 2014

Figura 1 a: Donne che hanno subito una violenza fisica e/o sessuale dai 15 anni in poi e nei 12 mesi precedenti l'intervista, UE-28 (%)



Nota: Risultati basati su tutto il campione intervistato (N = 42 002).
Fonte: Dati dell'indagine della FRA sulla violenza di genere contro le donne, 2012

L'OMS "Violence against women is a global public health problem of epidemic proportion"



overall, 35% of women worldwide have experienced either physical and/or sexual intimate partner violence or non-partner sexual violence
G lobally, as many as 38% of all murders of women are committed by intimate partner
women who have been physically or sexually abused by their partners report higher rates of a number of important health problem
Children who witness marital violence are at a higher risk for a whole range of emotional and behavioural problems, including anxiety, depression, poor school performance, low self-esteem*

La convenzione di Istanbul e la violenza (legge 77/13)



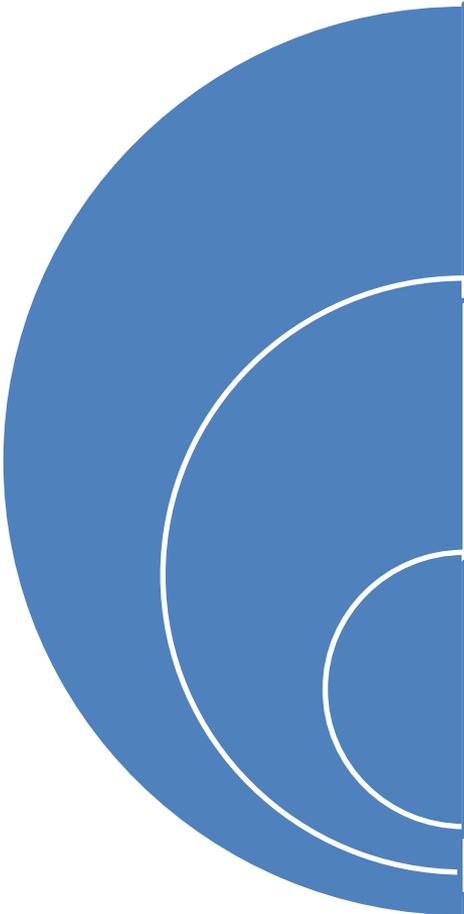
Definisce cosa è la violenza di genere e le regole da applicare nelle istituzioni giudiziarie e sanitarie per evitare la vittimizzazione secondaria

definisce la correlazione stretta tra violenza di genere contro le donne e violenza sui minori e riconosce che i bambini sono vittime sempre in quanto testimoni di violenze

Indica le modalità generali di presa in carico unitaria della coppia madre – bambino in caso di violenza

Artt. 18 (le misure adottate evitino la vittimizzazione secondaria)– 20 /22 (formazione); 31 (custodia dei figli e diritto di visite e sicurezza) ; art. 48 (divieto di mediazione e conciliazione)

La direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio - decreto legislativo n. 212/15



Art. 38: alle persone particolarmente vulnerabili o in situazioni che le espongono particolarmente a un rischio elevato di danno, quali le persone vittime di violenze reiterate nelle relazioni strette, le vittime della violenza di genere, ecc. dovrebbero essere fornite assistenza specialistica e protezione giuridica.

Art. 53: E' opportuno limitare il rischio di vittimizzazione secondaria e ripetuta, di intimidazione e di ritorsioni — da parte dell'autore del reato o a seguito della partecipazione al procedimento penale — svolgendo il procedimento in un modo coordinato e rispettoso, che consenta alle vittime di stabilire un clima di fiducia con le autorità.

L'art. 22, in particolare, concerne la “Valutazione individuale delle vittime per individuarne le specifiche esigenze di protezione” non il profilo di personalità ma la condizione di dipendenza con l'autore

ITALIA

**ISTAT-2014 Indagine su 24.761 donne.
donne italiane tra i 16 e i 70 anni:**

Sono 6 milioni 788 mila le donne che hanno subito una forma di violenza

- **Il 31,5%** dichiara di aver subito una violenza fisica o sessuale
- **Il 5,4%** uno stupro o un tentato stupro.
- **Il 22%** ritiene di aver subito solo violenza psicologica
- **Tra il 62% ed il 70%** dei casi (dati 2006) l'autore è il partner o l'ex partner.
- **Il 22%** delle donne dichiara di non averne parlato con nessuno, la percentuale aumenta al 39,9% quando si tratta di un partner attuale
- **Soltanto il 35,4%** delle donne che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita ritiene di essere vittima di un reato
- **Il 36%** delle donne ha ritenuto di essere stata in pericolo di vita

Da numerosi studi clinici a livello internazionale le donne maltrattate rientrano

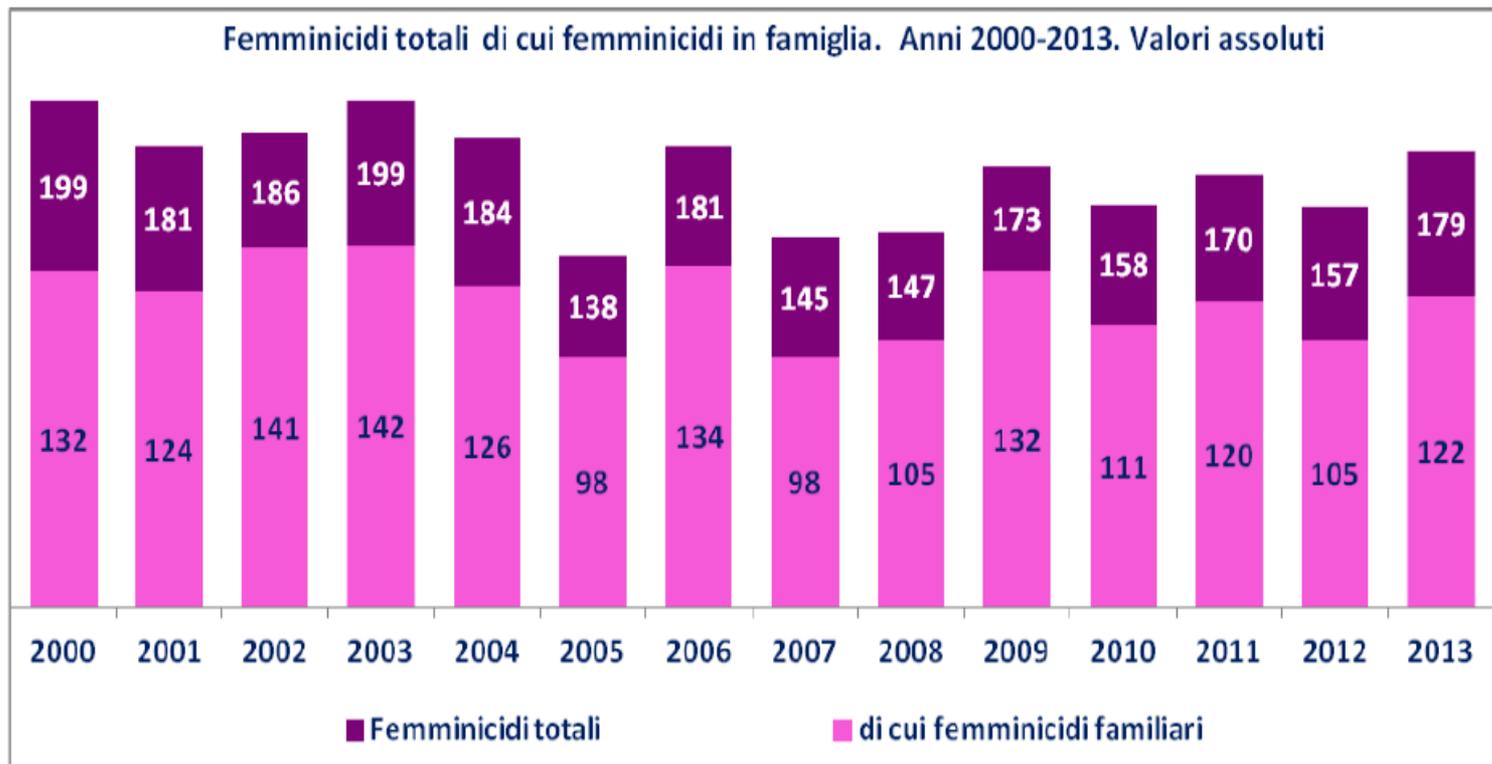
tra il **22%** e il **35%** delle donne che richiedono assistenza in P.S. per qualsiasi causa.

Rappresentano:

- **Il 32%** delle donne che accedono a una struttura di gastroenterologia per disturbi cronici
- **il 25%** delle donne che tentano il suicidio
- **Il 23%** delle donne incinte con parto prematuro
- **tra il 45% e il 59%** delle madri di bambini abusati.

I mariti/compagni violenti sono anche dei padri violenti nel **40-60%** dei casi (J. Edleson, 1999 and BMA, 2007)

e dei padri abusanti sessuali nel **30%** dei casi di violenza domestica (Hume, 2003)



Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali, *Archivio degli omicidi volontari in Italia*

Legge 208/15 -Stabilità

La legge 28 dicembre 2015, n. 208 agli artt. artt. 790 - 791 dispone che, sulla base delle esperienze locali, si renda operativo in tutti gli ospedali il percorso di tutela delle vittime di violenza, in raccordo con le previsioni del piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere di cui all'art. 5 della legge 119/2013

Legge 208/15 - Stabilità

Per potenziare la spinta alla applicazione della L. 208/15 la Regione si sta dotando di una **cabina di regia** per sostenere, formare e monitorare gli operatori sanitari dei Pronto Soccorso nella prima definizione o nel potenziamento dei 'percorsi di assistenza dedicati alle donne vittime di violenza di genere.

In aggiunta la Seconda Università di Napoli (SUN) presso il Dipartimento di Medicina di urgenza ed emergenza, ha varato un **Master** per laureati di diverse discipline su: "Violenza di genere sulle donne e percorso rosa in Pronto Soccorso". Si tratta del primo master sul tema specifico del codice rosa.

Legge 208/15 -Stabilità

Nella città di Napoli sono attivi i ' percorsi/codici rosa' nei Pronto soccorso di due presidi ospedalieri, San Paolo e Loreto Mare, e al pronto soccorso dell'Azienda ospedaliera più grande del mezzogiorno, l'azienda Cardarelli



Centro di coordinamento regionale

***PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO ROSA IN
PRONTO SOCCORSO.***

***IL CODICE ROSA DELLA REGIONE
CAMPANIA***

Il rispetto della convenzione di Istanbul

La violenza di genere

Il **PERCORSO ROSA** è un percorso di prima accoglienza in pronto soccorso dedicato esclusivamente alle donne che subiscono violenza di genere e che riportano danni alla loro salute evidenziabili attraverso una accurata osservazione medica e psicologica.

Il **PERCORSO ROSA** è definito prima di tutto da una procedura integrata di interventi medici, ginecologici, psicologici e pediatrici mirati a dare un ventaglio di risposte sanitarie nell'emergenza alla vittima di violenza.

La violenza di genere

Il PERCORSO ROSA si sviluppa sia all'interno dell'ospedale che all'esterno per le donne che giungono al pronto soccorso e rivelano una violenza di genere (violenza fisica, sessuale psicologica, verbale)

All'interno dell'ospedale le donne sono immesse in un percorso che inizia con l'apposizione di un codice aggiuntivo ('rosa', VD, VS, ST) da aggiungere nel referto medico per la identificazione del caso

Il PERCORSO ROSA prosegue (su consenso della donna) con l'invio allo sportello dedicato per: la refertazione psicologica (che integra quella medica), il primo sostegno, le prime indicazioni in emergenza, l'invio alla rete territoriale (FFOO, centri sociali, anti-violenza servizi)

Il percorso rosa nella Regione Campania centro di coordinamento regionale (L.22 del 21 luglio 2012)



La violenza di genere

Il **PERCORSO ROSA** a partire dalla prima accoglienza nel PSG prevede vari step:

la visita medica/chirurgica per ogni tipo di violenza denunciata con il relativo referto e le indicazioni di trattamento che possono prevedere anche un ricovero a secondo della gravità delle lesioni e delle esigenze che la donne manifesta;

la visita ginecologica nel caso di violenza sessuale. La visita ginecologica comprende anche la raccolta delle prove biologiche (con il consenso della donna), la contraccezione di emergenza nonché la prevenzione delle MTS;

La violenza di genere

Il **PERCORSO ROSA** a partire dalla prima accoglienza nel PSG prevede vari step:

la visita psicologica cui la donna è indirizzata e a cui liberamente consente, che prevede un colloquio circostanziato sui fatti oggetto del referto, una raccolta e valutazione delle reazioni emotive e dei vissuti, una valutazione diagnostica con un parere di compatibilità tra vissuti ed eventi riferiti, una valutazione del livello di rischio per la vita e indicazioni di trattamento a vario livello (psicologico, legale e giudiziario);

la visita psicologica per i minori presenti alle violenze perpetrate sulle loro madri



REGIONE CAMPANIA "PERCORSO ROSA" LINEE GUIDA 2014

ACCESSO IN P.S.

- Autonomo
- 118
- Forze dell'Ordine
- Centri Anti-Violenza
- Servizi Sociali e Sanitari

TRIAGE

- Accoglienza
- Violenza riferita o sospetta
- Riservatezza – attivazione referenti
- Codice di Priorità (no bianco)
- codice Rosa (aggiuntivo)

VIOLENZA DOMESTICA/STALKING
Codice di Priorità (>Verde)
Reperibilità referenti viol

VIOLENZA SESSUALE

- Codice di Priorità (>Giallo)
- Reperibilità referenti viol

VIOLENZA PSICOLOGICA, VERBALE, ECONOMICA, ATTI PERSECUTORI

•INTERNISTA

- ANAMNESI E RACCOLTA DEL "RIFERITO"
- APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO CON STATO D'ANSIA
- TERAPIA CON/SENZA RICOVERO
- REFERATO MEDICO

VIOLENZA FISICA

•CHIRURGO

- ANAMNESI E RACCOLTA DEL "RIFERITO"
- APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO CON DESCRIZIONE DETTAGLIATA LESIONI (+ STATO DI ANSIA)
- TERAPIA CON/SENZA RICOVERO
- REFERATO MEDICO

•CHIRURGO/INTERNISTA

- ANAMNESI E RACCOLTA DEL "RIFERITO"
- ESAME OBIETTIVO
- APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO -LESIONI GENERALI (EXTRAGENITALI) + STATO DI ANSIA
- CONSENSO INFORMATO
- PRELIEVO MTS, CONTRACCEZIONE, TOSSICOLOGICO
- TERAPIA (ANTIBIOTICO, ANTITETANICA)
- ACCOMPAGNAMENTO IN UO GINECOLOGIA

•SPORTELLO PSICOLOGICO

- ACCOGLIENZA, ASCOLTO, INFORMAZIONI USCITA DALLA VIOLENZA, ORGANIZZAZIONE RETE
- OSSERVAZIONE STATO EMOTIVO;
- RACCOLTA DINAMICA ULTIMO EVENTO
- RACCOLTA EVENTI DI VIOLENZA PRECEDENTI
- ANALISI PRESENZA MINORI CON EVENTUALE STATO DI SHOCK → ACCOMPAGNAMENTO UO PEDIATRIA PER OSSERVAZIONE INTEGRATA
- ANALISI RISCHI DI LETALITÀ
- INDICAZIONI DI AUTO-TUTELA E TUTELA DEI MINORI
- CONTATTI (IN URGENZA O MENO) CON FFOO, PROCURA (SECONDO PROTOCOLLO DI INTESA)
- CONTATTI IN RETE CON CAV, S. SOCIALE, MEDICO DI BASE, CASA RIFUGIO, ALTRI
- STESURA REFERTO PSICOLOGICO AD INTEGRAZIONE REFERTO MEDICO E/O GINECOLOGICO CON INVIO A TUTTI I CONTATTI

Si

VALUTAZIONE DEL RISCHIO EVOLUTIVO

- ALLERTAMENTO REFERENTI PS/ASL
- ALLERTAMENTO FORZE DELL'ORDINE
- POOL MAGISTRATURA
- RICOVERO IN OBI

No

- PROGRAMMAZIONE CONSULENZA PSICOLOGICA c/o SPORTELLO ROSA
- PERCORSO ESTERNO IN RETE

•GINECOLOGO

- ESAME OBIETTIVO , DESCRIZIONI LESIONI SPECIFICHE
- SCHEDA CLINICA PER VIOLENZA SESSUALE
- RACCOLTA E CONSERVAZIONE REPERTI IN KIT VIOLENZA SESSUALE
- CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA
- TERAPIA SPECIFICA CON/SENZA RICOVERO
- CONSULENZA PSICOLOGICA

- CONSULENZA PSICOLOGICA IN SEDE
- PERCORSO ESTERNO IN RETE

VIOLENZA SU MINORI ASSISTITA E DIRETTA

•PEDIATRA: OSSERVAZIONE MEDICA E PSICOLOGICA

- RACCOLTA ANAMNESI (CAREGIVER)
- COLLOQUIO MINORE (COGNITIVE INTERVIEW) RACCOLTA DEL "RIFERITO"
- APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO
- TERAPIA CON/SENZA RICOVERO
- INDICAZIONI TRATTAMENTO
- REFERATO PEDIATRICO E PSICOLOGICO

La violenza di genere

- Il **PERCORSO ROSA** della regione Campania ha una sua novità: ha inglobato nel Pronto soccorso medico l'attività di uno sportello ascolto psicologico, deputato specificamente al riconoscimento della violenza psicologica, degli esiti psicologici di ogni violenza (sia essa fisica, economica, sessuale, relazionale, ecc.ecc.), al sostegno psicologico in urgenza della donna ed alla **refertazione psicologica**.

Il **REFERTO PSICOLOGICO** costituisce una novità nel panorama nazionale ed esso è stato asseverato dalla procura di Napoli che l'ha considerato un rilevante mezzo di prova nei processi per violenza di genere contro le donne.

La violenza di genere

II **REFERTO PSICOLOGICO** costituisce:

- a. in primis, la raccolta del riferito e del punto di vista della donna sulla sua sofferenza e sulle conseguenze della violenza subita nella propria vita;
- b. secondariamente, il punto di vista del tecnico che avalla quanto la donna riferisce con diagnosi e valutazioni prognostiche appropriate, che diano credibilità e validità psicologica alle parole ed ai vissuti delle donne, riparandole anche dai danni futuri di una 'vittimizzazione secondaria' (artt. 15-18 della conv. di Istanbul).

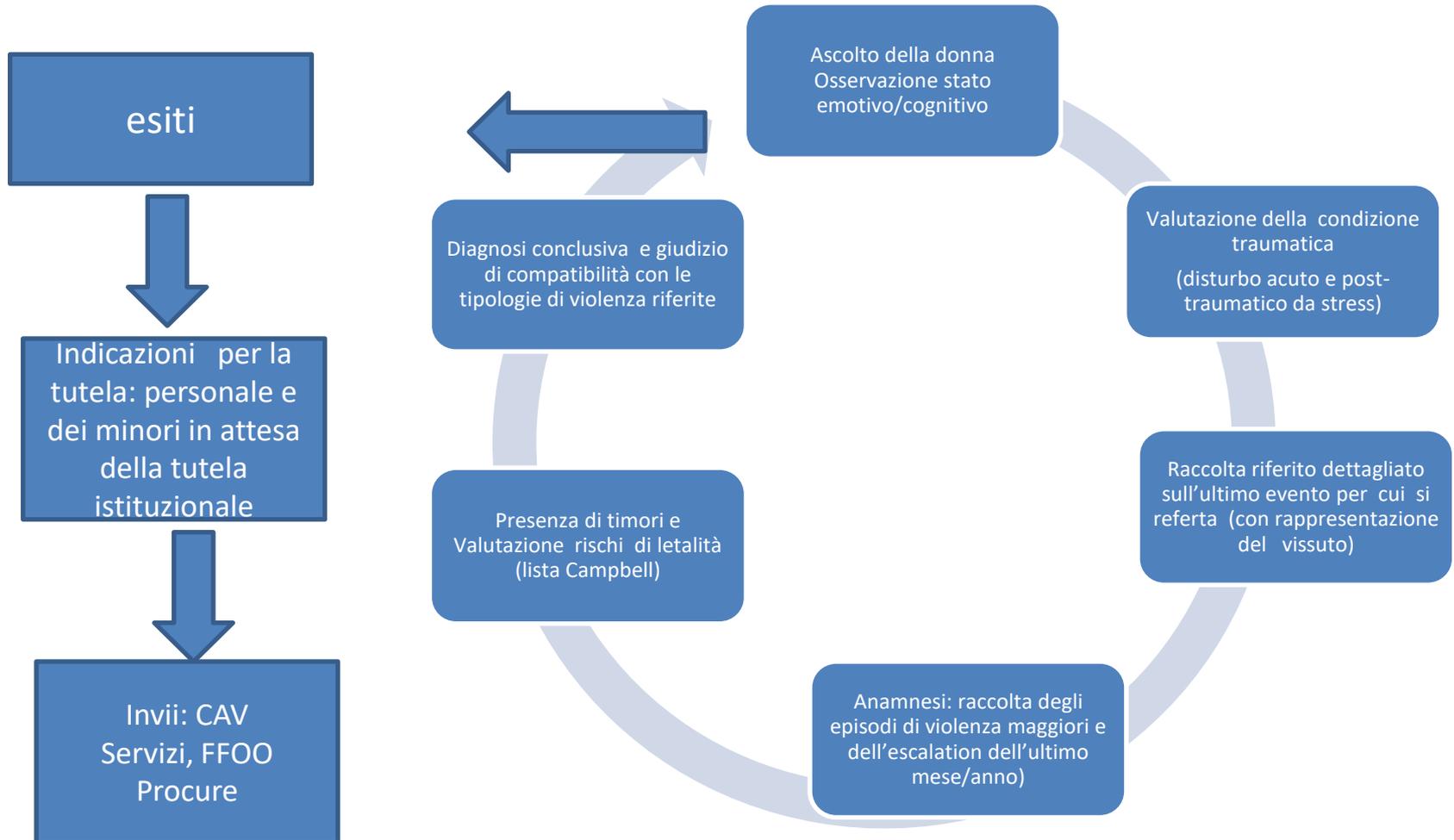
La violenza di genere in PS

Funzioni dell'osservazione psicologica

Essa amplia l'osservazione medica in riferimento a:

- Lo stato psichico della paziente, l'attuale stato della relazione con il partner con le determinazioni future della donna
- L'episodio per cui la donna si è fatta refertare (valutazione del tipo di violenza patita, in genere ultima di una lunga serie)
- Altri episodi presenti in anamnesi con particolare riferimento all'ultimo anno (presenza o meno di escalation ed indicazioni delle tipologie di violenza subite)
- La presenza di minori (violenza assistita)
- La valutazione del rischio secondo più indicatori codificati dalla ricerca internazionale

Il nuovo processo psicologico



La violenza di genere in PS

La cartella medica ed il percorso rosa

referto Attestato di Osservazione

Cartella DEA : giorno/ora

Per cliccare referto occorre individuare il combinato:

- la violenza altrui
- responsabilità di terzi

Consigliato dalla Procura: il medico deve sapere che è bene quando si verificano comportamenti violenti intenzionali (riferiti) lasciare al magistrato la possibilità di valutare la fattispecie di reato, non spetta al medico accertarsi della natura del reato a procedibilità di ufficio o meno

La violenza di genere in PS

La cartella medica ed il percorso rosa Campi del referto

Assistito/a

Sesso nato/a

Tess. sanitaria codice fiscale

Residenza tel. (richiedere sempre)

Codice triage mai inferiore a verde

Motivo di accesso (scelta preferita=aggressione)

Modalità di accesso (FFOO, 118, autonoma)

Provenienza

Operatore triage

La violenza di genere in PS

La cartella medica ed il percorso rosa

Campi del referto

Note d'ingresso riferisce aggressione (fisica, verbale, stalking) da parte di.....(meglio, se la donna lo riferisce, una identificazione della persona anche attraverso il suo ruolo (partner , ex-partner marito, ex-marito) piuttosto che 'persona conosciuta'

codice aggiuntivo “rosa”; VS o VD per identificare il caso e l'immissione in un percorso specifico di attenzione e riservatezza. Importante non effettuare il colloquio alla presenza di terzi : la visita medica è riservata sempre (tranne che per i minori). Se il triage è esposto portare la donna nella stanza indicata per il percorso rosa in PS/OBI

Motivo principale (scelta preferita: violenza altrui)

Data ora Responsabilità terzi si no Omissione di soccorso

Luogo incidente: (la casa o la strada o altro)

La violenza di genere in PS

La cartella medica ed il percorso rosa

Campi del referto: la diagnosi

Diagnosi: nella diagnosi riportare gli esiti fisici (trauma, lesioni, ecc.) con osservazione dettagliata delle lesioni e preferibili reperti fotografici (con consenso della paziente); in aggiunta procedere ad una iniziale lettura dello stato emotivo.

esempi di diagnosi:

" stato ansioso reattivo a violenza di genere di tipo misto (psicologica e stalking associato a minacce di morte)"

"stato ansioso secondario a violenza di genere (stalking)"

"trauma contusivo polso destro con escoriazione, stato d'ansia reattivo"

La violenza di genere in PS

La cartella medica ed il percorso rosa

Campi del referto: la prognosi

Prognosi: la valutazione prognostica in questo quadro in cui si mette in campo una doppia valutazione (lesione fisica accompagnata da una ovvia reazione psichica) o anche una esclusiva reazione psichica ad un evento grave come minacce di morte o di altro, non può attestarsi in un range molto basso.

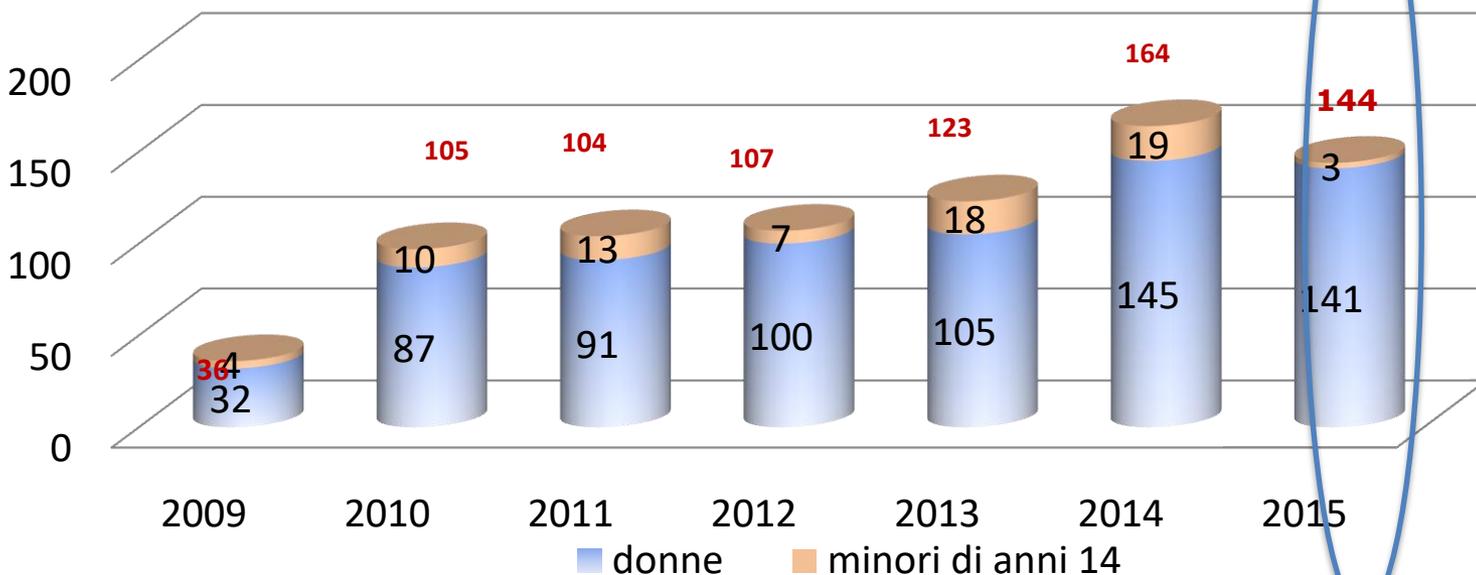
Essa deve tenere conto che una reazione di ansia con sintomi di iperattivazione da stress perdura nel tempo.

A maggior ragione la prognosi va rivista in considerazione del fatto che le minacce o le aggressioni vuoi fisiche vuoi psicologiche siano ripetute nel tempo.

Va indicato anche che la prognosi va rivalutata alla scadenza del periodo

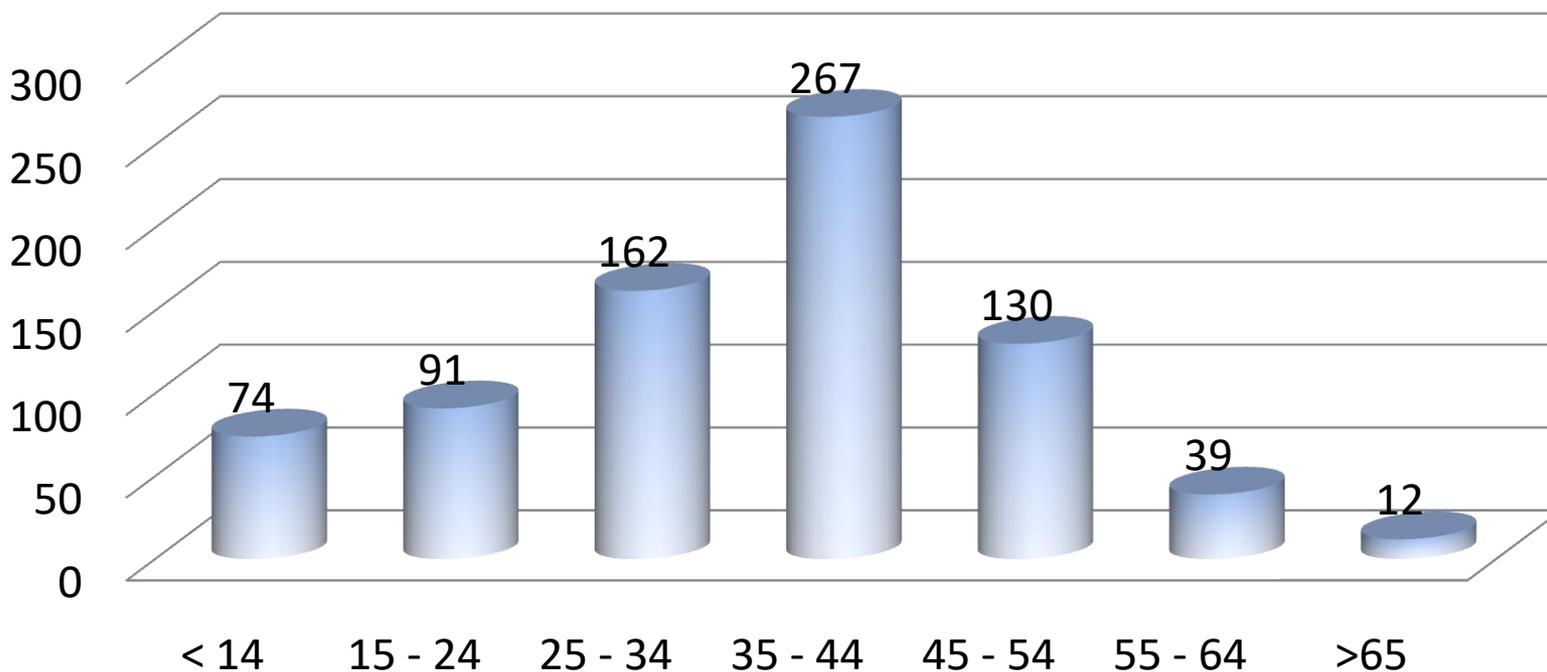
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza Percorso Rosa , sportello psicologico

Donne al di sopra dei 14 anni (701) e minori di anni 14 (74) nel
periodo 2009-15
Totale 775



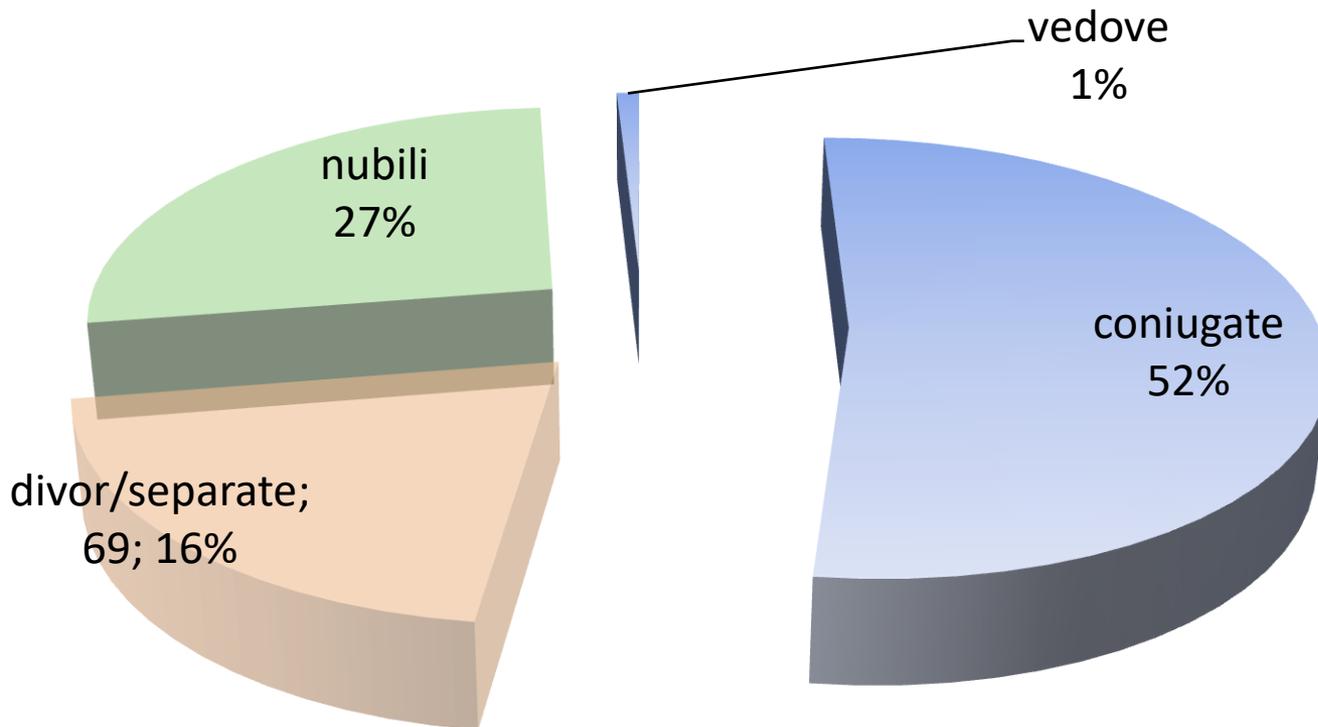
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

**Donne e minori di anni 14 (tot. 775) per fasce di età
anni 2009-2015**



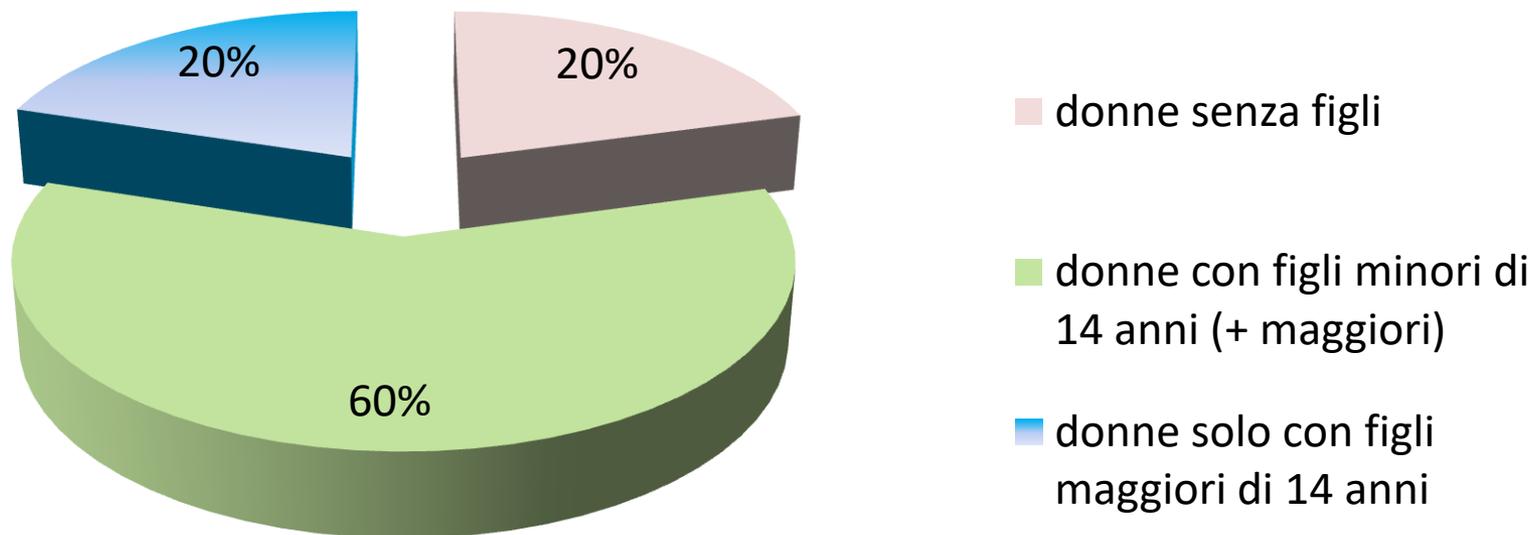
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

Donne al di sopra dei 14 anni (tot. 671) per stato civile
anni 2009-2015

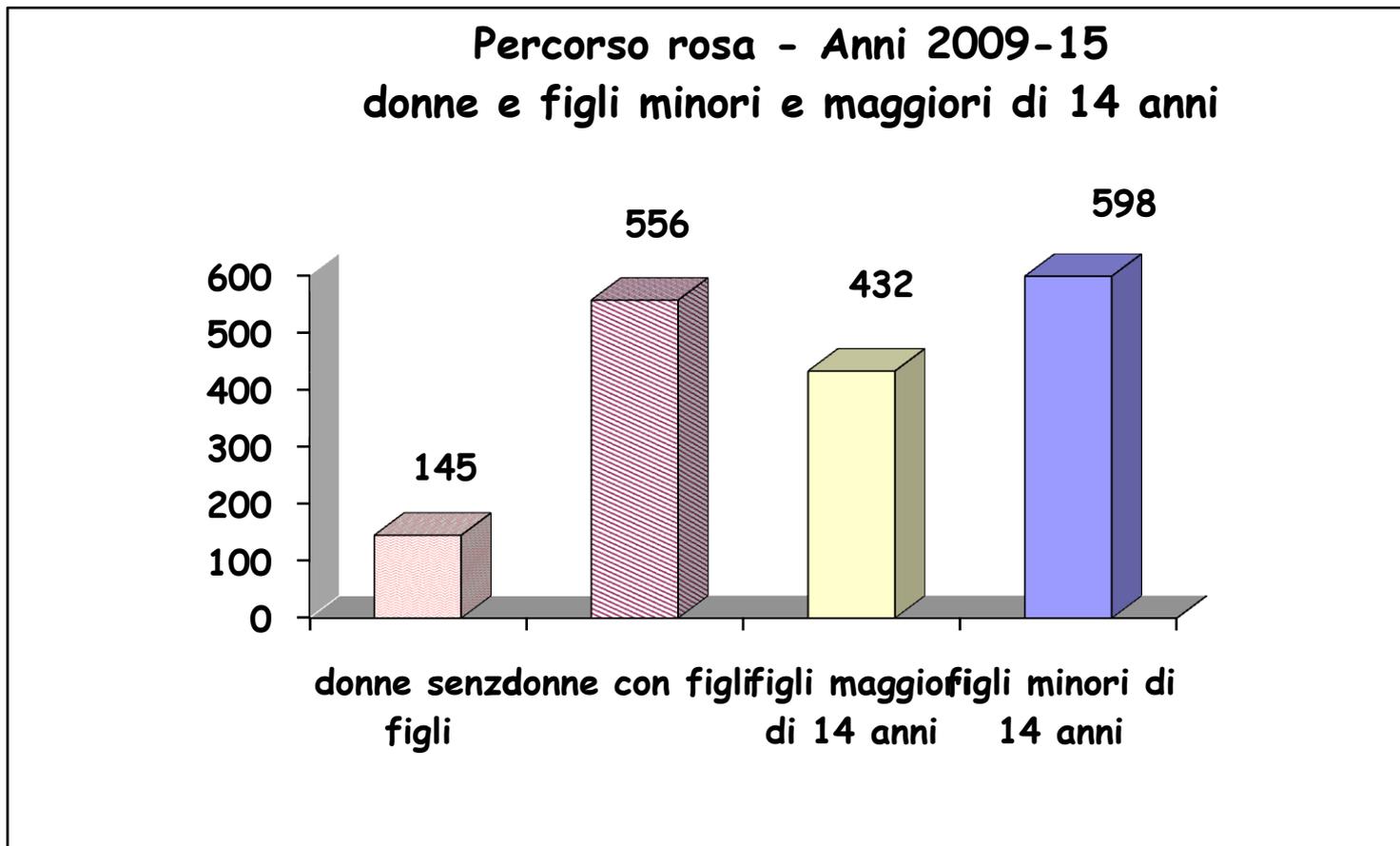


Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

Donne al di sopra dei 14 anni (tot. 671) per presenza di figli
anni 2009-2015

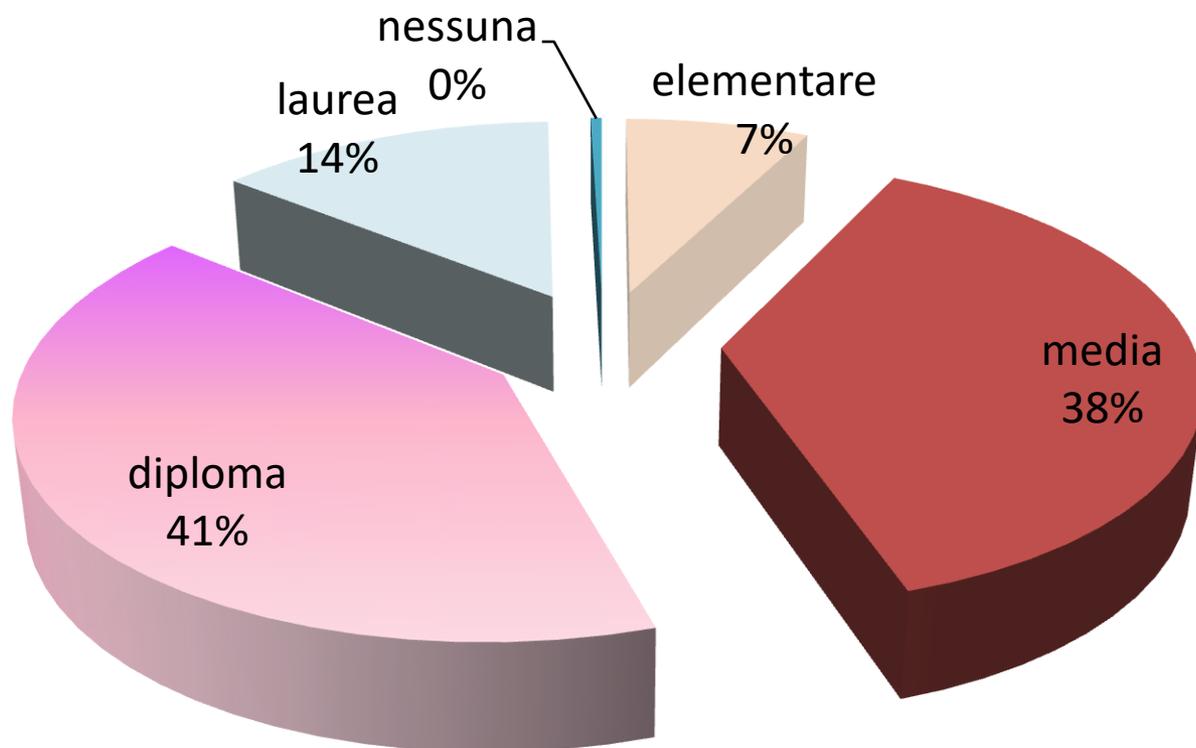


Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa



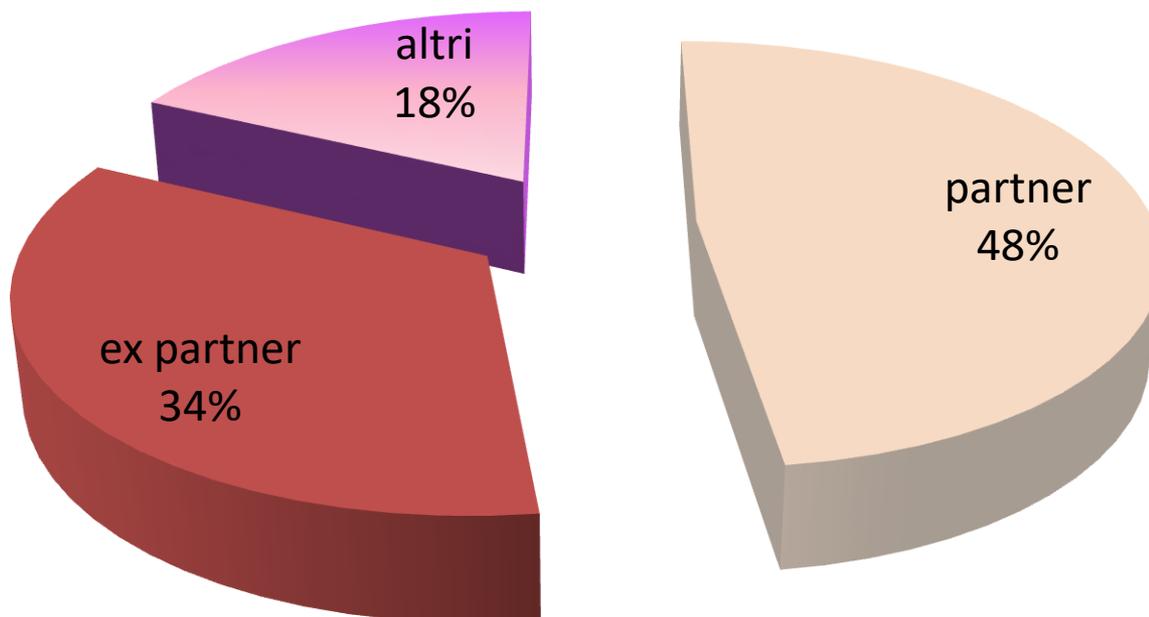
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

Donne al di sopra dei 14 anni (tot. 671) per scolarità
anni 2009-2015



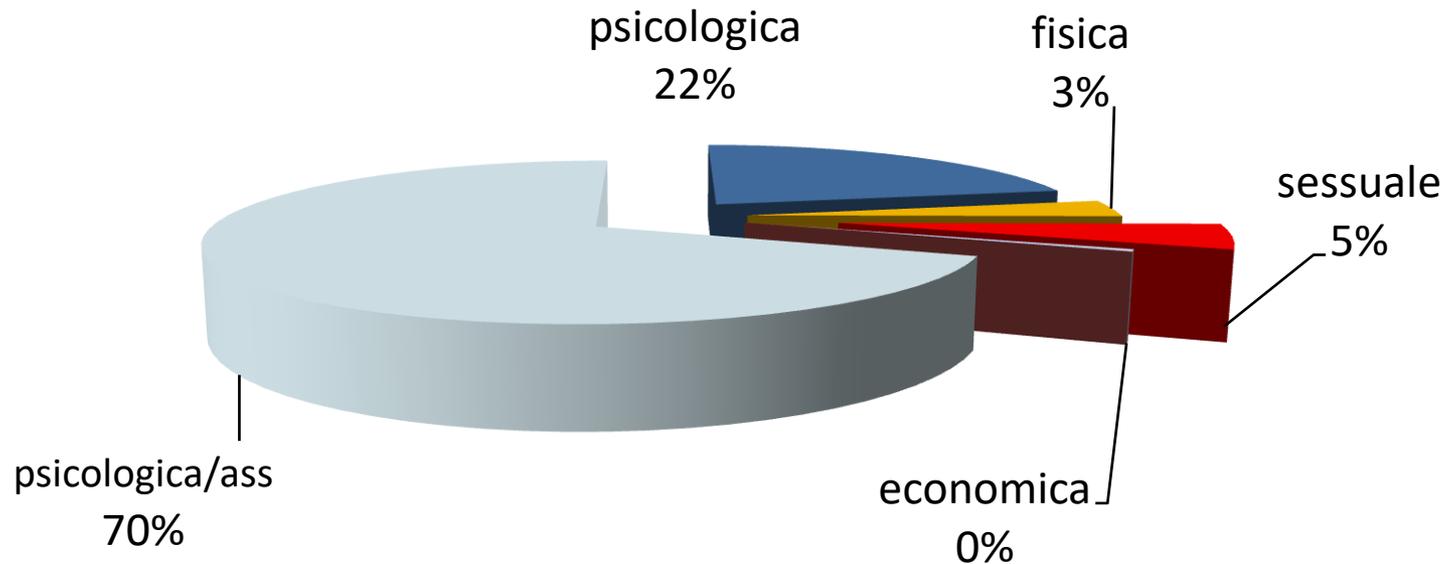
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

Donne al di sopra dei 14 anni (tot. 701) per autore
anni 2009-2015



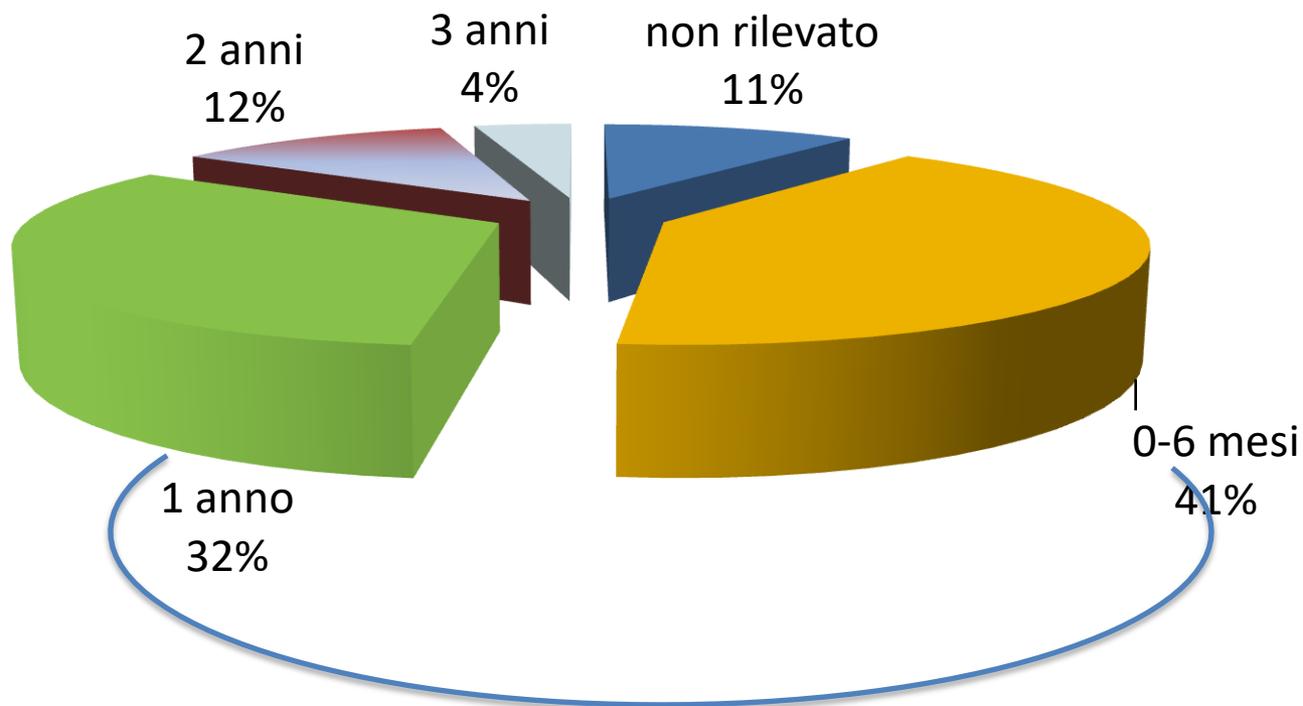
Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

Donne al di sopra dei 14 anni (tot.701) per tipo di violenza
anni 2009-2015



Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

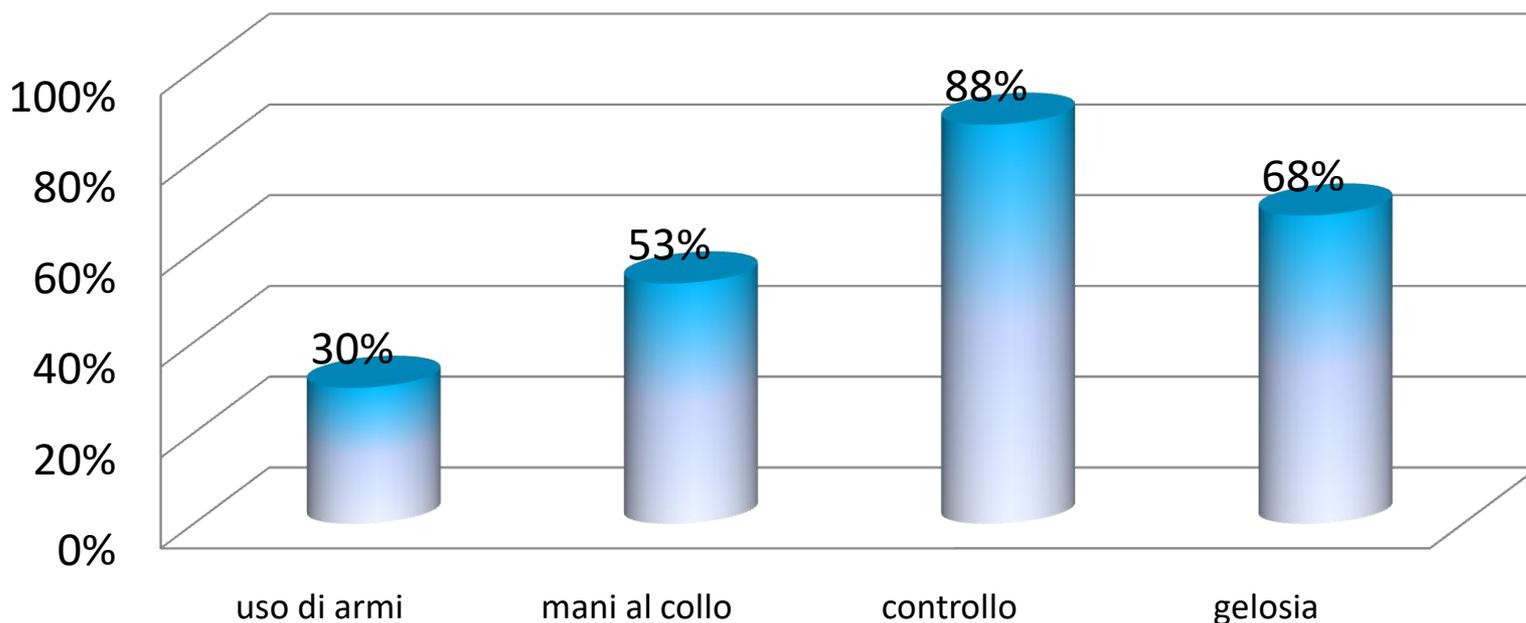
Donne al di sopra dei 14 anni(701)
per escalation della violenza
2009-2015



Servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

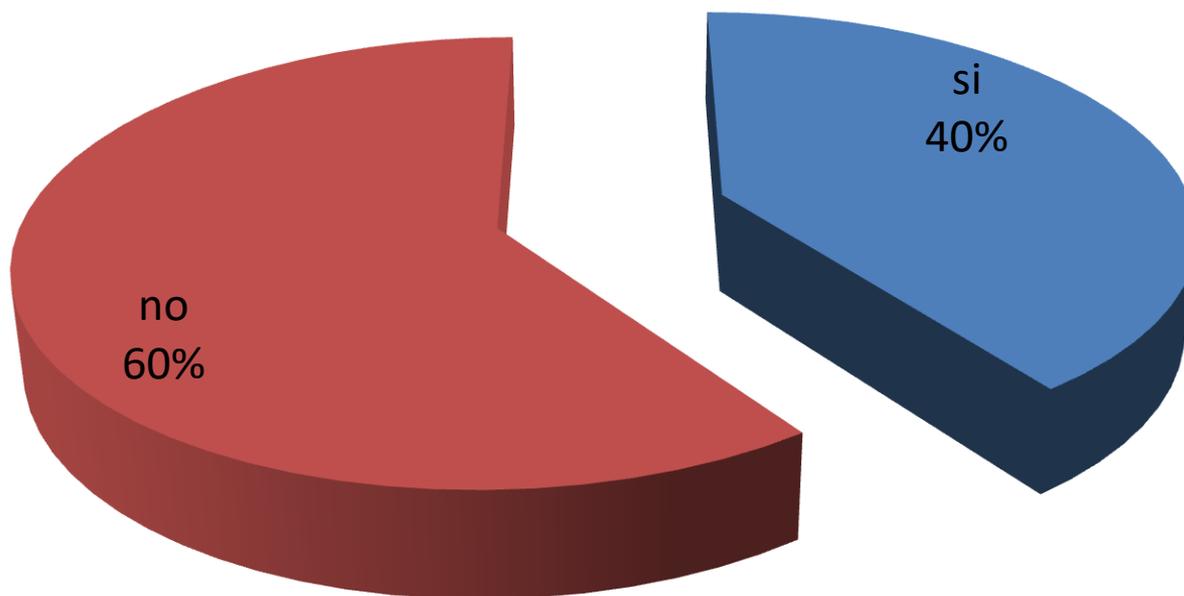
**Donne al di sopra dei 14 anni con partner intimo
(85%; 594/701)**

Per indicatori di rischio - Anni 2009-2015



servizio prima assistenza alle vittime di violenza, sportello psicologico, Percorso Rosa

violenza in gravidanza 80% del totale (701)





Grazie.

Elvira Reale



x congresso nazionale
simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016

