



Linee guida e percorso per le vittime di violenza secondo il decreto del 24/11/2017

Paolo Cremonesi

Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

E.O. Ospedali Galliera – Genova

Ferrari Edith, Marchini Luisa,

Pierluigi Daniela, Schena Agnese, Rottigni Andrea

STOP VIOLENCE AGAINST WOMEN

In the WHO European Region

1 in 4 women has experienced **physical and/or sexual violence** by an intimate partner.



1 in 10 women has experienced **non-partner sexual violence**.



www.euro.who.int/violenceinjury

© WHO 09/2014



World Health
Organization

EUROPEAN REGION
Europe

6 milioni 788 mila

donne che hanno subito qualche
forma di violenza



nel 62,7% dei casi

sono partner attuali o ex
a commettere stupri



21%
violenza sessuale

20,2%
violenza fisica

16,1%
stalking



Convenzione di Istanbul

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011 - Ratificata in Italia con la LEGGE 27 giugno 2013, n. 77

I principi della Convenzione: le 4 P

- ✓ Prevenzione
- ✓ Protezione
- ✓ Perseguimento dei colpevoli
- ✓ Politiche integrate

La Legge 119/2013

DECRETO-LEGGE 14 agosto 2013, n. 93 «Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere» convertito con la LEGGE 15 ottobre 2013, n. 119

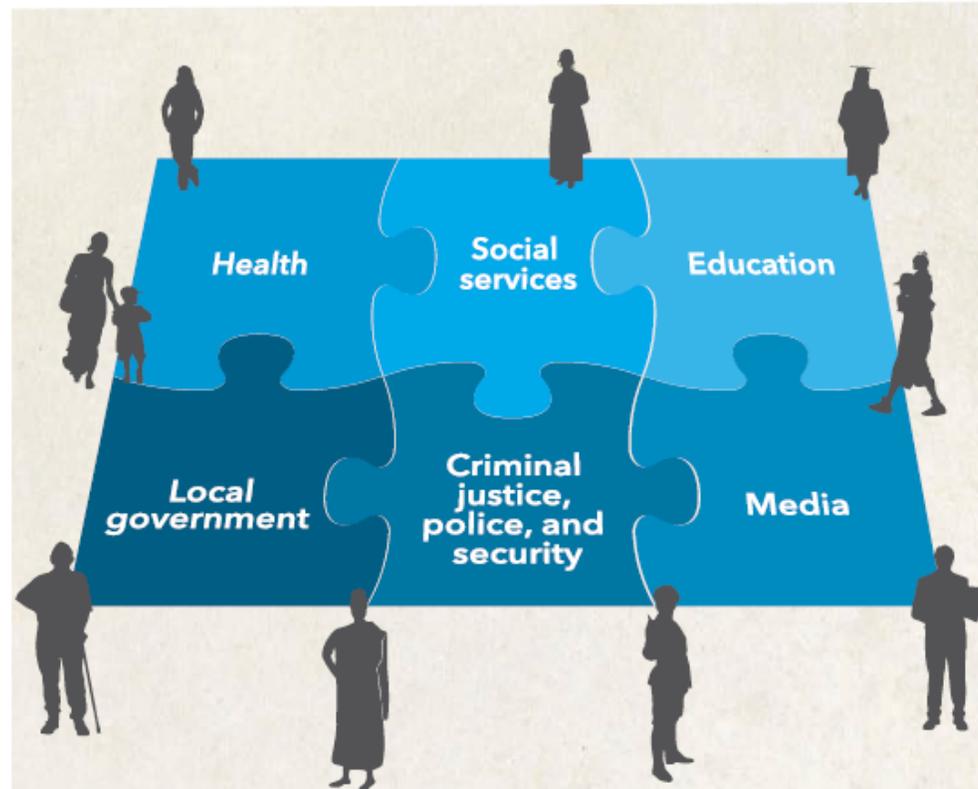
All'art.5 prevede il **Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere** che è stato poi adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015 e registrato dalla Corte dei Conti il 25 agosto 2015

Linee d'azione del Piano

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

Everyone has a role to play in addressing violence against women.

To prevent and respond to violence against women, multiple sectors of society must work together.



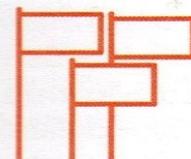
The health sector plays a key role in preventing and responding to **violence against women**.



World Health
Organization



centri anti violenza,
case rifugio, enti
formativi, famiglie,
associazioni non profit,
scuole/università



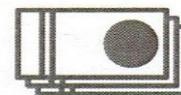
comune, provincia,
regione, sindacati,
enti pubblici



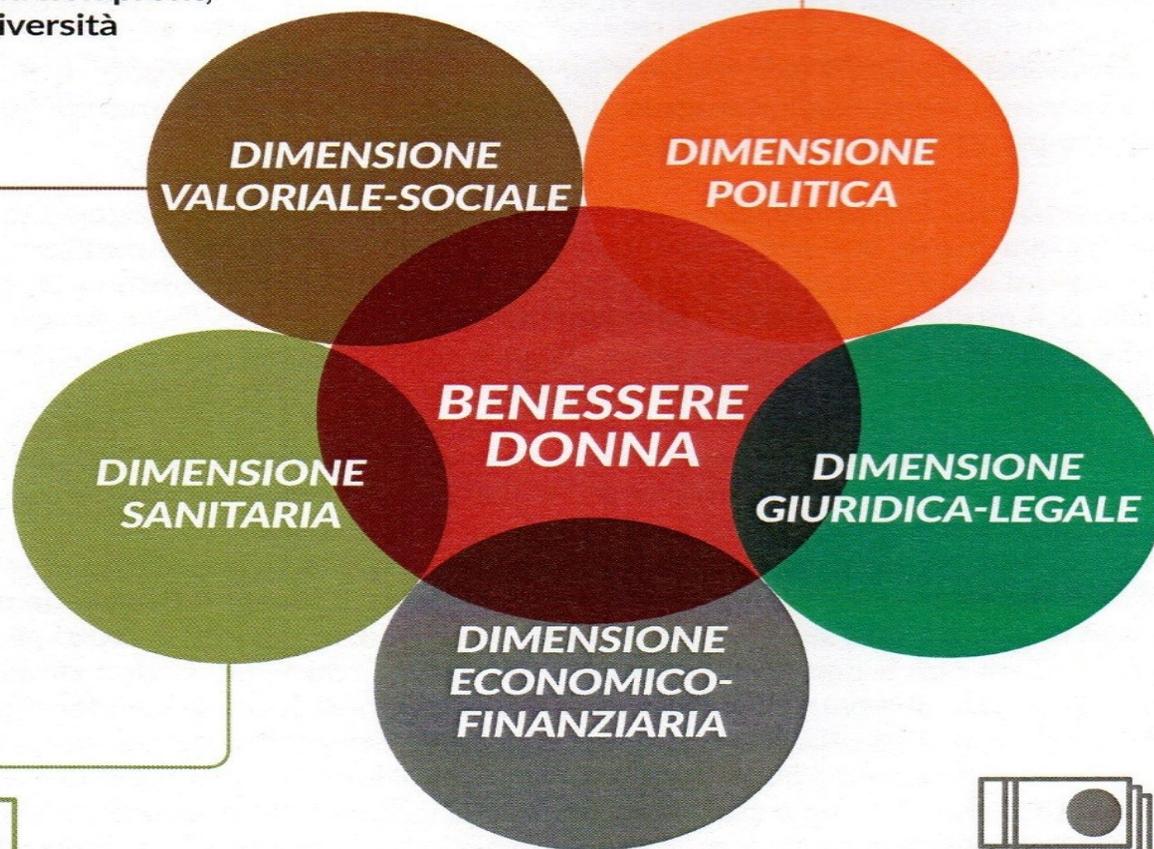
procura,
questura,
magistratura,
avvocati,
forze di polizia



aziende ospedaliere,
asl/asp, medici di base,
operatori sanitari



imprese pubbliche/private,
sistema bancario, camere
di commercio, agenzie di
lavoro, donatori



Ruolo personale sanitario

- ✓ Saper riconoscere la violenza e identificare tutti i suoi aspetti e protagonisti
- ✓ Supportare la vittima
- ✓ Stimare il rischio al fine della sua tutela
- ✓ Documentare con precisione la violenza
- ✓ Informare e indirizzare la vittima ai soggetti della rete

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI

24 novembre 2017

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

24 novembre 2017

- **Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.**
- **(GU n.24 del 30-1-2018)**

LINEE GUIDA NAZIONALI

Sono definite a livello nazionale le Linee guida di indirizzo e orientamento per **le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere** in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza con la denominazione di

PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA.

IL PERCORSO

Il Percorso dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne **a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento**, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un

Progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per **la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.**

TRIAGE

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - cosi'

Da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di Attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

AZIENDE SANITARIE

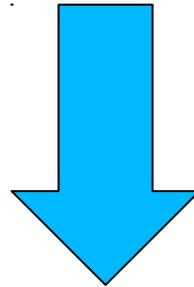
Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono **adoperarsi affinché**, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, **siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali.**

CCM Revamp

- Unità Capofila: E.O. Ospedali Galliera
- Coordinatore scientifico: dott. Paolo Cremonesi, Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
- Durata del Progetto: 2 anni
- Inizio ufficiale del Progetto: 22 aprile 2015

CCM Revamp

Il progetto si propone di armonizzare e valutare l'efficacia dei protocolli di: riconoscimento, accoglienza, presa in carico e accompagnamento dei casi di violenza sulla donna, in ambito relazionale, o sul bambino e sviluppare strumenti d'informazione e formazione da rivolgere ad operatori sanitari.



Soggetti coinvolti: Donne, Bambini, Anziani, Disabili

Unità Operative

- 15 Unità Operative coinvolte
- 7 Regioni italiane
- Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio, Basilicata, Sicilia

Obiettivo Generale

Armonizzazione e valutazione di efficacia dei protocolli di:
riconoscimento, accoglienza, presa in carico e accompagnamento dei
casi di violenza sulla donna, in ambito relazionale, o sul bambino.

Risultati attesi

- Pubblicazione di linee guida
- Pubblicazioni di raccomandazioni



Manuale per operatori di Pronto Soccorso

Obiettivi specifici (REVAMP)

1 – Registrazione degli eventi violenti in PS

secondo un Minimum Data Set comune: l'adozione della codifica analitica europea e l'utilizzo dei flussi di emergenza urgenza di PS

2 – Armonizzazione e valutazione di efficacia, mediante follow up del paziente, **dei protocolli** di:

- Riconoscimento
- Accoglienza
- presa in carico
- accompagnamento della vittima di violenza

3 – Sviluppo di strumenti di informazione e formazione degli operatori sanitari e di promozione della salute nella popolazione generale, basati sulle evidenze epidemiologiche, per il contrasto della violenza in ambito relazionale subita o assistita da parte della donna o del bambino.

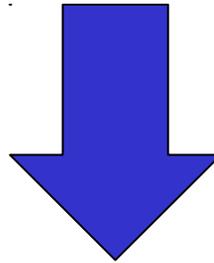
Disseminazione risultati progetto.

4 – Analisi dei determinanti socio-culturali della violenza sulla donna e sul bambino

- uso delle informazioni di contesto dai registri analitici e dai protocolli di riconoscimento
- valutazione dell'incidenza e identificazione dei gruppi di popolazione ad alto rischio dai registri sintetici di PS ed EMUR

EpiRevamp

Analisi epigenetica in campioni di sangue intero da pazienti che hanno subito trauma come strumento di screening per l'identificazione dei fattori causali di PTSD: studio prospettico”.



Lo studio epigenetico prevede il prelievo di campioni di sangue al tempo 0, 6 e 12 mesi dopo la presa in carico della donna che ha subito violenza.

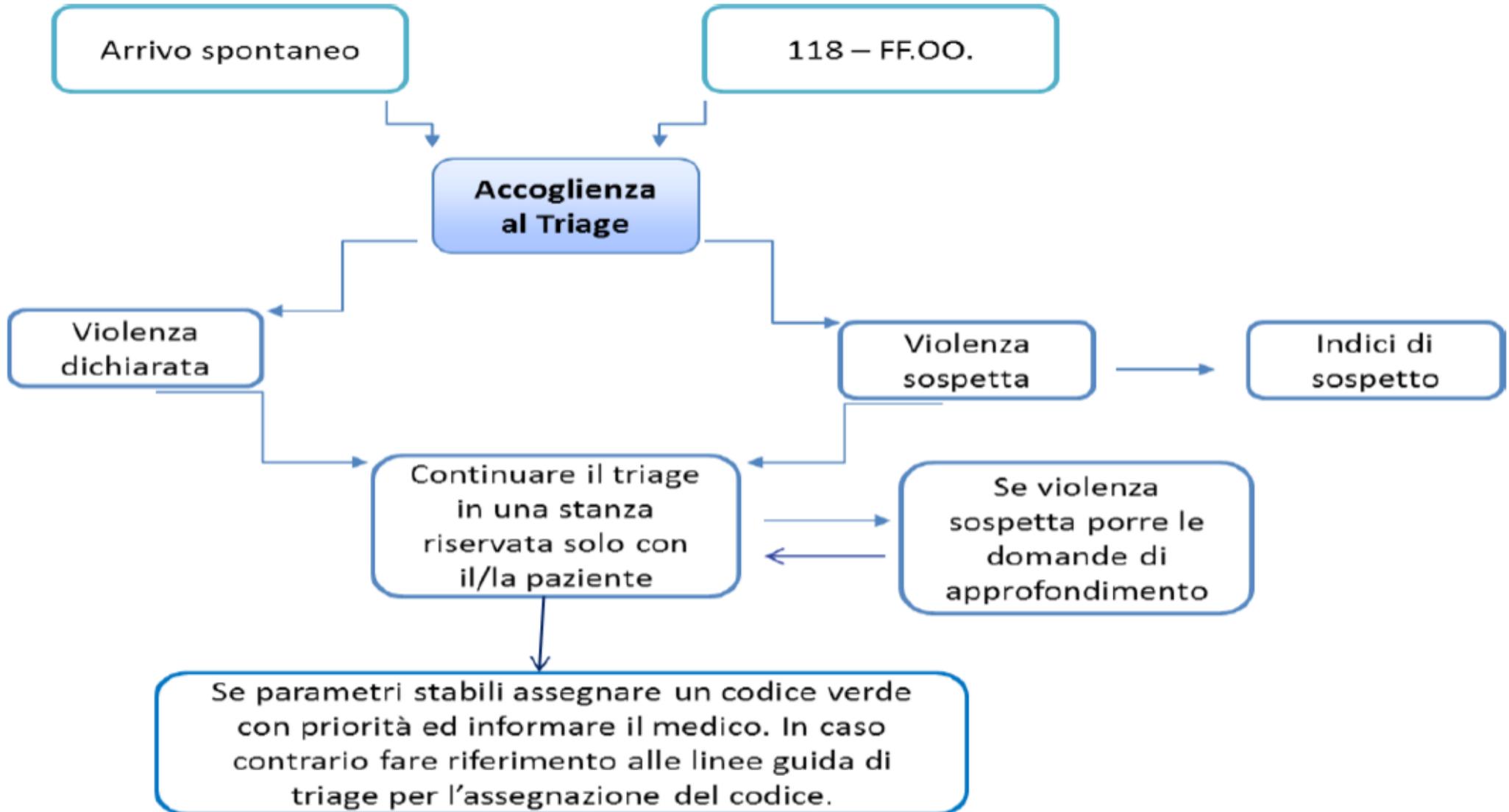
Tavoli di lavoro

- Tavolo 1 - SORVEGLIANZA ED EPIDEMIOLOGIA
- Tavolo 2 - RICONOSCIMENTO, DIAGNOSI E PRESA IN CARICO
- Tavolo 2.1 - VIOLENZA SESSUALE
- Tavolo 2.2 - TRIAGE INFERMIERISTICO
- Tavolo 3 - COLLOQUIO ED ACCOGLIENZA
- Tavolo 4 – ACCOMPAGNAMENTO
- Tavolo 4.1 - FORMAZIONE e DISSEMINAZIONE
- Tavolo 5 – PEDIATRICO
- Tavolo 6 - GIURIDICO

L'esperienza dell'Ospedale Galliera:

***PROTOCOLLO D'INTERVENTO IN CASO
DI VIOLENZA DICHIARATA O SOSPETTA
IN PAZIENTE ADULTO***

Violenza (fisica, psicologica e/o sessuale): diagramma percorso clinico - assistenziale multidisciplinare



Indici Anamnestici

- Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici in tempi irragionevoli (dopo tre accessi si può ipotizzare uno stato di violenza a prescindere da ciò che afferma in merito l'interessato);
- Reticenza o amnesia su alcuni argomenti o persone;
- Ritardo nel chiedere soccorso;
- Dinamica non correlabile alle lesioni;
- Lesioni/problemi durante la gravidanza o aborti reiterati;
- Istituzionalizzazione
- Depressione
- Disturbi del sonno;
- Disturbi del comportamento alimentare
- Tentati suicidi

Indici Comportamentali/Psicologici

Atteggiamento contraddittorio o evasivo;

Paziente riluttante a parlare in presenza del partner;

Partner dispotico o iperprotettivo o con atteggiamento di controllo;

Atteggiamenti difensivi incongrui;

Agitazione, stato d'ansia e paura;

Atteggiamento depresso;

Sguardo fisso, apatia, mutismo;

Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo;

Comportamento autolesivo – abuso di alcool, droga, cutting;

Intenzioni suicide;

Eccesso di adattabilità specie nei bambini;

Disforia, umore negativo e altalenante;

Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia;

Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo

Indicatori fisici

- . Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica)
- Lesioni traumatiche nelle seguenti zone:
 - a) testa e al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica,
 - b) segni di tentato strangolamento, capelli strappati);
 - c) seno, zone genitali;
 - d) lato ulnare avambraccio;
 - e) in zone nascoste dagli abiti

- Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola, ossa lunghe in bambini non deambulanti)
- Ustioni, bruciature
- Ferite da arma da taglio
- Problematichginecologiche
- Aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/bambino nato morto
- Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ...)
- Dolore cronico
- Sintomatologia vaga e diffusa
- Malnutrizione

Violenza sospetta:

***indici di sospetto e domande di approfondimento
in pazienti adulti***

Alcuni esempi

- Con chi vive?
- Da chi è composta la sua famiglia?
- Può indicarmi il nome del suo medico di famiglia?
- Mi sembra stia attraversando un periodo difficile, ci sono situazioni che la fanno stare male o preoccupare?
- Vedo che ha dei lividi, mi può raccontare com'è accaduto? Qualcuno le ha fatto male?
- Molte/i pazienti mi raccontano di essere state/i trattate/i male o picchiate/i da conoscenti o familiari: succede anche a lei?

***PROTOCOLLO D'INTERVENTO IN CASO
DI VIOLENZA DICHIARATA O SOSPETTA
IN PAZIENTE MINORENNE***

Indici Anamnestici (per i minori)

- Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/trauma accidentale/disturbi cronici (dopo tre accessi si può ipotizzare uno stato di violenza a prescindere da ciò che afferma in merito l'interessato);
- Reticenze o racconti contraddittori da parte degli accompagnatori
- Ritardo nel chiedere soccorso
- Dinamica riferita non correlabile alle lesioni

Particolare attenzione:

Abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia, enuresi ed encopresi

Eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale

Nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita

Stato degli abiti, stato di igiene personale

Atteggiamento depresso, autolesionismo

Istituzionalizzazione

Comportamentali/Psicologici (per i minori)

- Paura, sentimento d'impotenza e/o di orrore
- Distacco, assenza di reattività emozionale, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa
- Sintomi di ansia, ipervigilanza
- Insonnia, incapacità di concentrazione, irrequietezza, reazioni esagerate di allarme
- Pianto, tristezza, paura di conseguenze future
- Esplosioni emotive improvvise e immotivate
- Etero ed auto aggressività
- Disturbo delle condotte alimentari
- Rifiuto a mostrare il corpo nudo
- Interessi e comportamenti sessualizzati inappropriati all'età
- Fughe, tentativi di suicidio

Indicatori fisici (Minori)

- Lesioni multiple in diverso stato di evoluzione
- Coesistenza di ecchimosi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, ematomi, ustioni, ecc.
- Ecchimosi localizzate in sedi atipiche (retro auricolari, sul viso eccetto la fronte, dorso, regioni glutee, genitali e perianali, polsi, caviglie, mucosa orale), in particolare se con aspetto “a stampo”.
- Morsicature
- Fratture ossee: tutte le fratture ossee in età pediatrica richiedono una spiegazione appropriata e questa deve essere coerente con l'età e il grado di sviluppo del bambino.

•Fratture multiple, costali e spinali, metafisarie, di omero, di tipo spirale e del femore: in bambini che non camminano sono sempre da indagare per sospetto di frattura non accidentale, la più frequente è quella trasversa, ma frattura di tipo spirale è possibile anche nel bambino che deambula.

•Fratture teca cranica: richiedono forza considerevole e debbono essere spiegate dalla dinamica dell'incidente riportato. Le fratture che preoccupano di più sono le seguenti: occipitale, depresse, "in crescita".

• Ustioni, bruciature, lesioni da contatto con oggetti roventi (ferro da stiro), lesioni da sigaretta, lesioni da immersione forzata in acqua calda alle estremità (a calza o a guanto); lesioni bilaterali e simmetriche, e lesioni che derivano da liquido gettato o versato, da frizione con superfici (da trascinamento). Le sedi di lesione da ustione inflitta sono più comuni agli arti inferiori e ai glutei, alle mani (al dorso), ai piedi e al volto.

• Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ecc.)

• Malnutrizione

• Avvelenamento e intossicazione



Grazie per l'attenzione!

Paolo Cremonesi

Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

E.O. Ospedali Galliera – Genova

Ferrari Edith, Marchini Luisa,

Pierluigi Daniela, Schena Agnese, Rottigni Andrea