doi: 10.14664/rcvs/711

Violenza domestica: quali competenze e conoscenze dell'infermiere in emergenza?

Violence conjugale : quelles qualifications et connaissances les infirmiers du service d'urgence devraient-ils avoir?

Domestic violence: what skills and knowledge a nurse of the Emergency Service should have?

Valeria Cremonini, Debora Menghi, Katia Mattarozzi, Ivan Rubbi•

Riassunto

Il fenomeno della violenza domestica e le condotte di approccio a questo problema assumono una particolare rilevanza sia sociale che sanitaria. Lo scopo della ricerca è quello di misurare le conoscenze e le competenze degli infermieri che prestano servizio nelle realtà operative di ED (Emergenza Dipartimento) rispetto alla gestione in urgenza della donna che ha subito violenza domestica. E' stato effettuato uno studio osservazionale trasversale che ha coinvolto gli infermieri del servizio di emergenza intraospedaliera (EDI) e Extraospedaliera (EDE) in tre ambiti territoriali afferenti ad una Azienda Sanitaria del nord Italia. Il campione è di tipo non probabilistico. Il questionario scelto è stato Help– Knowledge and Attitudes of Gender – Based Violence. Si evidenzia un risultato con un range di risposte corrette che vanno dal 72,6% al 99%.

La comparazione fra gli infermieri dell'EDE e quelli dell'EDI ha evidenziato una maggiore comprensione del fenomeno dell'IPV (Intimate Partner Violence) da parte di questi ultimi; ciò con molta probabilità può essere dovuto, da un lato, al fatto che i secondi possiedono più strumenti e tempo per riconoscere i segni di maltrattamento, mentre la donna, dall'altro, ha la possibilità di ricercare maggiore empatia, un sostegno psicologico e una guida ai servizi che possano aiutare la propria famiglia. Le correlazioni provano, inoltre, una notevole sensibilità che il personale di ED ha sulle diverse tipologie di maltrattamenti, non solo fisiche, ma anche psicologiche, economiche e sessuali. Con molta probabilità tali conoscenze sono legate all'esperienza sul campo in quanto il 56,6% (n=56) del campione ha un'anzianità di servizio che va dagli 11 ai 30 anni.

Résumé

Le phénomène de la violence conjugale et les différentes approches à ce problème sont particulièrement importants sur les plans social et sanitaire. Le but de cette recherche est d'évaluer les compétences et les connaissances des infirmiers travaillant aux services d'urgence (ED) et qui assurent la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. Une étude par observation a été menée impliquant les infirmiers des services d'urgence intrahospitaliers (EDI) et extrahospitaliers (EDE) de trois territoires liés à une unité de soins du nord de l'Italie. Il s'agissait d'un échantillon non probabiliste et le questionnaire choisi était le Help–Knowledge and Attitudes of Gender–Based Violence.

Le résultat a été globalement positif et les réponses correctes allait de 72,6 % à 99 % selon les questions. La comparaison entre infirmiers de l'EDE et de l'EDI a montré que ces derniers ont une meilleure connaissance du phénomène de la violence d'un partenaire intime (IPV – Intimate Partner Violence) par rapport aux premiers. Cela est peut-être dû au fait que, d'un côté, les infirmiers EDI ont davantage d'outils et de temps pour reconnaître les signes d'abus, tandis que la femme, de l'autre, a la possibilité de recevoir davantage d'empathie, un soutien psychologique et un guide aux services du territoire pour aider sa famille.

En outre, les corrélations démontrent que le personnel ED est très conscient des différentes formes de maltraitance, qui ne concernent pas seulement le cadre physique, mais aussi les domaines psychologiques, économiques et sexuels. Il est fort probable que ces connaissances soient liées à leur expérience car 56,6 % des personnes interrogées travaillent dans ce secteur depuis au moins 11 ans.

Abstract

The phenomenon of domestic violence and the different approaches to this are especially important both from a social and health point of view. The aim of the survey is to measure the skills and knowledge of the nurses who work in Emergency

• Valeria Cremonini, Dottore di ricerca, Corso di Laurea in "Infermieristica" - Università di Bologna – AUSL Romagna Ravenna; Debora Menghi, Infermiera, Dipartimento cure primarie - AUSL Romagna Ravenna; Katia Mattarozzi, Ricercatore - Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale – Università di Bologna; Ivan Rubbi, Dottore di ricerca, Corso di Laurea in "Infermieristica" - Università di Bologna – AUSL Romagna Ravenna.

Departments providing medical care to women who are victims of domestic violence. An observational study was implemented involving the nurses of the Intra-hospital Emergency Services (EDI) and of the Extra-hospital Emergency Services (EDE) of three territories linked to a Northern Italian healthcare unit. The sample is a non-probabilistic one. The title of the administered questionnaire is Help-Knowledge and Attitudes of Gender–Based Violence.
There was a positive result overall with a range of correct answers ranging from 72.6% to 99% depending on the question. The comparison between EDE and EDI nurses showed a better understanding of the IPV phenomenon (Intimate Partner Violence) amongst the latter. This may be due to the fact, on the one hand, that EDI nurses have more tools and time in order to recognize the signs of abuse, while women, using the other services, have the possibility to get more empathy and psychological support along with information about assistance provided by territorial services available for families. Correlations demonstrate, moreover, that EDI staff have a strong awareness of the various kinds of abuse, not only physical but also psychological, economical and sexual ones. This particular knowledge is most likely linked to their experience because 56.6% of respondents have been working in this field for 11 to 30 years.

Key words: intimate partner violence; assessment; emergency department; nursing.

1. Background.

La violenza domestica costituisce purtroppo un fenomeno molto diffuso che si pone di frequente al centro del dibattito quotidiano, mediatico e politico, a livello mondiale. Non esiste una definizione universalmente accettata della violenza domestica; l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la prima volta ne fornisce una definizione dichiarando che si tratta di "ogni forma di violenza fisica psicologica o sessuale e riguarda tanto a soggetti che hanno, hanno avuto, o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto a soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo" (1). Nella letteratura anglosassone alla terminologia *domestic violence* si preferisce quella di *Intimate Partner Violence* (IPV) che rappresenta il concetto della violenza agita nei confronti del partner intimo (2).

La violenza domestica è la forma più diffusa di violenza di genere. La violenza di genere viene intesa come violenza perpetrata contro donne e minori. Più specificatamente si intendono gli atti di violenza rivolti verso le donne e che hanno come obiettivo quello di mantenere o aumentare la sottomissione della donna al potere egemonico maschile (3).

La violenza domestica include "la violenza fisica, psicologica, economica e in molti casi la violenza sessuale" (4). Uno studio recente (5) realizzato dall'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea derivante da interviste su un vasto campione di donne (42 mila donne, circa 1.500 per ognuno dei 28 Stati membri, di età compresa tra 18 e 74 anni) ha messo in evidenza che in Europa il 33 per cento della popolazione femminile (sessantadue milioni di donne) ha subito una qualche forma di violenza domestica. Nei due terzi dei casi l'aggressore è proprio il partner. Inoltre, i due terzi delle donne non hanno denunciato l'aggressione. Gli abusi sembrano essere più frequenti in quei paesi dove i tassi di occupazione femminile risultano più elevati come Danimarca, Finlandia, Svezia e Olanda. Su questo dato occorre, inoltre, fare una riflessione sulla maggiore propensione alla denuncia anche in virtù dei supporti che le donne possono ottenere.

Per quanto riguarda l'Italia, questo studio ha evidenziato un tasso di violenza al di sotto della media europea, con un 27% di vittime (l'ultima indagine Istat condotta nel 2006 "Violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia" rilevava il 32%). Il dato si allinea a stati come la Bulgaria, Ungheria,

Irlanda e Grecia, dove le donne sono meno coinvolte nella vita produttiva del proprio paese.

Il 1° agosto 2014 è entrata ufficialmente in vigore la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla "prevenzione e lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica", meglio nota come "Convenzione di Istanbul" realizzata l'11 maggio 2011 (6). L'Italia aveva già aderito alla Convenzione con la Legge n. 77 del 27 giugno 2013 (7).

Dalla letteratura emerge che le vittime di violenza domestica spesso provano vergogna a rivelare la loro situazione e sono riluttanti nel chiedere aiuto, vi è la paura di essere ridicolizzate e ignorate (8).

Le donne vittime di maltrattamenti che si presentano in Pronto Soccorso (d'ora in poi PS) dimostrano una significativa sofferenza fisica ed emotiva. Risultano scarsamente capaci di narrare in modo coerente e comprensibile l'accaduto e tendono a nascondere molti particolari. L'atteggiamento omertoso è soprattutto legato al timore che eventuali veritiere dichiarazioni portino ad una maggior intrusione dei servizi sanitari e sociali all'interno della propria vita privata, limitandone la privacy (9).

La prima figura sanitaria che accoglie la donna in PS è l'infermiere e come tale assume un ruolo chiave nel determinare il comportamento della donna e l'espressione della sua sofferenza (10). Leppäkoski e collaboratori (11) hanno evidenziato che le donne oggetto di *Intimate Partner Violence* (IPV) cercano negli operatori sanitari adibiti all'*Emergency Departement* (ED) non soltanto un'adeguata cura delle lesioni, ma soprattutto un buon sostegno psicologico e un chiaro orientamento sui servizi che possono aiutare le dinamiche del nucleo familiare. I risultati di questo studio trovano conferma nelle ricerche di Reisenhofer e Seibold (12) condotte in Australia, in cui si sottolinea che le donne che hanno subito esperienze di IPV hanno bisogno di sostegno empatico più che di trattamenti legati alle lesioni fisiche. Gli infermieri dell'ED, pur mostrando una comprensione nei confronti delle donne oggetto di violenza e non giustificando l'IPV, non sanno come aiutare la vittima (13). Uno studio piuttosto recente di Beyon (14) ha dimostrato che le principali barriere che impediscono ad infermieri e medici di intervenire efficacemente sull'IPV sono la mancanza di tempo, il disagio personale nei confronti della problematica, la mancanza di formazione e l'assenza di strumenti e linee guida, la presenza del partner, l'atteggiamento scarsamente collaborativo della donna e la possibile presenza di barriere culturali o linguistiche (15). Gli infermieri che lavorano nell'ED, al fine di prestare un soccorso ottimale e approcciarsi al meglio alla donna che ha subito IPV, hanno bisogno di una formazione specifica sul riconoscimento dei segni di violenza fisica, sessuale o psicologica, così come ha recentemente sottolineato Gibbons (16). Diversi studi (17) hanno infatti evidenziato che i professionisti che hanno la possibilità di seguire linee guida riguardo la gestione della violenza domestica sono in grado di supportare con maggiore efficacia le donne vittime di violenza. Tuttavia, tali linee guida devono essere integrate con una rete organizzativa che favorisca un efficace scambio di informazioni e una forte cooperazione fra gli operatori. L'obiettivo del presente studio è quindi quello di misurare quali siano le conoscenze e le competenze degli infermieri che prestano servizio nelle realtà operative di ED di tre ambiti territoriali afferenti ad un'Azienda Sanitaria del nord Italia in merito alla gestione in urgenza della donna che ha subito violenza.

2. Materiali e metodi.

Come anticipato in precedenza, si tratta di uno studio osservazionale trasversale che ha coinvolto gli infermieri del servizio di emergenza intraospedaliera (EDI) e Extraospedaliera (EDE) in tre ambiti territoriali afferenti ad un'Azienda Sanitaria del nord Italia.

Prima della somministrazione del questionario il campione è stato informato in merito alle motivazioni e alle modalità di conduzione dello studio. Alle persone coinvolte è stata data la possibilità di leggere con attenzione le domande e di rispondere senza vincolo di tempo.

I questionari cartacei sono stati somministrati in ciascuna Unità Operativa (U.O.) rispettivamente secondo il seguente ordine: territorio A, B e C, nell'arco temporale dal 03-06-2014 sino al 18-07-2014, periodo di tempo entro il quale gli infermieri hanno provveduto personalmente alla compilazione del questionario.

Lo studio è stato proposto a tutti gli infermieri operanti nelle ED coinvolte.

Agli intervistati è stato garantito l'anonimato, attribuendo ad ogni scheda un semplice codice numerico per garantire la tracciabilità dei dati dopo l'articolazione del database.

Allo scopo di indagare il grado di conoscenza dell'infermiere in merito alla violenza domestica e l'atteggiamento nei confronti delle donne vittime di violenza, ai partecipanti è stato somministrato il questionario *Help–Knowledge and Attitudes of Gender–Based Violence*, estrapolato da uno studio di Vieira (18) . Il questionario è stato tradotto da un docente madrelingua dall'inglese all'italiano, successivamente è stato sottoposto nuovamente a traduzione in inglese per confrontarne l'equivalenza concettuale. Si compone di 11 domande: 5 esplorano la conoscenza della definizione di violenza, 4 indagano la conoscenza sulla epidemiologia legata alla violenza contro le donne e 2 di sintesi legate alla necessità per il personale infermieristico di ricorrere a percorsi formativi ad hoc sulla violenza. Le risposte ad ogni domanda sono dicotomiche, vero o falso. Per quanto riguarda l'anagrafica, è stato indicato sullo strumento il genere e le classi di età così suddivise: 1° classe dai 20 ai 30 anni, 2° classe dai 31 ai 40 anni, 3° classe dai 41 ai 50 anni, 4° classe dai 51 ai 60 anni e 5° classe > 60 anni. Le classi hanno anche riguardato gli anni di servizio: 1° classe < 5 anni, 2° classe dai 6 ai 10 anni, 3° classe dagli 11 ai 20 anni, 4° classe dai 21 ai 30 anni e 5° classe > dei 30 anni di esperienza professionale.

Sono state elaborate statistiche descrittive (ad esempio, tavole di contingenza); eventuali differenze negli *scoring* del questionario tra infermieri di sesso maschile e femminile, classi di età, o tra infermieri operanti in sedi diverse, sono state indagate applicando il test del Chi quadrato. Le correlazioni fra le domande dello strumento sono state calcolate attraverso il test di Pearson.

3. Risultati.

Complessivamente sono stati compilati 97 questionari, 47 (48,5%) afferenti all'EDE e 50 (51,5%) all'EDI su tutti gli ambiti territoriali dell'Azienda Sanitaria.

Gli infermieri intervistati risultano essere 39 (40,6%) maschi e 57 (59,4%) femmine (un intervistato non ha dichiarato il genere). Per quanto riguarda le classi di età, la popolazione intervistata dichiara la propria età per un 97,9% (n=95) così suddivisa: dai 20 ai 30 anni sono un 14,7% (n=14), dai 31 ai 40 anni sono un 23,2% (n=22), dai 41 ai 50 sono un 49,5% (n=47) e dai 51 ai 60 anni sono un 12,6% (n=12). Nessun intervistato 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 1° classe, il 22,3% (n=21) sono della 2° classe, il 24,5% (n=23) sono della 3° classe, il 35,1% (n=33) sono della 4° classe e il 10,6% (n=10) appartengono alla 5° classe.
L'intero campione non ha risposto a tutte le domande, infatti il 7,22% (n=7) non ha risposto alla domanda 8, il 2,06% (n=2) ha omesso di fornire una risposta al quesito 10 e l'1,03% (n=1) non ha risposto alle domande 5, 7 e 11.
Le variabili demografiche contenute nella tabella 1 non evidenziano sostanziali differenze nella qualità delle risposte. L'unica significatività viene registrata nella domanda 8 dato che *il 20%* delle donne che si rivolge al consultorio hanno subito violenza; in questo caso le persone appartenenti alla fascia di età fra i 41 e 60 anni hanno risposto positivamente per una percentuale ≥ 90 (X^2=11.9, *P*=.008).
Il grado di competenza e conoscenza degli infermieri sulle tematiche relative alla violenza sulla donna risultano essere buone. La tabella 2 però evidenzia alla domanda 7 ("solo occasionalmente ci sono lesioni corporali quando una donna viene picchiata") una risposta complessivamente corretta per il 28,1%, valore nettamente inferiore rispetto alle restanti risposte che registrano un *range* dal 72,6% al 99%. Tale *outcome* viene confermato sia nelle classi degli anni di servizio (p=.530) che dall'U.O. di appartenenza (p=.182).
Nello specifico, le domande alle quali il personale ha risposto evidenziando una maggiore preparazione (*cut off* > 95%) sono:

- la domanda 2 in cui il 99% (n=96) degli intervistati concorda sul fatto che sminuire, umiliare, offendere costantemente o intimidire una donna da parte di un partner sono comportamenti che possono essere considerati come forme di violenza contro la donna*;*
- la domanda 4, in cui il 96,9% (n=94) degli infermieri ritiene vero che essere costretti a rapporti sessuali da parte del partner può essere considerata violenza domestica;
- la domanda 9, in cui il 95,9% (n=93) dei professionisti trova falsa l'affermazione secondo cui "la maggior parte delle donne che subisce violenza domestica fa denuncua al personale sanitario";
- la domanda 11, in cui il personale ritiene per il 95,8% (n=92) "indispensabile l'aggiornamento professionale per possedere le competenze specifiche nel gestire i casi di violenza".

Il quesito a cui gli infermieri hanno risposto correttamente "Falso" per un 72,6% (n=69) è quello tramite cui viene chiesto se essi "ritengono sufficiente la formazione di base per comprendere, conoscere e acquisire competenze per riconoscere la violenza domestica".
Per quanto riguarda le sedi di lavoro, i dati provano alcune differenze significative. Contrariamente ai servizi EDE, i professionisti dell'EDI hanno risposto tutti correttamente alla domanda 6 ("nella maggior parte dei casi la violenza contro le donne è perpetrata da sconosciuti" - p=.018), alla domanda 9 ("la maggior parte delle donne che subisce violenza domestica fa denuncia al personale sanitario" - p=.035) e alla domanda 11 ("l'aggiornamento professionale è necessario per garantire che l'infermiere possieda competenze specifiche nel gestire casi di violenza domestica" - p=.033). L'unico quesito al quale gli infermieri di EDE, per un 90,7%, superano i colleghi di EDI, con un 72,3% nel rispondere correttamente, è il numero 8 (p = .026).

La correlazione dei dati (tabella 3) ha dimostrato che:

- gli infermieri che ritengono come forma di violenza sminuire, umiliare, offendere e intimidire una donna da parte del partner, vedono anche come forma di violenza i comportamenti che implicano l'appropriazione, la sottrazione, la distruzione di oggetti, strumenti di lavoro, beni e denaro/valori (ϱ=.397); i professionisti inoltre correlano la domanda 2 al fatto che la maggior parte delle donne che subisce violenza domestica non fa denuncia al personale sanitario (ϱ=.492);
- spintoni e schiaffi anche occasionali da parte del partner, sono forme di violenze domestiche sulle donne esattamente come l'essere costretti dal proprio compagno a subire dei rapporti sessuali indesiderati (ϱ=.228). Infatti su queste due tematiche esiste una relazione diretta basata sul fatto che il personale sanitario ritiene che sia falso pensare che la maggior parte dei casi di violenza sulla donna sia praticata da sconosciuti (ϱ=.367) e che la vittima incontra notevoli difficoltà nel denunciare i fatti al personale sanitario (ϱ=.421).
- le donne che hanno subito violenza essendo state a subire rapporti sessuali con il proprio partner, secondo gli infermieri di ED, sono quel 20% di pazienti che si rivolgono al consultorio familiare (ϱ=.227).
- i professionisti intervistati trovano la formazione di base insufficiente per far fronte al problema della violenza sulle donne, soprattutto quando si vuole indirizzare la vittima presso consultori o altri organi preposti (ϱ=.301).
- la correlazione diretta fra la necessità di un aggiornamento professionale per aumentare le competenze degli infermieri di ED nei confronti della violenza domestica e l'invitare la donna a riferire al personale sanitario quanto le è accaduto all'interno delle mura di casa è particolarmente sentita (ϱ=.217).

4. Discussione.

Lo studio complessivamente ha evidenziato una buona conoscenza del personale infermieristico in merito alla violenza domestica, tuttavia esiste ancora fra il personale di ED la convinzione che la donna picchiata presenti solo occasionalmente lesioni corporali. Gli operatori quindi sono ancora in buona parte (71,9%) legati al concetto che le percosse sono sempre visibili sul corpo della vittima. La comparazione fra gli infermieri dell'EDE e quelli dell'EDI ha evidenziato una maggiore comprensione del fenomeno dell'IPV da parte di questi ultimi. In letteratura ci sono molti studi che indicano che ciò può essere dovuto alla tipologia di servizio prestato alla donna. Nell'EDI a differenza dell'emergenza territoriale, il professionista, da una parte, ha più strumenti e tempo per riconoscere i segni di maltrattamento, mentre la donna, dall'altra, ha la possibilità di ricercare maggiore empatia, un sostegno psicologico e una guida ai servizi che possano aiutare la propria famiglia; all'opposto, nei servizi EDE, purtroppo, il modello organizzativo ed assistenziale porta gli infermieri a focalizzarsi principalmente sui problemi di salute fisica e meno su quella emotiva (19) in quanto la mancanza di tempo (20) e la difficoltà di aiutare la donna a livello emotivo e mentale porta la stessa, il più delle volte, a raccontare storie improbabili di lesioni non correlate ad atti di violenza (21). Infatti, in Italia il servizio EDE, dopo le prime cure e la stabilizzazione clinica del paziente, termina con il

trasporto della vittima presso una struttura EDI. Lo studio mette in evidenza una omogenea consapevolezza del problema fra gli infermieri di genere maschile e femminile, senza significative differenze, come anche per le classi di età nelle quali la classe 3° e 4° mostra una maggiore sensibilità sull'importanza del servizio che il consultorio offre alla donna che ha subito violenze domestiche. Le correlazioni provano una notevole sensibilità che il personale di ED ha nei confronti delle diverse tipologie di maltrattamenti, non solo fisiche, ma anche psicologiche, economiche e sessuali (22). Con molta probabilità tali conoscenze sono legate all'esperienza sul campo in quanto il 56,6% (n=56) del campione ha un'anzianità di servizio che va dagli 11 ai 30 anni. Ciò nonostante gli infermieri ritengono che la formazione di base sia insufficiente per acquisire le conoscenze e le competenze utili a riconoscere la violenza domestica e in alcuni casi per poter indirizzare la donna presso i consultori. L'aggiornamento professionale e l'uso di linee guida per migliorare la gestione della vittima vengono auspicati dal campione degli infermieri esaminati; quest'affermazione è in linea con studi precedenti (23). In Italia e nel mondo, come forma più diffusa di violenza, quella domestica continua a colpire le donne. "La maggior parte delle manifestazioni di violenza sono sotto-denunciate nel contesto di una società patriarcale dove la violenza domestica non è sempre percepita come un crimine, dove le vittime in gran parte dipendono economicamente dagli autori della violenza, e persiste la percezione che le risposte dello Stato non saranno appropriate o utili" (24). Per aiutare a sconfiggere questo fenomeno l'infermiere deve esser parte attiva, consapevole e preparata all'interno di un sistema a rete nato per tutelare la donna in difficoltà (25). I risultati positivi alle domande 11 e 12, in merito alla formazione permanente degli infermieri dell'ED sulla gestione delle vittime di maltrattamento domestico, porterebbero a pensare alla necessità dell'introduzione di appositi strumenti di valutazione della pratica professionale tesi a migliorare l'identificazione e la gestione delle donne soggette a IPV (26). Questo studio presenta alcuni limiti: in primo luogo il campione potrebbe risultare limitato, il periodo di somministrazione è relativamente breve e concomitante con il periodo lavorativo estivo; un altro limite potrebbe essere rappresentato anche dalla validità dello strumento formulato in lingua italiana. Ulteriori studi sono raccomandati in Italia per accertare la validità dello strumento con campioni più rappresentativi; auspicabile sarebbe estendere la ricerca ad una più ampia popolazione di infermieri che, oltre a lavorare in ED, si trovino ad esercitare anche nei servizi territoriali nonché ad altre professioni come quelle dei medici.

5. Conclusioni.

Alla luce dei dati raccolti, appare evidente la necessità di rendere omogenea l'assistenza alle donne vittime di violenza e di violenza domestica, sviluppando servizi in grado di accogliere questa tipologia di pazienti.

EDI rappresenta un *setting* privilegiato per la costruzione di percorsi interdisciplinari che focalizzino l'attenzione sulle pazienti vittime di abusi e di violenze.

Questo fenomeno a genesi multifattoriale, costituisce la base di diverse forme di violenza che si manifestano nella società verso le fasce deboli. Le prestazioni assistenziali erogate a questa utenza, che accede ai servizi ED, sono in aumento e purtroppo hanno un forte impatto sulla salute delle donne vittime di violenza.

Inoltre, il mancato riconoscimento delle ripercussioni degli atti violenti è uno dei fattori che favorisce l'incidenza delle problematiche a distanza e la cronicità di molte patologie. Il numero di vittime che si rivolgono ai servizi di emergenza è nettamente superiore rispetto a quello delle donne che chiedono aiuto alle forze dell'ordine, ai consultori e ai servizi sociali.

L'EDI può essere individuato come il luogo nel quale, oltre all'intervento sanitario urgente legato alla violenza, è possibile fare emergere altri aspetti problematici di violenza domestica.

Occorre quindi avviare una risposta globale, anche sul piano psicosociale, costruendo la rete con il territorio, i consultori ed i Centri antiviolenza; operare su vari fronti per attuare una valida risposta sanitaria, predisponendo dei piani formativi al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali al riconoscimento e ad un'adeguata accoglienza delle vittime, indurre una minore tolleranza nei confronti di questo tipo di crimine e un atteggiamento protettivo nei confronti delle vittime.

Altra iniziativa efficace potrebbe essere l'apertura, nei grandi EDI, di sportelli in cui siano presenti operatori (infermieri o ostetriche) dedicati alla presa in carico delle vittime di violenza, in stretto collegamento con la rete territoriale e che ne costituiscano il punto di riferimento nell'emergenza come i Centri antiviolenza.

Risulta inoltre fondamentale lo sviluppo di strumenti infermieristici volti ad analizzare gli episodi di violenza.

Un altro elemento il cui sviluppo è essenziale è la formazione degli operatori.

Ogni Regione dovrebbe organizzare corsi di aggiornamento obbligatori per tutto il personale sanitario, in particolare per chi opera all'interno degli ED, avvalendosi di operatori provenienti dalle realtà istituzionali (sanitarie, giudiziarie, sociali) e dai Centri antiviolenza. I programmi di formazione dovrebbero presentare requisiti minimi tra cui: definizione della violenza domestica e tipologie di maltrattamenti, cause scatenanti la violenza, i profili di vittime e abusanti, i principi fondamentali per migliorare la risposta delle strutture sanitarie, le modalità di screening per l'identificazione delle vittime della violenza, le implicazioni medico-legali e l'utilizzo della documentazione infermieristica.

Ogni Regione dovrebbe inoltre garantire una raccolta dati informatizzata in contatto con le realtà istituzionali e non istituzionali che operano in questo settore: l'obiettivo sarà quello di rendere più efficace l'identificazione del problema e di attuare misure preventive.

		GENERE				CLASSI DI ETA'					
		Maschi	Femmine			20-30	31-40	41-50	51-60		
	Risposta corretta	n(%)		X^2	*P*	n(%)				X^2	*P*
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

** P=<.01; V=Vero; F=Falso

Tabella 1: *Risposte corrette al questionario in ordine demografico*

	ANNI DI SERVIZIO							SEDE LAVORATIVA				
	<5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	> 30			Inf. EDE	Inf. EDI			Totale
	n(%)					X^2	*P*	n(%)		X^2	*P*	N(%)
Domanda 1	6(85,7)	18(58,7)	20(87)	29(87,9)	5(50)	8,667	.070	39(83)	42(84)	0,018	.892	81(83,5)
Domanda 2	7(100)	21(100)	23(100)	33(100)	10(100)			46(97,9)	50(100)	1,075	.300	96(99)
Domanda 3	7(100)	21(100)	21(91,3)	31(93,9)	9(90)	2,565	.633	43(91,5)	49(98)	2,101	.147	92(94,8)
Domanda 4	7(100)	20(95,2)	21(91,3)	33(100)	10(100)	4,071	.396	45(95,7)	49(98)	0,411	.521	94(96,9)
Domanda 5	7(100)	19(90,5)	22(95,7)	31(93,9)	9(100)	1,697	.791	44(93,6)	46(93,9)	0,003	.958	90(93,8)
Domanda 6	7(100)	21(100)	20(87)	32(97)	9(90)	5,076	.280	42(89,4)	50(100)	5,608	.018*	92(94,8)
Domanda7	4(57,1)	6(28,6)	6(26,1)	8(24,2)	3(30)	3,171	.530	10(21,7)	17(34)	1,782	.182	27(28,1)
Domanda 8	4(57,1)	14(70)	17(77,3)	27(90)	8(100)	7,634	.106	39(90,7)	34(72,3)	4,939	.026*	73(81,1)
Domanda 9	7(100)	21(100)	22(95,7)	32(97)	9(90)	2,526	.640	43(91,5)	50(100)	4,438	.035*	93(95,9)
Domanda 10	5(71,4)	14(70)	15(65,2)	26(81,3)	8(80)	2,169	.705	33(70,2)	36(75)	0,274	.601	69(72,6)
Domanda 11	7(100)	21(100)	23(100)	30(93,8)	8(80)	8,575	.073	42(91,3)	50	4,537	.033*	92(95,8)

* P=<.05

Tabella 2: *Risposte corrette al questionario in ordine agli anni di servizio e l'U.O. di appartenenza*

	DOMANDA 4	DOMANDA 5	DOMANDA 6	DOMANDA 8	DOMANDA 9	DOMANDA 10	DOMANDA 11
DOMANDA 2		,397**			,492**		
DOMANDA 3	,228*		,367**		,421**		
DOMANDA 4			,228*	,227*			
DOMANDA 8						,301**	
DOMANDA 9							,217*

* P=<.05 (2-code), ** P=<.01 (2-code)

Tabella 3: *Matrice delle correlazioni*

Note.

(1). Organizzazione Mondiale Sanità, *Rapporto Mondiale su violenza e salute*, 2002.
(2). Sprague S., Madden K., Simunovic N., Godin K., Phan N.K., Bandharri M., Goslings J.C., "Barriers to screening for Intimate Partner Violence", *Women and Health*, vol. 52, n. 6, August 2012, pp. 587-605.
(3). Conferenza Mondiale sui Diritti Umani - Dichiarazione di Vienna, 1993.
(4). Marchueta G, "Le relazioni pericolose: il danno della violenza maschile sulle donne", *Corriere della Sera,* 2 settembre 2010.
(5). European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014.
(6). Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 2011.
(7). Legge n. 77 del 27 giugno 2013 "Ratifica ed esecuzione della 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" (GU Serie Generale n. 152 del 1-7-2013).
(8). Vincente L.M, Viera E.M, "Knowledge about gender violence among medical students and residents", *Revista Brasileira de Educaçao Médica*, vol. 33, n. 1, 2009, pp. 63-71.
(9). Loke AY., Wan ML., Hayter M., "The lived experience of women victims of intimate partner violence", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, nn. 15-16, 2012, pp. 2336-2246.
(10). Djikanovic B., Celik H., Simic S., Matejic B., Cucic V., "Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement", *Patient Education and Counseling*, vol. 80, n. 1, 2010, pp. 88–93.
(11). Leppäkoski T., Paavilainen E., Astedt-Kurki P., "Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective", *International Emergency Nursing*, vol. 19, n. 1, 2011, pp. 27-36.
(12). Reisenhofer S., Seibold C., "Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16, 2013, pp. 2253-2263.
(13). *Ibidem*.
(14). Beynon CE., Gutmanis IA., Tutty LM., Wathen CN., MacMIllan HL.,"Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis", *BMC Public Health*, 12, 2012, pag. 473.
(15). Al-Natour A., Gillespie GL., Felblinger D., Wang LL., "Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence", *Violence Against Women*, vol. 20, n. 12, 2014, pp. 1473-1488.
(16). Gibbons L., "Dealing with the effects of domestic violence", *Emergency Nurse*, vol. 19, n. 4, 2011, pp. 12-16.
(17). Svavarsdottir EK., Orlygsdottir B., "Identifying abuse among women: use of guidelines by nurses and midwives", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, n. 4, 2009, pp. 779-788; Leppakoski T., Paavilainen E., "Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16, 2013, pp. 2273-2285.
(18). Vieira EM., Dos Santos MA., Ford NJ., "Seizing an Opportunity to Help-Knowledge and Attitudes of Doctors and Nurses Toward Women Victimized by Intimate Partner Violence in Brazil", *Health Care for Women International*, 33, 2012, pp. 228–249.
(19). Catallo C., Jack SM., Ciliska D., Macmillan HL., "Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments", *Journal of Advances Nursing,* vol. 69, n. 6, 2012, pp. 1366–1376.
(20). *Ibidem.*
(21). *Ibidem.*

(22). *Ibidem.*
(23). *Ibidem.*
(24). Manjoo R., "Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences", *UN General Assembly,* UN Doc. A/67/227, 2012.
(25). *Ibidem.*
(26). Ritchie M., Nelson Wills, R. Jones, "Does training and documentation improve emergency department assessments of domestic violence victims?", *Journal of Family Violence*, 28, 2013, pp. 471-477.

Bibliografia.

- Al-Natour A., Gillespie GL., Felblinger D., Wang LL., "Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence", *Violence Against Women*, vol. 20, n. 12, 2014, pp. 1473-1488.
- Beynon CE., Gutmanis IA., Tutty LM., Wathen CN., MacMIllan HL.,"Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis", *BMC Public Health*, 12, 2012.
- Catallo C., Jack SM., Ciliska D., Macmillan HL., "Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments", *Journal of Advances Nursing,* vol. 69, n. 6, 2012, pp. 1366–1376.
- Djikanovic B., Celik H., Simic S., Matejic B., Cucic V., "Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement", *Patient Education and Counseling*, vol. 80, n. 1, 2010, pp. 88–93.
- Gibbons L., "Dealing with the effects of domestic violence", *Emergency Nurse*, vol. 19, n. 4, 2011, pp. 12-16.
- Leppäkoski T., Paavilainen E., Astedt-Kurki P., "Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective", *International Emergency Nursing*, vol. 19, n. 1, 2011, pp. 27-36.
- Leppakoski T., Paavilainen E., "Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16, 2013, pp. 2273-2285.
- Loke AY., Wan ML., Hayter M., "The lived experience of women victims of intimate partner violence", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, nn. 15-16, 2012, pp. 2336-2246.
- Manjoo R., "Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences", *UN General Assembly,* UN Doc. A/67/227, 2012.
- Organizzazione Mondiale Sanità, *Rapporto Mondiale su violenza e salute*, 2002.
- Reisenhofer S., Seibold C., "Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, nn. 15-16, 2013, pp. 2253-2263.
- Ritchie M., Nelson Wills, R. Jones, "Does training and documentation improve emergency department assessments of domestic violence victims?", *Journal of Family Violence*, 28, 2013, pp. 471-477.
- Sprague S., Madden K., Simunovic N., Godin K., Phan N.K., Bandharri M., Goslings J.C., "Barriers to screening for Intimate Partner Violence", *Women and Health*, vol. 52, n. 6, August 2012, pp. 587-605.
- Svavarsdottir EK., Orlygsdottir B., "Identifying abuse among women: use of guidelines by nurses and midwives", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, n. 4, 2009, pp. 779-788.
- Vieira EM., Dos Santos MA., Ford NJ., "Seizing an Opportunity to Help-Knowledge and Attitudes of Doctors and Nurses Toward Women Victimized by Intimate Partner Violence in Brazil", *Health Care for Women International*, 33, 2012, pp. 228–249.
- Vincente L.M, Viera E.M, "Knowledge about gender violence among medical students and residents", *Revista Brasileira de Educaçao Médica*, vol. 33, n. 1, 2009, pp. 63-71.