



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Scuola di Medicina

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE

INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Presidente: Prof. Massimiliano Panella

TESI DI LAUREA:

**Violenza di genere e formazione infermieristica: uno studio
osservazionale retrospettivo monocentrico**

Relatrice: Prof.ssa Sarah Gino

Laureanda: Paola Ariatta

Matricola: 20015646

Anno accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE: LA VIOLENZA DI GENERE	
1.1 Definizione del problema, caratteristiche e dimensioni del fenomeno	4
1.2 Tipologie di violenza.....	6
1.3 La percezione della violenza di genere: tra mito e realtà	9
1.4 Conseguenze sulla salute psico-fisica della donna	10
1.5 Legislazione internazionale e contesto normativo italiano	10
1.6 Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.....	11
1.7 La formazione infermieristica	12
1.8 Percorso per le donne che subiscono violenza	13
2. OBIETTIVO DI TESI	17
3. MATERIALI E METODI	
3.1 Tipologia di studio	18
3.2 Setting	18
3.3 Partecipanti	18
3.4 Raccolta dati	18
3.5 Considerazioni etiche	19
4. RISULTATI	20
5. DISCUSSIONE	30
5.1 Limiti dello studio	30
6. CONCLUSIONI	33

BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

Introduzione

La violenza di genere rappresenta un grave problema di salute pubblica. Comprende tutte quelle forme di violenza motivate dall'appartenenza ad un determinato genere. Secondo l'OMS il 35% delle donne ha sperimentato violenza fisica e/o sessuale dal proprio partner, in Italia il 31,5%.

Gli abusi aumentano il rischio di sequele psicofisiche sulla salute delle vittime e rappresentano la prima causa di morte nelle donne tra i 15 e 44 anni.

Le raccomandazioni OMS sottolineano l'importanza della formazione degli operatori sanitari, in quanto sono i primi responsabili dell'accoglimento ed assistenza alle vittime che si rivolgono ai servizi di aiuto. Anche le Linee Guida nazionali riprendono l'importanza della formazione. Gli infermieri sono dunque responsabili dell'assistenza in molte fasi della presa in carico e gestione delle vittime di violenza di genere.

Obiettivo

Valutare come si sia evoluta la formazione infermieristica all'interno dell'ASLBI in materia di violenza di genere, in rapporto agli accessi per violenza al DEA, dal 2011 al 2021.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo descrittivo monocentrico. Sono stati raccolti tramite database aziendale i dati riguardo ai corsi di formazione dal 2011 al 2021 e gli accessi in Pronto Soccorso nel medesimo periodo.

Risultati

I dati relativi alla formazione residenziale sono stati suddivisi per professione e per reparto di appartenenza. I risultati mostrano un coinvolgimento multiprofessionale (24,6% medici, 38,7% infermieri, 12,3% ostetriche, 24,3% altre professioni). I soggetti formati sono stati 398. I dati relativi agli accessi totali in Pronto Soccorso sono stati suddivisi per anno e quelli per violenza distinti per tipologia. La media delle violenze è risultata di 53 casi per anno.

Discussione e conclusioni

Tutti i corsi hanno visto il coinvolgimento di personale sanitario che assiste direttamente le vittime di violenza di genere, in linea con quanto previsto dal Coordinamento della Rete Sanitaria per l'accoglienza e presa in carico delle vittime; tuttavia, non è nota la formazione a distanza. I dati relativi agli accessi per violenza di genere in Pronto Soccorso sono in linea

con le rilevazioni ISTAT. Nel 2020 si è verificata una riduzione degli accessi totali in DEA, ma non delle violenze. Questo dato è stato confrontato con la letteratura.

L'estrazione dei dati è stata in parte sistematizzata ed in parte operatore dipendente, non sono escludibili eventuali errori di trascrizione. Per il futuro potrebbe essere utile estendere la formazione ad un maggior numero di professionisti sanitari.

Parole chiave

Violenza di genere, formazione infermieristica.

1. INTRODUZIONE: LA VIOLENZA DI GENERE

1.1 Definizione del problema, caratteristiche e dimensioni del fenomeno

Con l'espressione violenza di genere si intendono tutte quelle forme di violenza dirette nei confronti di una persona e motivate dall'appartenenza ad un determinato genere.

La violenza può essere fisica, sessuale, psicologica, economica e culturale e comprende le minacce di compiere tali atti, la coercizione, la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata, gli atti persecutori, lo stupro, le molestie sessuali e varie forme di pratiche dannose fino al femminicidio. (1)

Recentemente il tema della violenza di genere è divenuto sempre più attuale ed ha acquisito visibilità. Questo ha portato alla luce la necessità di apportare cambiamenti significativi sia nella legislazione che nell'organizzazione dei servizi sociosanitari.

Negli ultimi venti anni sono stati condotti vari studi epidemiologici mirati ad indagare la prevalenza di questo fenomeno.

Un'importante revisione sistematica condotta nel 2013 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha mostrato che, sul totale di donne esaminate, il 35% aveva sperimentato violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner o violenza sessuale da parte di un altro uomo, mentre il 38% degli omicidi di donne risultava commesso dal proprio partner. Inoltre, le vittime risultavano maggiormente a rischio di sequele fisiche e psicologiche. (2)

Secondo l'indagine ISTAT condotta nel 2014 nel nostro paese il 31,5% delle donne, di età compresa tra 16 e 70 anni, è stata vittima di una qualche forma di violenza fisica o sessuale durante la propria vita (20,2% ha subito violenza fisica, 21% violenza sessuale), di cui il 5,2% da partner attuale e il 18,9% dall'ex partner. (3)

Le forme più gravi di violenza sono state esercitate da partner, parenti o amici (il 62,7% degli stupri è stato commesso dal proprio compagno). Nella maggioranza dei casi gli autori di molestie sono sconosciuti alla vittima (76,8%).

Il 23,3 % ha subito violenza economica/ psicologica dell'ex partner e il 16% è stata vittima di atti persecutori e stalking.

Le donne straniere, rispetto alle donne italiane, subiscono più violenze (fisiche o sessuali) da partner o ex partner (20,4% contro 12,9%).

A confronto con l'analisi precedente del 2006 sono diminuite sia violenza fisica che sessuale, mentre restano immutati stupri e tentati stupri (grafico 1).

I dati sono allarmanti, soprattutto in considerazione del fatto che sottostimano la reale portata del fenomeno; l'indagine ISTAT riporta infatti che nella quasi totalità degli episodi, la violenza non viene denunciata (solo l'11% delle donne ha denunciato ciò che ha subito). (3)

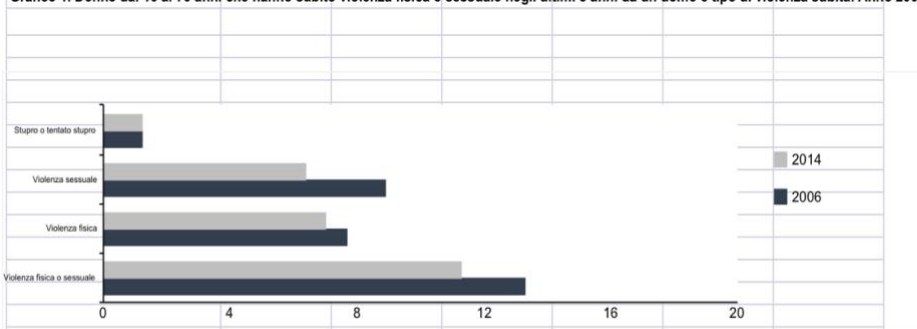
Queste stime testimoniano come la violenza di genere rappresenti, a tutti gli effetti, un problema di sanità pubblica, sia per l'ampiezza del fenomeno, sia per le sue ripercussioni dal punto di vista sociosanitario. (4)

Grafico 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 5 anni da un uomo e tipo di violenza subita. Anno 2006 e 2014 (per 100 donne dai 16 ai 70 anni).



Grafico 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 5 anni da un uomo e tipo di violenza subita. Anno 2006 e 2014 (per 100 donne dai 16 ai 70 anni)						
	Partner o ex partner		Non partner		Totale	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
Violenza fisica o sessuale	6,6	4,9	9	7,7	13,3	11,3
Violenza fisica	5,1	4	3,5	3,8	7,7	7
Violenza sessuale	2,8	2	6,8	4,8	8,9	6,4
Stupro o tentato stupro	0,7	0,6	0,6	0,6	1,2	1,2

Grafico 1. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 5 anni da un uomo e tipo di violenza subita. Anno 2006 e 2014 (per 100 donne dai 16 ai 70 anni)



Fonte: Indagine Istat sulla Sicurezza delle donne

<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>

Le cause scatenanti degli episodi violenti si dividono in 3 categorie: fattori di rischio, fattori precipitanti e fattori di mantenimento.

Tra i possibili fattori di rischio rientrano l'essere stati in passato vittime e/o testimoni di violenza domestica da bambini, senso di insicurezza verso la relazione, stereotipi o pregiudizi.

Tra i fattori precipitanti vengono riconosciuti stress, problemi economici, dipendenze, comportamenti antisociali o delinquenti al di fuori del nucleo familiare, conflitti all'interno della coppia.

Infine, tra i fattori di mantenimento della violenza rientrano tratti paranoici ed intimidatori, di possessività e di tendenza al controllo sul partner, bassa autostima e dipendenza affettiva di tipo patologico; questi fattori a loro volta creano un circolo di svalorizzazione e di isolamento sociale, che insieme alla paura, impediscono alla vittima di chiedere aiuto o di denunciare i maltrattamenti subiti. (6)

Gli abusi solitamente avvengono all'interno di una relazione amorosa e si inseriscono in contesti culturali che attribuiscono al genere femminile caratteristiche come la tolleranza e la compassione, anche e soprattutto verso i comportamenti sbagliati del proprio partner, che spesso sono subdoli e più difficili da riconoscere, perché all'apparenza meno invasivi.

1.2 Tipologie di violenza

La violenza di genere non è solamente fisica, ma si manifesta nelle diverse forme qui elencate.

- **Violenza sessuale:** è definita come qualsiasi tipo di contatto corporeo a sfondo sessuale, anche se fugace o temporaneo, con una persona non consenziente ed idonei a ledere la libera determinazione della persona offesa nella propria sfera sessuale; inoltre, può includere il ricorso alla forza o alle minacce. Vanno considerati atti sessuali anche quelli insidiosi e rapidi tenendo conto sia della zona anatomica su cui vengono compiuti (come sfregamenti su zone erogene), sia del contesto e delle modalità di azione (per esempio un contatto delle labbra non richiesto o qualsivoglia intrusione nella sfera intima del soggetto passivo, come stabilito dalla Cassazione Penale, Sez. III, Sentenza, 21 agosto 2024, n. 32770).

- La violenza sessuale comprende lo stupro e il tentato stupro. Lo stupro è definito come la penetrazione vaginale, anale o orale con qualsiasi parte del corpo o oggetto, quando la vittima non acconsente o non può acconsentirvi. Nel tentato stupro l'aggressore tenta, ma non completa l'atto sessuale. (1)
Le molestie sessuali, invece, sono da intendersi solo in presenza di espressioni volgari ed indesiderate di natura sessuale, con lo scopo o l'effetto di violare la dignità della persona e che creano un clima umiliante ed offensivo (come stabilito dalla Cassazione Penale., Sez. III, Sentenza, 21 agosto 2024, n. 32770).
- Violenza fisica: rientrano in questa categoria tutti quei comportamenti mirati a ledere l'integrità fisica della persona (pugni, calci, schiaffi, strangolamento e soffocamento), comprese le minacce, fino all'omicidio. (7,8)
- Violenza psicologica: di solito anticipa quella fisica e comprende i comportamenti mirati alla lesione dell'autostima della vittima, al suo isolamento sociale, con l'obiettivo di mantenerla assoggettata e sottomessa. (7,8)
- Violenza economica: più difficile da riconoscere, racchiude tutte quelle modalità di controllo e sfruttamento economico della vittima come, per esempio, ostacolarne l'indipendenza lavorativa, controllarne la situazione patrimoniale, limitarne l'accesso alle risorse economiche riducendone l'autonomia e possibilità di svincolarsi. (7,8)
- Stalking: si traduce in una serie di atti persecutori dove la vittima viene costantemente inseguita e braccata, vivendo uno stato di ansia e paura così forte da cambiare le proprie abitudini di vita (lavoro, casa, numero di telefono). (7)
- Violenza assistita: si verifica quando dei minori assistono a condotte violente, di qualsiasi tipo, ai danni di una figura di riferimento (solitamente la madre). Purtroppo, i bambini che hanno assistito a violenze da piccoli hanno dimostrato una maggior propensione a ricreare questi meccanismi abusivi nelle loro relazioni in età adulta. (6)
- Violenza domestica: la violenza può avvenire sia nella sfera pubblica, che privata, è proprio in quest'ultima che si verificano la maggior parte degli episodi. Per violenza domestica si intendono quindi tutti gli abusi che si svolgono all'interno del nucleo familiare. L'OMS la definisce come "intimate partner violence" o IPV. (6)

- **Violenza culturale:** comprende forme di violenza strettamente legate alla cultura in cui vive la donna come le mutilazioni genitali femminili, lo stupro etnico o di guerra, la prostituzione forzata, i matrimoni forzati. (1,8)

Le dinamiche violente perdurano nel tempo e possiedono una sorta di ciclicità. La psicologa americana Leonore Walker elaborò nel 1983 la teoria del “ciclo della violenza”. Questo è costituito da 4 fasi: la crescita della tensione, l’esplosione della violenza (escalation), la falsa riappacificazione (o fase della luna di miele) e, infine, lo scarico della responsabilità.

La Walker sostiene che il primo episodio si verifichi solitamente durante la gravidanza in quanto l’uomo, non riuscendo ad elaborare il passaggio da accudito ad accudente, si sente minacciato nella sua figura maschile. (7)

A seguire sono illustrate le fasi del ciclo della violenza: (7)

- **Crescita della tensione:** fase di irritabilità dell’uomo e di aggressione verbale nei confronti della donna, che di rimando cercherà di evitare le situazioni conflittuali.
- **Esplosione della violenza (escalation):** si passa dalle minacce alle violenze fisiche, l’aggressività che si manifesta improvvisamente, attivata da un’inezia o da una banalità della vita quotidiana. La donna reagisce in modo diverso, fugge contrattacca o sopporta gli abusi. Può anche apparire apatica, aggressiva o contraddittoria in ciò che racconta.
- **Falsa riappacificazione (o luna di miele):** l’aggressore si mostra pentito, si scusa e promette di cambiare. Questa fase costituisce un rinforzo positivo che spinge la vittima a rimanere all’interno della relazione.
- **Scarico della responsabilità:** il seguito al pentimento, l’autore della violenza cerca un capro espiatorio, spesso nella vittima stessa, la quale si assume la responsabilità di quanto accaduto e perdona l’aggressione. Questa fase è la più propizia per aiutare la vittima ad uscire dal ciclo di abusi.

L’identificazione degli abusi e il riconoscimento globale della violenza di genere sono la condizione necessaria per ridurre tali avvenimenti. Senza prevenzione, infatti, non vi è cura.

1.3 La percezione della violenza di genere: tra mito e realtà

La violenza non sempre viene riconosciuta per quello che è, ma viene distorta e sottovalutata dalla comunità, specialmente in contesti culturali più maschisti e patriarcali.

Secondo una rilevazione ISTAT, alla domanda “perché alcuni uomini sono violenti con le proprie compagne/ mogli?”, la maggioranza degli intervistati (77,7 %) risponde perché la donna è un oggetto di proprietà, il 75,5 % perché fa uso abituale di alcol o droghe, il 75 % perché non è in grado di gestire la rabbia, il 63,7 % ritiene si per traumi vissuti durante l’infanzia e il 62,6 % perché l’uomo non sopporterebbe l’emancipazione della donna. Il campione intervistato comprendeva sia persone di genere maschile, che femminile. (9)

Restano ancora molto radicati gli stereotipi che riguardano la violenza sessuale, che tendono ad incolpare la vittima dicendo che “se l’è cercata” e minano la credibilità della sua testimonianza.

Dagli ultimi dati ISTAT del 2023 il 39,3 % degli uomini pensa che una donna possa sottrarsi a un rapporto sessuale se non consenziente, il 23,9 % pensa che la violenza sia provocata da come la donna è vestita e il 15,1 % è dell’opinione che, se una donna subisce uno stupro sotto l’effetto di alcol o droghe, sia in parte responsabile. (9)

Nella tabella seguente sono messi a confronto miti e realtà sulla violenza sessuale.

MITO	REALTA'
La motivazione primaria della violenza è il rapporto sessuale	Si tratta di potere, dominazione e controllo
Solo certe donne possono essere abusate più facilmente	Tutte le donne possono essere a rischio di abuso sessuale
Il violentatore è spesso sconosciuto alla vittima	La maggior parte delle volte la violenza è commessa da una persona conosciuta
Sono sempre visibili lesioni fisiche	Le lesioni visibili ad occhio nudo sono presenti in circa un terzo delle vittime
Le prostitute non possono essere considerate vittime di violenza sessuale	La prostituzione in sé, nella maggior parte dei casi, è una violenza sessuale. Sono assai più numerose le donne costrette a prostituirsi rispetto a quelle che lo fanno di loro volontà.
Un uomo non può violentare la propria moglie	Una violenza sessuale è tale anche se a compierla è il marito
Spesso la violenza viene denunciata	La maggior parte delle volte non viene denunciata

Dai dati provvisori raccolti tra maggio e luglio 2023 all'interno dell'indagine ISTAT "Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale – primi risultati" emerge una minore tolleranza verso la violenza fisica, soprattutto nella coppia, ma si mantengono saldi gli stereotipi verso la violenza sessuale. (10)

1.4 Conseguenze sulla salute psico-fisica della donna

Numerosi studi mostrano come le vittime di violenza, di qualunque tipologia essa sia, manifestino un rischio maggiore di incorrere in problemi di salute nel corso della loro vita, rispetto a chi non ha mai subito tali violenze. (2)

L'impatto che questi abusi sortiscono sulla salute psicofisica della donna è nella maggior parte dei casi molto grave. La vittima ha un rischio aumentato di manifestare depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), cancro alla cervice, disturbi nella vita riproduttiva e il rischio di tentato suicidio è 26 volte maggiore. La violenza costituisce la prima causa di morte per le donne in età compresa tra i 15 e i 44 anni e la seconda per le donne in stato di gravidanza. (2)

In Italia il 12% delle donne ricoverate per un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) ha subito abusi nell'ultimo anno e il 10% delle vittime dichiara di aver subito violenze durante il periodo di post- partum, per mano del proprio partner o di un familiare. (5)

Come anticipato in precedenza la violenza di genere rappresenta un problema di salute pubblica. Occorre quindi chiedersi cosa può fare il Servizio Sanitario Nazionale e gli operatori che operano al suo interno per combattere questo fenomeno.

1.5 Legislazione internazionale e contesto normativo italiano

La Convenzione di Istanbul, approvata l'11 maggio 2011, è stato il primo documento internazionale e giuridicamente vincolante per la protezione delle donne da qualsiasi forma di violenza. Ha come obiettivo la promozione della parità di genere e l'abolizione della violenza a livello globale attraverso misure di prevenzione, di sostegno e di assistenza alle vittime. Un punto cardine è il riconoscimento della violenza come violazione dei diritti umani, oltre che come forma di discriminazione verso le donne. Ha inoltre offerto una chiara

definizione della violenza di genere: “s’intende la violenza diretta contro una persona a causa del suo genere, della sua identità di genere o della sua espressione di genere o che colpisce in modo sproporzionato le persone di un particolare genere”. (1)

La Convenzione di Istanbul è stata firmata da 45 paesi del Consiglio Europeo ed impone agli Stati che vi hanno aderito di adottare una serie di misure e di politiche integrate per la prevenzione della violenza, la tutela delle vittime e la penalizzazione di chi compie gli abusi. In Italia è stata ratificata attraverso il decreto-legge n. 77/2013 e successivamente entrata in vigore dal 1° agosto 2014.

In Italia, però, l’interesse sociale per la violenza si è manifestato tardivamente; infatti, il reato d’onore fu abolito nel 1981 e solo nel 1996, con la legge n. 66/1996 (“Norme contro la violenza sessuale di genere”) che la violenza non viene più considerata come un reato contro la moralità pubblica e il buon costume, ma viene annoverata tra i reati come la persona. La violenza di genere passa così da essere un fatto privato, a rappresentare un vero e proprio problema sociale.

Recentemente, sulla base le direttive del Consiglio d’Europa e del Parlamento Europeo in materia di assistenza e protezione alle vittime e del Decreto Legge n. 93 /2013 “Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e contrasto della violenza di genere”, è stato emanato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 novembre 2017 “Linee Guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza”.

Queste Linee Guida nazionali si rivolgono direttamente agli operatori sanitari che si occupano di prevenzione e del contrasto alla violenza, individuati sia nei servizi ospedalieri che territoriali, nei centri antiviolenza, nelle case rifugio, nelle forze dell’ordine e nelle autorità giudiziarie.

1.6 Le raccomandazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità

Nel 2013 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblica le linee guida dal titolo “Responding to intimate partner violence and sexual violence against women” che hanno l’obiettivo di fornire indicazioni internazionali di carattere sociosanitario sia per la prevenzione degli episodi, sia per la loro gestione.

Tra le possibili soluzioni l'OMS propone percorsi di cura che siano centrati sulla donna ("women based") e condivisi, a tutela della dignità e dell'autonomia decisionale. Altrettanto importante è l'approccio "gender sensitive" per evitare discriminazioni di genere ed accrescere lo stereotipo che pone la donna in posizione subordinata rispetto all'uomo. (4)

Le raccomandazioni riportano le azioni mirate al riconoscimento delle vittime, il cosiddetto "case-finding", o indagine clinica. Esso ne rappresenta l'aspetto più controverso e riguarda le donne che presentano fattori di rischio o sintomi suggestivi di violenza, alle quali viene domandato se è stata vittima di abusi, questo però rischia di stigmatizzare ulteriormente le donne e porre gli operatori in situazioni difficili da gestire. Il "case-finding" può avvenire solo in contesti che garantiscano la riservatezza e la sicurezza della persona assistita e in presenza di una procedura specifica. (4)

Le raccomandazioni, inoltre, sottolineano l'importanza della formazione degli operatori sanitari, in quanto un operatore sanitario non formato potrebbe essere restio ad indagare nel modo corretto l'avvenuta violenza, compromettendone l'identificazione e la successiva presa in carico della vittima. (4)

Il personale dovrebbe offrire, se disponibile, la contraccezione di emergenza in seguito a violenza sessuale (entro 5 giorni dall'evento) o l'interruzione di gravidanza se oltre il tempo utile, nonché la profilassi HIV ed altre malattie sessualmente trasmissibili entro 72 ore dall'evento. (4)

Sconsigliano invece la denuncia contro il volere della vittima, ma obbligano a segnalare alle autorità il coinvolgimento di minori o se vi siano condizioni che mettano in pericolo di vita la donna. Sui servizi di supporto alle vittime, l'OMS punta all'integrazione dei servizi già esistenti, piuttosto che alla creazione di servizi dedicati, differenziando i livelli di assistenza a seconda del bisogno. (11)

1.7 La formazione infermieristica

Il personale sanitario possiede un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime. Essi operano in servizi che rappresentano il primo luogo di approccio per molte donne (Pronto Soccorso, centri di salute mentale, reparti di Ginecologia e consultori).

Pertanto, deve essere preparato ed adeguatamente formato al fine di identificare precocemente le vittime di violenza e di fornire una risposta efficace e tempestiva. È necessario che l'approccio sia multidisciplinare, così che tra le diverse figure professionali

(medici, infermieri, ostetriche, forze dell'ordine, psicologi, assistenti sociali) vi sia un interscambio d'informazioni.

1.8 Percorso per le donne che subiscono violenza

Con il DPCM 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” sono state definite le linee guida per il “percorso per le donne che subiscono violenza” con l'obiettivo di fornire un intervento mirato ed integrato. Si rivolgono direttamente agli operatori sanitari e sociosanitari, che operano nel pubblico e nel privato, per la prevenzione della violenza e il trattamento delle conseguenze che si ripercuotono sulla salute psico-fisica della persona. Quando si parla di donna vittima di violenza, si fa riferimento anche alle ragazze con meno di 18 anni (come previsto dalla Convenzione di Istanbul), che abbiano subito una qualsiasi forma di abuso.

La donna può accedere al triage di pronto soccorso nelle seguenti modalità: spontaneamente, accompagnata dal 118, accompagnata dalle forze dell'ordine, accompagnata da operatori dei centri antiviolenza, da terzi o dall'autore della violenza. Il personale infermieristico si occupa della presa in carico e del tempestivo riconoscimento della violenza, anche quando non dichiarata.

La donna viene accompagnata in un'area separata da quella generale, così da garantirle riservatezza e protezione. Gli eventuali accompagnatori vengono allontanati, ad esclusione di figli/e minori e viene utilizzato un approccio non giudicante in tutte le fasi dell'assistenza e da tutti gli operatori coinvolti.

Solitamente viene assegnato un codice arancione, salvo che non sia necessario attribuire un codice rosso in caso di emergenza clinica immediata. Grazie ad una visita tempestiva è possibile ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o di allontanamento volontario. Non è ritenuto adeguato assegnare un codice verde o bianco. (12)

Durante la fase di accoglienza potranno essere poste delle domande di approfondimento previa acquisizione del consenso informato sia al trattamento dei dati sia all'acquisizione di eventuali prove giudiziarie (in caso di violenza sessuale).

Alla fase iniziale di accoglienza segue quella della visita medica vera e propria. Essa prevede: l'anamnesi della violenza e l'esame obiettivo completo (includendo lo stato

emotivo, psicologico e relazionale), l'acquisizione delle prove (con eventuale documentazione fotografica), l'esecuzione di esami diagnostico-strumentali (tra cui prelievo ematico, campioni di urina o tamponi delle mucose), l'eventuale profilassi anti HIV o per altre malattie sessualmente trasmissibili e l'offerta di trattamento anti-concezionale, infine è possibile disporre di ulteriori consulenze se necessarie. Importante porre estrema attenzione alla catena di custodia delle prove, se raccolte.

La fase finale della presa in carico della donna vittima di violenza prevede che venga offerta la possibilità di ricevere un'assistenza psicologica e una dimissione protetta, per ridurre il rischio di re-vittimizzazione. (12)

Questo rischio viene valutato attraverso il "Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)", uno strumento standardizzato e validato che misura il rischio di ricomparsa e/o escalation della violenza, consente agli operatori di Pronto Soccorso di identificare efficacemente e tempestivamente le vittime ad altissimo rischio. Si compone di 5 domande da rilevare durante il colloquio: (13)

- La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?
- L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?
- Pensa che l'aggressore possa ucciderla?
- L'ha mai picchiata durante la gravidanza?
- L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?

La rilevazione di un rischio basso (risposta positiva ad 1 o 2 domande su 5) prevede che l'operatore sanitario di Pronto Soccorso (medico o infermiere) informi la vittima della possibilità di rivolgersi ai centri anti violenza ed attivi la rete territoriale, allertando il personale previsto dal protocollo.

La rilevazione di un rischio medio alto (risposta positiva ad almeno 3 domande su 5) permette, alla donna che ne acconsente, di rimanere in Osservazione Breve Intensiva (OBI), o comunque in ambiente ospedaliero, per un massimo di 72 ore, al fine di garantirne la messa in sicurezza. (12)

Possono essere coinvolti anche i servizi di Ostetricia e Ginecologia, o Pediatria in caso di violenza su minori o assistita.

I centri antiviolenza (CAV) e le case rifugio costituiscono il fulcro della rete territoriale. Essi furono introdotti in Italia successivamente alla ratifica della Convenzione di Istanbul come “servizi specializzati per il supporto immediato, nel breve e lungo periodo, per ogni vittima di qualsiasi atto di violenza che rientra nel campo di applicazione”. (14)

I CAV sono centri che offrono un supporto alle donne vittime di violenza di genere attraverso linee telefoniche, colloqui individuali e gruppi di auto-aiuto, assistenza legale, prevenzione e sensibilizzazione. Sono totalmente gestiti da volontarie ed operatrici di genere femminile. Le case di accoglienza, o case rifugio, sono delle strutture in cui si offre ospitalità diretta a donne che, per motivi di sicurezza, devono abbandonare la propria casa. L'indirizzo è segreto per salvaguardare l'incolumità fisica e psicologica di chi vi accede, viene offerta alla donna una strategia per uscire dal circuito della violenza e tutelati gli eventuali minori coinvolti.

Secondo un'indagine ISTAT nel 2023 i CAV sono di più rispetto al 2022 (+4,9%) e rispetto al 2017 (+43,8%), per un totale di 404 centri sul territorio italiano. In aumento anche le donne che vi si rivolgono: circa 61 mila, +1,4% rispetto al 2022 e +41,5% rispetto al 2017. (14)

Nei CAV operano varie figure professionali che si interfacciano con l'operatore sociosanitario ospedaliero che avvia la presa in carico sul territorio. Questa figura, infatti può essere variabile.

La rete territoriale di Biella e provincia, ove ho condotto la ricerca qui presentata, si compone di una casa rifugio il cui indirizzo, per motivi di sicurezza delle donne e dei loro figli, è mantenuto segreto e di un CAV, gestito da una cooperativa in sinergia con l'Azienda Sanitaria Locale di Biella (ASLBI).

La casa rifugio è aperta 24 ore su 24, 7 giorni su 7. La richiesta di accoglienza viene effettuata dalle assistenti sociali ospedaliere oppure, solo in loro assenza, dal personale medico ed infermieristico.

Nel Pronto Soccorso di Biella l'infermiere di triage compone la cosiddetta “cartellina rosa”, un raccoglitore identificativo in cui inserire la documentazione della paziente e che sia visivamente riconoscibile da tutti gli operatori coinvolti, così da indirizzare la donna nell'area separata a lei dedicata e mantenere la riservatezza che il caso richiede.

L'infermiere di Pronto Soccorso è dunque responsabile dell'assistenza infermieristica durante tutte le fasi (assegnazione del codice colore, accoglienza, visita medica), della segnalazione alle assistenti sociali e di offrire alla donna la possibilità di ricevere un aiuto, così da sottrarsi al perpetuarsi della violenza di genere.

2. OBIETTIVO DI TESI

Valutare come si sia evoluta la formazione infermieristica all'interno dell'ASLBI in materia di violenza di genere, in rapporto agli accessi per violenza al servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale degli Infermi di Biella, dal 2011 al 2021.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Tipologia di studio

Si tratta di uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo: osservazionale in quanto è caratterizzato dall'assenza di intervento; descrittivo perché prevede che il ricercatore descriva solamente il fenomeno osservato; retrospettivo perché i dati raccolti riguardano eventi già trascorsi.

Per garantire un rigore metodologico è stato fatto riferimento alla check-list STROBE.

3.2 Setting

Lo studio è stato condotto all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella (ASLBI) in Piemonte, a partire dal settembre 2024, mentre i dati raccolti fanno riferimento al periodo 2011-2021.

3.3 Partecipanti

I dati riguardano due categorie di soggetti: gli operatori sanitari che hanno partecipato a corsi di formazione residenziale in materia di violenza di genere, dal 2011 al 2021, e le donne che hanno eseguito un accesso al servizio di Pronto Soccorso dell'ASLBI con diagnosi di violenza di genere dal 2011 al 2021. Questi dati, sono stati confrontati con la rilevazione "Accessi al Pronto Soccorso (PS) di donne con indicazione di violenza (periodo 2017-2022)" condotta dall'ISTAT attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) e con il report annuale "Osserva Biella" (2024).

3.4 Raccolta dati

È stata inizialmente chiesta l'autorizzazione a procedere allo studio alla Direzione Sanitaria di Presidio e, successivamente, alla Struttura Complessa di Formazione dell'ASLBI. Quest'ultima ha estratto e fornito, previa richiesta scritta, i dati relativi ai corsi di formazione svolti all'interno dell'azienda ed indirizzati agli operatori sanitari che si occupano di violenza di genere, in un file Excel in anonimo.

Per quanto riguarda i dati relativi agli accessi per violenza di genere dal 2011 al 2020 ho attinto ai risultati di una precedente analisi, condotta dalla mia relatrice previa approvazione del comitato etico. Inoltre, dopo un colloquio con la coordinatrice della Struttura Semplice di Pronto Soccorso, ho ottenuto i dati mancanti e relativi all'anno 2021. I dati provengono

dalla rielaborazione di un modulo richiesto dalla Regione Piemonte che, annualmente, l'ASLBI restituisce compilato alla Regione. Questo modulo non è stato direttamente consultabile in quanto conteneva dati sensibili (nome e cognome delle vittime).

Infine, ha rapportato gli accessi per violenza di genere ai flussi di Pronto Soccorso (divisi per genere), per gli anni 2011- 2021. Questi dati provengono dal sistema informativo aziendale, che li importa in un file access per la successiva rielaborazione. Mi sono stati forniti dal controllo di gestione ospedaliero, su specifica richiesta scritta e firmata dell'attuale responsabile di S.S Pronto Soccorso.

3.5 Considerazioni etiche

È stata garantita la privacy dei soggetti coinvolti, come previsto dalla normativa vigente (GDPR-UE 2016/679), in quanto i dati forniti dalla S.C di Formazione erano anonimi.

Inoltre, non è stato possibile, in alcun modo, risalire a dati sensibili delle donne vittime di violenza, in tal senso la riservatezza è stata garantita in ogni fase dello studio.

4. RISULTATI

Nella tabella 1 vengono raccolti i dati relativi ai corsi di formazione residenziale che sono stati rivolti al personale sanitario in materia di violenza di genere dal 2011 al 2021, suddivisi per professione.

Oltre al personale medico, infermieristico ed ostetriche, le altre professioni coinvolte erano sia sanitarie (operatori sociosanitari, studenti di infermieristica, specializzandi) che non (assistenti amministrativi, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, avvocati).

Escludendo il corso dal titolo “Cucciolo: ciò che viene fatto ai bambini essi lo faranno alla società – edizione 2020 e 2021”, che tratta di violenza assistita e abusi sui minori, il totale di soggetti che hanno completato la formazione è composto per il 24,6% medici (98 soggetti), per il 38,7% infermieri (154 soggetti), per il 12,3% ostetriche (49 soggetti) e per il 24,3% altre professioni (97 soggetti). Complessivamente i soggetti formati nel decennio 2011- 2021 sono stati 398.

Dai dati raccolti è possibile osservare come alcuni corsi di formazione, quali “Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato – prima parte” (2013) e “Violenza di genere nell’ambito delle dipendenze” (entrambe le edizioni 2014) e “Gestione della violenza tra vittima e carnefice” (2018) siano stati principalmente indirizzati a personale non sanitario (psicologi, educatori professionali, assistenti sociali) o comunque il personale sanitario coinvolto era quello impegnato nella presa in carico a livello territoriale.

Il corso “Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza”, che si è svolto sia nel 2011 che nel 2013, ha coinvolto per lo più personale medico ed infermieristico (nel 2011 anche personale di ostetricia, cosa che non è avvenuta invece nel 2013).

Il corso “Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso” (2019) ha visto una grande partecipazione di infermieri rispetto ai medici (rispettivamente 28 ed 8).

¹I partecipanti sono stati divisi in iscritti e, tra parentesi, coloro che hanno completato la formazione prevista. Questa suddivisione è stata utilizzata per l’intera tabella.

Tabella 1. Corsi di formazione residenziale rivolti al personale sanitario in materia di violenza di genere (ASLBI, 2011-2021): suddivisi per professione.

Titolo del corso (anno)	N. iscritti (n. formati)¹	Medici	Infermieri	Ostetriche	Altre professioni
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (2011)	66 (65)	16	27	20	3 (2)
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza - replica (2011)	62 (57)	13 (11)	36 (34)	10 (9)	3
Medicina e violenza: un altro passo insieme per affrontare la violenza di genere (2012)	154 (139)	41 (34)	40 (39)	19 (18)	54 (48)
Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato - prima parte (2013)	13 (11)	5	1	1	6 (4)
Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato - seconda parte (2013)	12 (12)	5	0	1	6
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (2013)	20 (20)	10	8	0	2

Violenza di genere nell'ambito delle dipendenze: valutazione a distanza del percorso (2014)	11 (11)	1	3	0	7
Violenza di genere nell'ambito delle dipendenze: riferimenti normativi, risorse, risvolti legali (2014)	14 (9)	2 (1)	3	0	9 (4)
Gestione della violenza tra vittima e carnefice (2018)	39 (32)	7 (6)	8 (5)	0	24 (21)
Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso (2019)	36 (36)	8	28	0	0
Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso - replica (2019)	10 (7)	4 (1)	6	0	0
Cucciolo: ciò che viene fatto ai bambini essi lo faranno alla società (2020)	45 (44)	7 (6)	27	1	10
Cucciolo: ciò che viene fatto ai bambini essi lo faranno alla società - replica (2021)	75 (65)	25 (21)	16 (12)	15	19 (17)

Dai dati raccolti nella tabella 2 “Corsi di formazione residenziale rivolti al personale sanitario in materia di violenza di genere (ASLBI, 2011-2021): suddivisi per reparto di appartenenza” emerge, invece, quali sono stati i reparti maggiormente coinvolti nella formazione.

I corsi “Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza” (2011) e “Medicina e violenza: un altro passo insieme per affrontare la violenza di genere” (2012), sono stati principalmente indirizzati al personale del Dipartimento materno- infantile (nello specifico i reparti di pediatria, ostetricia e ginecologia) e ai servizi territoriali; tuttavia, il corso “Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza”, nella sua replica (2011) ha coinvolto un maggior numero di partecipanti provenienti dal Dipartimento di Emergenza Accettazione, anche se non tutti gli iscritti hanno completato la formazione prevista.

I corsi “Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato – prima e seconda parte” (2013), “Violenza di genere nell’ambito delle dipendenze” (entrambe le edizioni 2014) e “Gestione della violenza tra vittima e carnefice” (2018) non hanno coinvolto tra i partecipanti nessun operatore sanitario del DEA. Nel 2013 si è svolto nuovamente il corso “Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza”, che ha visto la partecipazione di 6 soggetti provenienti dal DEA (sul totale di 20 iscritti), in riduzione rispetto all’affluenza dello stesso nel 2011 (12 su 66 iscritti, 18 su 62 iscritti per la replica).

Per ultimo nel 2019 il corso “Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso” ha coinvolto maggiormente il personale sanitario appartenente al DEA (35 su 36 iscritti, 9 su 10 iscritti per la replica), tenendo conto, però, che non tutto il personale ha completato la formazione prevista (2 su 10 iscritti).

Infine, i dati appartenenti al corso sulla violenza assistita e sui minori (riportati nelle ultime due righe della tabella 2) non sono stati inclusi nell’analisi.

Mettendo a rapporto i dati delle tabelle 1 e 2, si evince come nel corso “Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso”, quasi la totalità di partecipanti proveniva dal DEA ed il gruppo era così composto: per la prima edizione di 28 infermieri e 6 medici su 35 iscritti, per la replica di 6 infermieri e 4 medici su 9 iscritti. In questo caso la formazione è stata direttamente indirizzata al personale di Pronto Soccorso.

Tabella 2. Corsi di formazione residenziale rivolti al personale sanitario in materia di violenza di genere (ASLBI, 2011-2021): suddivisi per reparto di appartenenza.

Titolo del corso (anno)	N. iscritti (n. formati)¹	DEA	Pediatria	Ostetricia Ginecologia	Area medica	Area chirurgica	Altro²
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (2011)	66 (65)	12	7	18	7	4	18
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza - replica (2011)	62 (57)	18 (16)	6	9 (8)	4	2	23 (22)
Medicina e violenza: un altro passo insieme per affrontare la violenza di genere (2012)	154 (139)	6	10 (8)	23 (16)	5	2	108 (102)
Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato - prima parte (2013)	13 (11)		3	2			8 (6)

Donne vittime di violenza: la necessità di un percorso integrato - seconda parte (2013)	12 (12)		3	2		7
Accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (2013)	20 (20)	6	4		2	8
Violenza di genere nell'ambito delle dipendenze: valutazione a distanza del percorso (2014)	11 (11)					11
Violenza di genere nell'ambito delle dipendenze: riferimenti normativi, risorse, risvolti legali (2014)	14 (9)					14 (9)
Gestione della violenza tra vittima e carnefice (2018)	39 (32)					39 (32)

Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso (2019)	36 (36)	35				1
Procedure riguardanti le vittime adulte di violenza di genere che accedono in pronto soccorso - replica (2019)	10 (7)	9 (7)				1
Cucciolo: ciò che viene fatto ai bambini essi lo faranno alla società (2020)	45 (44)	27 (26)	15	1		2
Cucciolo: ciò che viene fatto ai bambini essi lo faranno alla società - replica (2021)	75 (65)	18 (15)	22 (18)	20 (19)	2	13

¹ I partecipanti sono stati divisi in iscritti e, tra parentesi, coloro che hanno completato la formazione prevista. Questa suddivisione è stata utilizzata per l'intera tabella.

² Con "altro" si intende qualunque reparto al di fuori delle principali aree coinvolte nella formazione, ovvero Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA), pediatria, ostetricia e ginecologia, area medica, area chirurgica.

Nella tabella 3 vengono riportati gli accessi in Pronto Soccorso per anno, distinti per genere (maschile/femminile) e gli accessi per violenza, suddivisi per tipologia di violenza subita.

La media degli accessi, dal 2011 al 2021, è stata di 47.391 per anno, mentre la media di violenze di genere è stata di 53 casi per anno.

Nel 2020 si è registrato una netta riduzione degli ingressi (36.139 totali) dovuto alla pandemia di Covid-19, tuttavia il numero di accessi per violenza sul totale si è dimostrato in aumento rispetto all'anno precedente.

Le donne hanno eseguito più accessi al Pronto Soccorso rispetto agli uomini (in media per anno 23.894 donne rispetto a 23.497 uomini).

L'anno che ha visto il maggior numero di accessi per violenza di genere è stato il 2012 (80 casi). La tipologia di violenza maggiormente riscontrata nelle vittime è stata quella fisica-psicologica (444 casi su 589), seguita da quella fisica (103 su 589). La violenza sessuale è stata quasi sempre accompagnata anche da violenza fisica e psicologica. Solo negli ultimi anni sono stati riportati episodi di violenza unicamente psicologica (3 nel 2019, 6 nel 2020, 2 nel 2021). Non sono note età ed etnia delle vittime.

Tabella 3. Numero di accessi in Pronto Soccorso dell’Ospedale degli Infermi – ASLBI per violenza di genere (2011- 2021).

Anno	Accessi al DEA (N)		Violenze (N)								
	Totale	Genere	Totale	Fisica	Sessuale	Psicologica	Fisica Sessuale	Fisica Psicologica	Psicologica Sessuale	Fisica Psicologica Sessuale	Non nota
2011	47.941	Femmina (23.868) Maschio (24.073)	17	3				14			
2012	47.175	Femmina (24.061) Maschio (23.114)	80	8			1	69		2	
2013	47.021	Femmina (23.700) Maschio (23.321)	48	20				27		1	
2014	46.981	Femmina (23.501) Maschio (23.480)	78	6				69		2	1
2015	47.526	Femmina (23.925) Maschio (23.601)	35	2				30	1	1	1
2016	49.549	Femmina (24.903) Maschio (24.646)	45	2				37	3	3	

Anno	Accessi al DEA (N)		Violenze (N)								
	Totale	Genere	Totale	Fisica	Sessuale	Psicologica	Fisica+Sessuale	Fisica+Psicologica	Psicologica+Sessuale	Fisica+Psicologica+Sessuale	Non nota
2017	51.528	Femmina (26.008) Maschio (25.520)	64	7	1		1	52		3	
2018	53.162	Femmina (26.626) Maschio (26.536)	52	12			1	37		2	
2019	53.890	Femmina (27.623) Maschio (26.267)	54	5		3	1	44		1	
2020	36.139	Femmina (18.142) Maschio (17.997)	55	18		6		30		1	
2021	40.392	Femmina (20.479) Maschio (19.914)	61	20	1	2		35		3	
Total e	521.304	262.836 258.468	589	103	2	11	4	444	4	19	2

5. DISCUSSIONE

Dai risultati ottenuti emerge come la formazione in materia di violenza di genere si sia evoluta dal 2011-2021. Il coinvolgimento dei partecipanti è sempre stato multidisciplinare e questo riprende quanto previsto dalle raccomandazioni dell'OMS e dalle Linee Guida nazionali.

La formazione residenziale rivolta agli infermieri viene gestita dalla S.C di formazione dell'ASLBI ed è indirizzata al personale che si occupa direttamente dell'assistenza alle vittime. Tuttavia, nel 2015 e 2016 non è stato condotto alcun corso residenziale in materia di violenza di genere e dal 2014 al 2018 i corsi svolti non sono stati indirizzati al personale che opera in Pronto Soccorso.

Dal 2019 ha avuto il via il corso base regionale "Alza lo sguardo", che però è stato organizzato dalla Città della Salute di Torino. Non essendo nota la formazione a distanza non è stato possibile conteggiare quanti operatori sanitari siano stati ulteriormente formati.

I partecipanti al corso sulla violenza assistita e su minori non sono stati conteggiati nei risultati. Il corso è stato ugualmente citato poiché rientra nel percorso standardizzato costituito dalla Regione Piemonte, per la presa in carico non solo della donna, ma anche del minore abusato.

I risultati relativi alla formazione sono stati confrontati con la tesi di laurea dal titolo "Conoscenze e atteggiamenti degli studenti infermieri sulla violenza domestica" a cura di Stjepanovic Darko (2020), che ha eseguito una validazione linguistico-culturale di uno strumento finalizzato a valutare le attitudini degli studenti infermieri sulla violenza domestica. Lo studio ha mostrato un'inadeguata formazione degli studenti infermieri su questo tema. In letteratura non è al momento presente uno strumento validato che misuri tali attitudini negli infermieri.

Nel biellese la formazione residenziale rivolta agli infermieri viene gestita dalla S.C di formazione dell'ASLBI ed è indirizzata al personale che si occupa direttamente dell'assistenza alle vittime.

La Regione Piemonte nel 2023 ha somministrato un questionario alle Aziende Sanitarie per valutare se l'assistenza fosse in linea con quanto stabilito dal Coordinamento della Rete Sanitaria per l'accoglienza e presa in carico delle vittime; la formazione si è dimostrata in parte residenziale ed in parte a distanza (tramite corso base regionale),

l'equipe multidisciplinare e il percorso cartellina rosa ben integrato (ma non ancora in uso check-list per la rilevazione di violenza sospetta). Questa indagine non conferma né smentisce il bisogno formativo dei professionisti infermieri; tuttavia, coinvolgendo più personale sanitario si potrebbe aumentare la sensibilizzazione sull'argomento.

I dati relativi agli accessi per violenza di genere in Pronto Soccorso sono in linea con la rilevazione "Accessi al Pronto Soccorso (PS) di donne con indicazione di violenza (periodo 2017-2022)" condotta dall'ISTAT attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR).

Il numero degli accessi per violenza in PS ha continuato ad aumentare passando da 14,1 per 10.000 accessi totali nel 2017 a 18,4 su 10.000 accessi nel 2021. A Biella la percentuale delle violenze è passata dallo 0,12% per il 2017 allo 0,15% per il 2021.

Nel 2020 si è verificata una deflessione degli ingressi totali dovuta alla pandemia di Covid-19, ma il numero delle violenze è risultato maggiore. Il contenimento tra le mura domestiche può aver accentuato il rischio di comportamenti violenti.

Durante le prime fasi della pandemia si è verificato un incremento degli episodi di violenza; negli Stati Uniti il 15% delle donne ha riferito di essere stata vittima di violenza domestica in quel periodo (Gilchrist, Gail *et al.*, 2023). Gli autori affermano che, nonostante la violenza domestica possa verificarsi in svariate situazioni familiari, il notevole stress correlato al contenimento della pandemia, insieme a malessere psicologico e maggior consumo di alcol, hanno portato il fenomeno ad amplificarsi. Anche Miall, Naomi *et al.* (2023) riporta come, le donne che lavoravano da casa abbiano sperimentato più episodi violenti (in particolare violenza psicologica, seguita da fisica e sessuale).

Secondo "L'effetto della pandemia sulla violenza di genere" pubblicato dall'ISTAT nel 2021, le richieste di aiuto pervenute al numero unico antiviolenza e stalking nel 2020 riguardavano violenze compiute principalmente da partner o familiari (violenza fisica e psicologica 13,5%, violenza psicologica ed economica 11,1%), mentre nel 2021 da autori non conviventi con la vittima.

Per i prossimi anni ci si aspetta che l'incidenza degli accessi in PS per violenza si mantenga stabile o in ulteriore aumento (per il 2022 era di 17,4 su 10.000 accessi e per il 2023 di 18,4 su 10.000 accessi).

Infine, i dati sono stati confrontati con il report annuale “Osserva Biella” (2024), che riporta il numero delle vittime prese in carico nel Centro Anti Violenza territoriale dal 2020 al 2023. Le donne in carico al CAV al 1° gennaio 2020 erano 7, mentre al 1° gennaio 2023 erano 30. Molte più donne hanno deciso di chiedere aiuto ai centri antiviolenza e questo può essere avvenuto dopo il passaggio in PS, o per una maggiore sensibilizzazione sul rischio di revittimizzazione/escalation della violenza o per una gestione adeguata da parte dell’equipe multidisciplinare.

5.1 Limiti dello studio

I dati riguardano solamente la formazione residenziale avvenuta all’interno dell’ASL di Biella, non nota quella a distanza (avvenuta in particolare in epoca Covid-19)

In riferimento alla tabella 1 e 2 non è stato possibile sapere se qualche partecipante ha frequentato più corsi o lo stesso in multiple edizioni. In tal caso i partecipanti potrebbero essere stati conteggiati più volte. Inoltre, non sono noti età, genere o anni di servizio dei partecipanti.

All’interno del Dipartimento di Emergenza Accettazione rientrano anche la S.S Medicina d’Urgenza e la S.S Cardiologia. Anche se in minoranza, qualche dipendente di queste unità operative ha partecipato alla formazione.

In riferimento alla tabella 3, il limite principale è stato la mancanza di dati riguardo età ed etnia delle vittime.

L’estrazione sistematizzata di dati sugli accessi totali in DEA è avvenuta con la collaborazione del responsabile di S.S Pronto Soccorso e tramite l’informativo aziendale.

I dati che riguardano le violenze, invece, sono stati estratti da un database fornitomi dalla mia relatrice e frutto di un precedente studio sulla violenza di genere in Piemonte. In quest’ultimo processo, che è stato quindi operatore dipendente, non sono escludibili eventuali errori di trascrizione.

6. CONCLUSIONI

L'obiettivo di questa tesi di laurea era di valutare l'evoluzione della formazione degli operatori sanitari all'interno dell'ASLBI in materia di violenza di genere, in rapporto agli accessi per violenza al servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale degli Infermi di Biella, dal 2011 al 2021. I percorsi formativi rispettano quanto previsto dal Coordinamento della Rete Sanitaria per l'accoglienza e presa in carico delle vittime e dalle Linee Guida nazionali. Lo stesso vale per l'assistenza della vittima che accede al Pronto Soccorso.

I numeri della violenza sono in lieve aumento, ma in linea con quelli nazionali. Restano comunque elevati e preoccupanti. Non tutte le donne che hanno eseguito un accesso per violenza di genere sono poi state prese in carico presso il Centro Antiviolenza Territoriale. Infatti, pur rivolgendosi ai servizi sanitari, non sempre chiedono espressamente aiuto e in questo modo la violenza rischia di ripetersi e di sopravvivere all'ombra del silenzio per molto tempo.

Per il futuro potrebbe essere utile estendere i corsi di formazione ad un maggior numero di professionisti sanitari e rilevarne le attitudini verso la violenza di genere. Il personale sanitario possiede un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime. Solo attraverso un'adeguata formazione ed assistenza sarà possibile rispondere tempestivamente ed in maniera efficace a questo fenomeno dilagante.

BIBLIOGRAFIA

1. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul, 11 maggio 2011.
2. World Health Organization. Global and Regional Estimates of violence against women. Prevalence and health effects of Intimate partner violence and non partner sexual violence 2013.
3. ISTAT. Violenza sulle donne. Il numero delle vittime e le forme di violenza. Aggiornato al 2014. Disponibile al sito <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/il-numero-delle-vittime-e-le-forme-di-violenza/>. Ultima consultazione: novembre 2024.
4. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Edizione italiana a cura di Giovanni de Girolamo e Patrizia Romito. 2014.
5. Romito Patrizia, Pomicino Laura, Lucchetta Chiara, Scrimin Federica and Molzan Turan Janet. The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009; 30 (2) 115 – 121
6. Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic Violence. 2023.
7. Del Giudice, G., G. Barbara, and C. Adami. I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto. 2001; 185-203.
8. ISTAT. Violenza sulle donne. Definizioni e indicatori. Aggiornato al 2022. Disponibile al sito <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-contesto/definizioni-e-indicatori/>. Ultima consultazione: novembre 2024.
9. Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale. Aggiornato al 2018. Disponibile al sito <https://www.istat.it/comunicato-stampa/gli-stereotipi-sui-ruoli-di-genere-e-limmagine-sociale-della-violenza-sessuale/>. Ultima consultazione: novembre 2024.
10. Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale – primi risultati. Aggiornato al 2023. Disponibile al sito <https://www.istat.it/comunicato-stampa/stereotipi-di-genere-e-immagine-sociale-della-violenza-primi-risultati/>. Ultima consultazione: novembre 2024.

11. Greco Massimo. Le nuove linee guida dell'OMS sulla violenza contro le donne: assistenza, educazione, organizzazione, ricerca. L'infermiere. 2013; 5.
12. D.P.C.M 24 novembre 2017. Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza.
13. Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. Acad Emerg Med. 2009 Nov; 16(11): 1208 -16.
14. ISTAT. I centri antiviolenza e le donne che hanno avviato il percorso di uscita dalla violenza – anno 2023. Pubblicato il 25 novembre 2024. Disponibile al sito <https://www.istat.it/comunicato-stampa/i-centri-antiviolenza-e-le-donne-che-hanno-avviato-il-percorso-di-uscita-dalla-violenza-anno-2023-2/>. Ultima consultazione: gennaio 2025.