

*SOS*tegnno **Donna**

*Modello d'intervento per il contrasto
alla violenza di genere
nei Pronto Soccorso italiani*

SOStegno **Donna**

*Modello d'intervento
per il contrasto
alla violenza di genere
nei Pronto Soccorso
italiani*

SOSTegno Donna

**Modello d'intervento
per il contrasto
alla violenza di genere
nei Pronto Soccorso
italiani**

A cura di

Valeria Emmi
WeWorld Onlus

Coordinamento WeWorld

Elena Caneva (coordinatrice Centro Studi)
Valeria Emmi (coordinatrice programmi per i Diritti delle Donne)
Stefano Piziali (responsabile Dip.to di Advocacy e Programmi in Italia)
Annachiara Somaini (programmi per i Diritti delle Donne)
Alessandro Volpi (vice responsabile Dip.to di Advocacy e Programmi in Italia)

Progetto grafico e impaginazione:

Claudio Madella (www.box313.net)

La pubblicazione è disponibile on line su:

www.weworld.it

ISBN 978-88-940919-9-1

Realizzata da:

WeWorld Onlus, via Serio 6 – 20139 Milano, Italia
www.weworld.it

I testi contenuti in questa pubblicazione possono essere riprodotti solo citandone la fonte.

La presente pubblicazione è stata completata nel mese di ottobre 2016.

Finito di stampare nel mese di novembre 2016.

Ringraziamo per la collaborazione:

Agnese Schena, Alessia Pirulli, Anna Verdelocco, Clara Ferreira, Cristina Zappetti, Dumitrica Tanase, Edith Ferrari, Elena Bernobich, Erika Mesesnel, Federica Mariotti, Laura Pomicino, Lucia Pelusi, Luisa Dudine, Luisa Marchini, Maria Elena Boschi, Maura Cossutta, Michele Palma, Monica Monteriù, Oria Gargano, Paolo Cremonesi, Paolo Guarino, Patrizia Romito, Priscilla Ciufu, Roberta Agostini, Sara Pollice, Sesa Amici, Silvia Suman, Sonia Minchella, Valeria Fedeli, Walter Zalukar.

Gli uomini e le donne delle aziende ospedaliere San Camillo-Forlanini di Roma, Galliera di Genova, ASUI di Trieste, di BeFree, delle reti antiviolenza territoriali e tutti/e i partner di WeWorld.

Indice

I PREMESSA	5
1. IL CONTESTO	7
1.1 I dati sulla violenza di genere in Italia	8
1.2 L'attuazione della Convenzione di Istanbul	8
1.3 Le Linee guida cliniche dell'OMS per il contrasto alla violenza di genere	10
1.4 Il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere	10
1.5 La centralità dell'azione di emersione della violenza al Pronto Soccorso: verso linee guida nazionali	11
1.6 L'intervento nei Pronto Soccorso: dalla sperimentazione alla definizione di un modello	12
2. IL MODELLO SOSTegno Donna	13
2.1 Le figure specializzate	16
2.2 L'interazione costante con il triage	16
2.3 Classificazione degli accessi e indici di rischio/indicatori di violenza sospetta	17
2.4 Attivazione del Servizio SOSTegno Donna	18
2.4.1 Autorizzazione trattamento dati personali	19
2.4.2 Consenso informato	20
2.5 Il percorso con le donne: dalla presa in carico e creazione di fiducia e consapevolezza all'attivazione della RETE anti violenza	20
2.6 La rete e il follow-up	22
2.7 La formazione multidisciplinare	24
2.8 Il monitoraggio dei dati	25
3. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	26
II POSTFAZIONE	29
APPENDICE I: Il Protocollo attivato al San Camillo-Forlanini di Roma	32
APPENDICE II: Il modulo per il consenso informato usato all'Ospedale Galliera di Genova	33
APPENDICE III: Il monitoraggio dei dati all'Azienda Sanitaria di Trieste	34
APPENDICE IV: La rete anti violenza a Genova	35

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, misurando periodicamente il fenomeno della violenza maschile contro le donne, ci ricorda che le sue dimensioni non variano in modo significativo da un paese all'altro. Cambiano le latitudini, ma ovunque, retaggi storici, stereotipi e una cultura maschilista alimentano violenze psicologiche, fisiche ed economiche che interessano le donne in quanto appartenenti a un genere diverso da quello maschile. A marcare la specificità di queste violenze, da alcuni anni, si è imposto un neologismo, femminicidio, che esprime in modo immediato a quale genere appartengano vittima e aggressore. Il richiamo di questi elementi, ampiamente noti a tutti/e coloro che si occupano di prevenire e contrastare la violenza contro le donne, è utile per sottolineare che, se la vittima è tale in ragione del suo genere, anche le azioni di ascolto, sostegno e presa in carico, siano esse sanitarie, sociali, psicologiche, legali, securitarie ed economiche devono tenere conto della specificità di un approccio di genere riguardo alle donne vittime di violenza.

È questa la ragione principale che ha spinto WeWorld nel 2014 ad avviare la sperimentazione del Modello SOSTegno Donna per la presa in carico delle donne vittime di violenza che si recano, spesso dopo anni di soprusi subiti in silenzio, al Pronto Soccorso ospedaliero per chiedere aiuto e farsi medicare. L'ISTAT, nella sua ultima indagine sul fenomeno (2014), ci ricorda che le denunce sporte dalle donne sono di poco cresciute rispetto all'indagine precedente del 2006, passando dal 6,7% all'11,8%. Esiste quindi un sommerso di violenza contro le donne che facciamo veramente fatica a conoscere e contrastare. Numerose donne al Pronto Soccorso nascondono l'evidenza della violenza subita dal partner, da un familiare o conoscente o sconosciuto. Un altro degli elementi noti a chi si occupa del fenomeno è che la violenza contro le donne assume spesso le forme della violenza domestica. Eppure, ogni Pronto Soccorso è un luogo privilegiato perché la donna acquisti consapevolezza della violenza subita. Una consapevolezza che, se vuole, la può portare anche a intraprendere un difficile percorso di autonomia e fuoriuscita da una condizione di sopraffazione.

Il Modello SOSTegno Donna, illustrato in questo rapporto, si fonda su alcuni semplici principi: solo un approccio di genere favorisce l'orientamento della donna ai servizi - in modo rispettoso della sua autodeterminazione - e solo con l'attento ascolto della donna è possibile far emergere il sommerso e limitare, con tutte le azioni di presa in carico che il Modello prevede, lo spazio di controllo che l'aggressore, tra le mura di casa, ha sulla donna (e spesso non solo su di lei, se si tratta di una madre che subisce violenza con i suoi figli).

Non era tra gli scopi di questo rapporto analizzare tutti i modelli ed approcci esistenti per la presa in carico delle donne vittime di violenza. Da quelli che ne negano di fatto la specificità, trattandola genericamente come violenza altrui, a quelli che assimilano la donna a uno dei soggetti vulnerabili (anziani, bambini ecc.). I diversi modelli evidenziano comunque differenti gradi di maturazione nei servizi ospedalieri della consapevolezza che la violenza maschile contro le donne debba essere affrontata con una prospettiva di genere. Nell'ultima Legge di Stabilità (dicembre 2015) il Parlamento ha affidato al Governo il compito di definire Linee guida per la presa in carico delle donne vittime di violenza all'interno dei servizi sanitari, indagando i vari modelli presenti in Italia. Questo rapporto intende pertanto contribuire alla definizione di tali Linee guida.

Il Modello SOSTegno Donna che qui analizziamo, portandolo alla attenzione della politica, di operatori e operatrici di settore, di cittadini e cittadine, affronta il nodo culturale della violenza di genere, mostrando che non esistono scorciatoie per contrastare la violenza contro le donne e assisterle quando chiedono aiuto. Servono un progetto culturale chiaro e politiche e pratiche coerenti che affrontino le radici culturali della violenza, ascoltando prima di tutto la donna e favorendone una graduale presa di coscienza. Il Modello SOSTegno Donna può costituire pertanto un'ottima esperienza per favorire il varo di politiche sanitarie che siano in grado di dare protezione alle donne riconoscendo la specificità della violenza subita.

Marco Chiesara
Presidente WeWorld

Il contesto

1.1 I dati sulla violenza di genere in Italia

Il 13 giugno 2013 l'Italia ha ratificato la Convenzione in materia di prevenzione e contrasto della violenza sulle donne - chiamata comunemente **Convenzione di Istanbul** - riconoscendo la violenza sulle donne come una violazione dei diritti umani e forma di discriminazione, e impegnandosi concretamente a prevenire e contrastare il fenomeno.

Alla ratifica della Convenzione è seguito il varo del **Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere**¹ che, seppur con i suoi limiti e criticato da più parti, rappresenta un segnale di interesse da parte delle istituzioni per il contrasto alla violenza contro le donne². In parallelo, negli ultimi anni il problema della violenza di genere è emerso in maniera forte nei discorsi pubblici e nella percezione sociale, in parte per il drammatico effetto creato dai c.d. femminicidi.

I dati, in effetti, continuano ad essere allarmanti. Seppure in lieve calo dal 2006 ad oggi, il numero di donne che hanno subito uno o più atti di violenza nel corso della propria vita è di 6 milioni e 788 mila (31,5% della classe di età tra i 16 e i 70 anni; erano il 31,9% nel 2006). Di queste, il 20,2% ha subito violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi come stupri e tentati stupri³.

Rispetto al 2006 **sono aumentati gli episodi più gravi**: le violenze (da partner o ex partner) che hanno causato ferite sono passate dal 26,3% dei casi al 40,2%, e le donne che hanno temuto per la propria vita sono aumentate dal 18,8% al 34,5%.

Il problema coinvolge anche i bambini e le bambine: nel 65% dei casi di violenza, i figli hanno assistito all'episodio violento nei confronti della propria madre (erano il 60% nel 2006).

I dati, quindi, sono ben poco incoraggianti e mettono in luce come il problema della violenza di genere sia diffuso e grave. Si registrano alcuni timidi segnali di miglioramento non tanto nel numero degli episodi di violenza quanto nella maggiore consapevolezza da parte delle donne - specie delle più giovani - e una maggiore propensione a chiedere aiuto. Le donne infatti usufruiscono maggiormente dei servizi a loro disposizione (dal 2,4% al 4,9%), denunciano di più (dal 6,7% al 11,3%) e dichiarano di avere più fiducia nelle forze dell'ordine (dal 9,9% al 28,5%).

A loro volta sono aumentati gli investimenti della società civile, che sono passati da 6 milioni di euro nel 2013 a 12 milioni di euro circa nel 2014⁴. È un segno di un aumento di sensibilità al problema, ma si tratta un numero ancora irrisorio, se paragonato ai **17 miliardi l'anno** (come emerge dalla indagine di WeWorld *Quanto Costa il Silenzio*⁵) di **costo della violenza sulle donne nel nostro Paese**.

1.2 L'attuazione della Convenzione di Istanbul

La Convenzione di Istanbul promuove l'adozione di un modello integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne in cui vengano coinvolti "tutti i soggetti pertinenti, quali le agenzie governative, i parlamenti e le autorità nazionali, regionali e locali, le istituzioni nazionali deputate alla tutela dei diritti umani e le organizzazioni della società civile" (comma 3, art. 7, cap. II), al fine di dare una risposta globale al problema.

La Convenzione pone tra i suoi obiettivi quello di "contribuire a eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne" (comma 1, art. 1, cap. I).

L'analisi del consistente corpus legislativo delle Regioni italiane⁶ evidenzia che a livello locale sono state adottate leggi che riconoscono la violenza contro le donne come una violazione dei diritti umani e pongono al centro la lotta contro le discriminazioni, anche se dall'emanazione della leggi all'implementazione delle politiche sembra che ancora il cammino sia molto lungo.

Il fatto che tutte le Regioni abbiano legiferato non implica che sia stato creato un corpus di programmi, coerente con la Convenzione di Istanbul, per intervenire in tutti gli ambiti toccati dal fenomeno: prevenzione, protezione e sostegno⁷.

Alcune esperienze regionali vanno in direzioni divergenti da quella indicata dalla Convenzione di Istanbul, e come vedremo, da quella indicata dalle Linee Guida dell'OMS. Un sintomo di

ciò, l'emendamento inizialmente proposto alla Legge di stabilità 2016 volto a tutelare le persone appartenenti alle fasce della popolazione cosiddette "vulnerabili"⁸. L'emendamento, che poi è stato profondamente rivisto e che è sfociato nei ben diversi art. 790 e 791, annoverava le donne in una generica categoria di "soggetti vulnerabili", esplicitando una percezione della violenza di genere ben lontana dalla Convenzione di Istanbul.

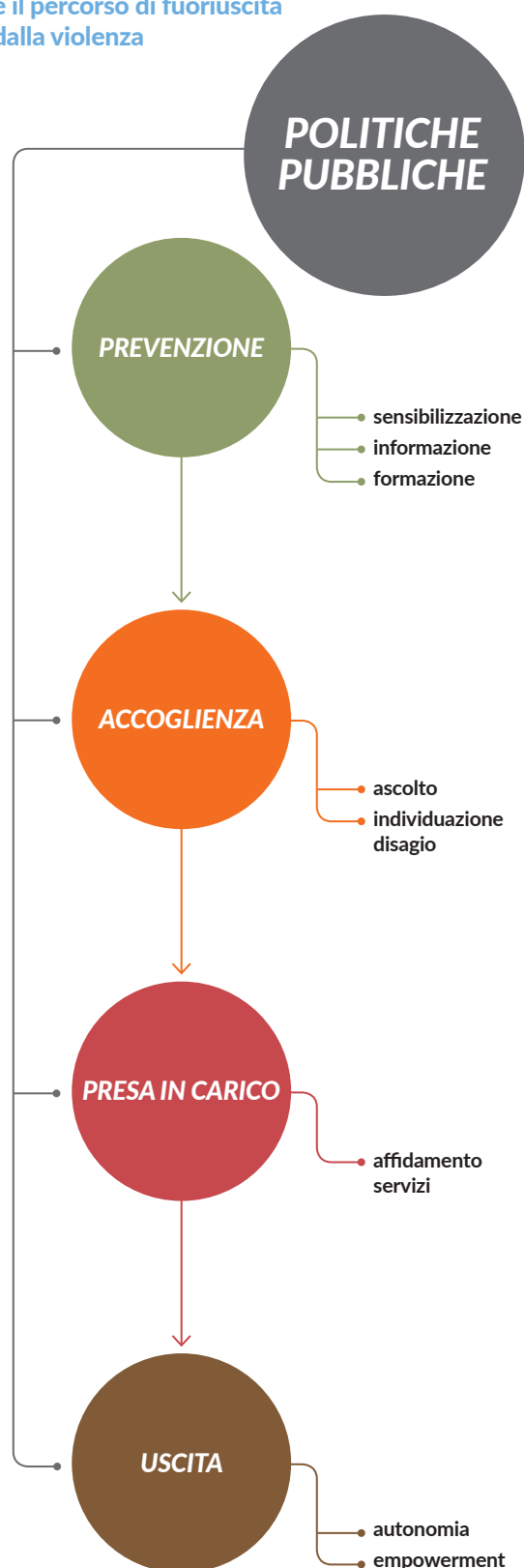
Nelle sue premesse la **Convenzione riconosce infatti che "la violenza contro le donne è una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione"** e che "la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini".

Liquidare il problema della violenza di genere con un emendamento che si propone di tutelare le fasce deboli della popolazione è in contraddizione con la Convenzione di Istanbul e, elemento ancor più grave, sottovaluta il fatto che la violenza contro le donne sia un problema sociale profondamente radicato nella nostra cultura e che richiede un cambio di paradigma. L'invito ad adottare politiche globali e coordinate contenuto nell'art.7 della Convenzione viene colto in maniera ambigua e incompleta dall'emendamento stesso che delineava una governance composta solo da alcuni dei numerosi soggetti pubblici e privati che si occupano di violenza contro le donne.

Al contrario, come peraltro già in atto in molti territori italiani, la **Convenzione auspica l'individuazione di una strategia condivisa per il contrasto della violenza sulle donne e l'adozione di un approccio multidisciplinare e integrato**. Nella Convenzione si riconosce la necessità di azioni coordinate tra tutti gli attori a vario titolo coinvolti nella presa in carico delle vittime, di finanziamenti adeguati per la prevenzione e il contrasto del fenomeno, nonché per il sostegno alle vittime e lo sviluppo dei servizi a loro dedicati (si veda fig. *L'ottica di sistema* a lato). Questa partnership dovrebbe includere istituzioni giuridiche, assistenziali, economiche, di ricerca, culturali, pubbliche e del privato sociale, il terzo settore, le associazioni di donne e i Centri antiviolenza, in modo da formare una rete interistituzionale in grado di dare risposte concrete e globali a un problema così complesso.

L'ottica di sistema

Le politiche pubbliche e il percorso di fuoriuscita dalla violenza



1.3 Le Linee Guida cliniche dell'OMS per il contrasto alla violenza di genere

Altrettanto importanti della Convenzione di Istanbul sono le Linee Guida OMS⁹. La presa in carico delle donne da parte delle istituzioni coinvolte nella rete non deve essere intesa come un intervento calato dall'alto, che vittimizzi le donne e le appiattisca a fruitrici di servizi a loro dedicati, ma deve favorire "l'autonomia decisionale della donna", offrendo "cure centrate sulle donne e decisioni condivise", come delineato nelle Linee Guida dell'OMS. Autonomia della donna peraltro già ripresa dalla Convenzione di Istanbul la quale auspica che si adottino "le misure necessarie per promuovere programmi e attività destinati ad aumentare il livello di autonomia e di emancipazione delle donne" (comma 6, art. 12, cap. III).

Le Linee Guida dell'OMS sono un riferimento importante per la messa a sistema di un modello che risponda ai complessi bisogni di salute delle donne vittime di violenza. L'obiettivo delle Linee Guida è quello di fornire indicazioni riguardo alle corrette azioni da mettere in atto per rispondere ai molteplici bisogni delle donne vittime di violenza, e di sensibilizzare operatori e decisori politici e istituzionali al problema.

Sono quindi uno strumento prezioso, specie per i professionisti sanitari, perché permettono di accrescere la loro consapevolezza sul fenomeno, sviluppare modalità di risposta appropriate all'interno del servizio e avere a disposizione numerose indicazioni su come agire nei confronti di una vittima di violenza.

Gli operatori sanitari sono infatti le prime figure professionali con cui le donne entrano in contatto, che forniscono il primo soccorso, accolgono le loro richieste (più o meno esplicite) e favoriscono l'emersione della violenza. Per questo motivo l'OMS ritiene fondamentale la formazione dei professionisti sanitari: per accogliere e prendere in carico le vittime di violenza sono necessarie competenze - almeno quelle di base - di tipo psicologico-relazionale, legale e forense, e clinico-assistenziale (Raccomandazioni 30, 31, 32, 33). I programmi formativi rivolti agli operatori sanitari dovrebbero mirare a fornire una preparazione adeguata per identificare e approcciare le eventuali vittime di violenza, avviare le procedure di primo intervento, ma anche attivare i servizi e le strutture esterni a quelli sanitari.

1.4 Il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere

In Italia una risposta più strutturata al problema da parte delle istituzioni è avvenuta solo nel 2015 con il varo del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere. Il Piano rispondeva a un obbligo derivante dalla Legge del 15 ottobre 2013, n. 119 e dalla ratifica della Convenzione di Istanbul, ma anche dalla necessità di rispondere a una esigenza di governance complessiva, in un contesto italiano caratterizzato dall'esistenza di molteplici strategie e programmi regionali che, seppur spesso significativi e avanzati, richiedevano un raccordo nazionale e la messa a sistema di un modello unitario.

Pur avendo ricevuto diverse critiche da più parti, il Piano presenta alcuni elementi di potenzialità¹⁰. In particolare si può apprezzare il tentativo di delineare un sistema integrato, con un'architettura forte, che dia un indirizzo effettivo a livello nazionale e che garantisca una certa uniformità delle azioni su tutto il territorio, in termini sia di prevenzione sia di contrasto al fenomeno. O ancora, si valuta positivamente l'obiettivo di monitorare il fenomeno attraverso un "sistema integrato di raccolta ed elaborazione dati", per una maggiore conoscenza del problema e per un'elaborazione più puntuale di politiche coerenti.

Sono anche apprezzabili le premesse su cui si basa il Piano, che riprendono concetti già esplicitati dalla Convenzione di Istanbul o dalle Linee Guida dell'OMS, come l'individuazione della matrice della violenza nei rapporti diseguali tra uomini e donne, la necessità di azioni sinergiche e multilivello,

l'importanza della prevenzione e delle sensibilizzazione, l'esigenza di adottare un'ottica di *empowerment* femminile.

Il Piano tuttavia presenta anche alcuni elementi di debolezza e criticità. Propone infatti alcune linee d'indirizzo per diverse questioni (comunicazione, formazione, educazione, soccorso, etc.) ma non illustra in modo dettagliato e puntuale quali strategie intraprendere, rimanendo quindi su un piano alquanto generico.

La centralità dell'azione di emersione della violenza al Pronto Soccorso: verso linee guida nazionali

1.5

L'assenza di un modello operativo di intervento è particolarmente critica nel caso del soccorso e dell'assistenza alle vittime di violenza. Un ambito d'azione fondamentale - e che richiede un'attenzione specifica - nel quale WeWorld è impegnata da anni in collaborazione con alcuni importanti Pronto Soccorso ospedalieri di tre città: Roma, Genova e Trieste.

Come già menzionato, **il contesto sanitario è il primo luogo in cui la vittima di violenza entra in contatto con figure professionali** e dove, a seconda delle capacità e sensibilità di operatori/trici, è possibile far emergere per la prima volta il fenomeno e prendere in carico la donna.

L'emersione della violenza al Pronto Soccorso, l'assistenza alle vittime e la loro presa in carico sono quindi azioni fondamentali che necessitano di essere sistematizzate in un modello d'intervento, che faccia riferimento ai principi, alle linee guida e alle raccomandazioni della Convenzione di Istanbul e dell'OMS. Un Piano antiviolenza "ordinario" nazionale non può prescindere da queste considerazioni e deve necessariamente fare esplicito riferimento ai documenti citati.

Un passo importante in questa direzione è contenuto nella citata Legge di Stabilità 2016, che istituisce *"nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza», con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking). All'istituzione del Percorso di tutela delle vittime di violenza si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste a legislazione vigente"* (comma 790).

Si riconosce quindi la centralità dell'azione di emersione della violenza al Pronto Soccorso e si delinea la necessità di alcune linee guida volte a rendere operativo il "Percorso di tutela delle vittime di violenza" all'interno delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

La Legge di Stabilità aggiunge che *"l'attuazione delle linee guida avviene attraverso l'istituzione di gruppi multidisciplinari finalizzati a fornire assistenza giudiziaria, sanitaria e sociale, riguardo ad ogni possibile aspetto legato all'emersione e al tempestivo riconoscimento della violenza e a ogni tipo di abuso commesso ai danni dei soggetti di cui al comma 790, garantendo contestualmente la rapida attivazione del citato Percorso di tutela delle vittime di violenza, nel caso in cui la vittima intenda procedere a denuncia, e la presa in carico, da parte dei servizi di assistenza, in collaborazione con i centri antiviolenza"* (comma 791). **Si ribadisce quindi l'importanza di un modello integrato, basato su meccanismi di cooperazione tra i diversi attori coinvolti, che fornisca protezione e sostegno alle vittime di violenza sotto vari aspetti, da quello sanitario a quello giuridico, sociale, economico, psicologico.** Un modello già auspicato dalla Convenzione di Istanbul, che nel Cap. IV (Protezione e sostegno) delinea una serie di obblighi, azioni e servizi centrali per la presa in carico delle vittime, che dovrebbero essere messi a sistema in un ipotetico modello nazionale.

Si tratta peraltro di azioni e strategie che in diverse Regioni italiane sono da tempo praticate (in tutto o in parte) e che, se sistematizzate in un modello d'intervento globale, possono diventare linee guida nazionali.

1.6 L'intervento nei Pronto Soccorso: dalla sperimentazione alla definizione di un modello

A questo riguardo, le esperienze maturate all'interno dei Pronto Soccorso degli Ospedali San Camillo-Forlanini di Roma, Galliera di Genova e ASUI di Trieste che collaborano con WeWorld costituiscono alcune buone pratiche che possono diventare un modello d'intervento efficace, sia per i risultati raggiunti in questi anni (quasi 1.000 donne accolte) sia per i già richiamati principi ispiratori e strategie operative (Convenzione di Istanbul e Linee Guida dell'OMS), che in questi contesti sanitari sono stati messi a sistema.

Infatti, nelle Aziende Ospedaliere di Roma, Genova e Trieste gli Sportelli SOStegno Donna, in collaborazione con i Pronto Soccorso, offrono supporto alle vittime di violenza, assumendo in tal modo il ruolo di "centri di prima assistenza adeguati, facilmente accessibili e in numero sufficiente", che possono "proporre una visita medica e una consulenza medico-legale, un supporto per superare il trauma e dei consigli" (come indicato nell'art.25 della Convenzione di Istanbul).

Oltre a ispirarsi alla Convenzione (e in particolare al Cap. IV), i Pronto Soccorso e gli Sportelli SOStegno Donna hanno fatto proprie le Linee Guida dell'OMS, adottando un approccio gender oriented, offrendo un supporto sia nell'immediato sia nel medio-lungo periodo e formando figure specializzate gender-sensitive.

Le azioni e le strategie messe in atto in queste realtà possono quindi assurgere al ruolo di modello per il "Percorso di tutela delle vittime di violenza" previsto dalla Legge di Stabilità. La centralità dell'azione del Pronto Soccorso, le modalità d'azione degli operatori sanitari e sociali, la loro integrazione e interazione continue, la loro formazione gender oriented, le reti territoriali coinvolte e la possibilità di fornire alle donne un supporto completo (sanitario, psicologico, sociale, giuridico ed economico assieme) sono gli elementi caratterizzanti del Modello SOStegno Donna, un Modello risultato altamente efficace nel sostenere le vittime e contrastare la violenza di genere.

note

¹ Il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere (articolo 5 del decreto legge n. 93 del 14 agosto 2013, convertito nella legge n. 119/2013) è stato adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015 e registrato dalla Corte dei Conti il 25 agosto 2015.

² Si veda il Commento di WeWorld al Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, <https://www.weworld.it/piano-dazione-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere/WeWorld>

³ Istat (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, <http://www.istat.it/it/archivio/161716>

⁴ WeWorld (2015), *Rosa Shocking 2. Violenza e stereotipi di genere: generazioni a confronto e prevenzione*, <https://www.weworld.it/pubblicazioni/2015/Rosa-Shocking-2/index.html>

⁵ WeWorld (2013), *Quanto costa il silenzio? Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne*, https://www.weworld.it/pubblicazioni/2013/QuantoCostaIlSilenzio_SHORT/index.html

⁶ WeWorld (2015), *Diritti contro la violenza. Le leggi regionali sulla violenza contro le donne. Analisi comparata*, <https://www.weworld.it/pubblicazioni/2015/Diritti-contro-la-violenza/index.html>

⁷ Ibid. (2015).

⁸ Si tratta dell'emendamento 451 bis e 451 ter alla legge di Stabilità 2016 detto Percorso tutela vittime di violenza, proposto dalla deputata Fabrizia Giuliani e altri 13 cofirmatari, disponibile on line al seguente link <http://www.camera.it/leg17/824?tipo=A&anno=2015&mese=11&giorno=26&view=&commissione=02>

⁹ WHO (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>. Traduzione italiana a cura di G. De Girolamo e Patrizia Romito, disponibile allo stesso link

¹⁰ Commento di WeWorld al Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, <https://www.weworld.it/piano-dazione-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere/>

***Il Modello
SOStegno Donna***

2 Il Modello SOStegno Donna

Il Modello SOStegno Donna di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza nei confronti delle donne ha la finalità di favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere e sostenere le donne vittime di violenza nei reparti di Pronto Soccorso.

Il Modello SOStegno Donna prevede un **percorso di presa in carico, di cura e assistenziale** mediante un intervento interdisciplinare (infermiere, medico, operatrice specializzata antiviolenza) per le donne che accedono al Pronto Soccorso per maltrattamenti psicologici e/o fisici e/o sessuali perpetrati all'interno di rapporti intimi, familiari e amicali, nonché da sconosciuti. È volto quindi a intercettare anche e soprattutto la violenza relazionale, che spesso è silenziosa e "invisibile", confonde e intreccia aspetti affettivi e aggressivi/invasivi, comportando l'umiliazione e l'annullamento della libertà di "essere", di esprimersi e di crescita, così come l'individualità della donna che ne è vittima. Si tratta di un **Modello che adotta un approccio gender sensitive**, ovvero che tiene conto delle discriminazioni contro le donne e quindi attento alle questioni di genere. Nel pieno rispetto delle Linee Guida dell'OMS¹¹, il modello adotta un approccio di "**cure centrate sulle donne e decisioni condivise**" che tuteli la "**dignità e autonomia decisionale della donna**".

Il sostegno offerto dal modello pone dunque al centro la donna e la sua autonomia decisionale: le si offre un **percorso di accompagnamento** nel quale le si propone di co-costruire un progetto di tutela dalla violenza e di *empowerment* della donna. Si tratta di un sostegno che si attua nel medio/lungo termine – non un'accoglienza estemporanea – all'interno di un **percorso protetto, dedicato ed esclusivo, con un ottica di genere** e consapevole del fatto che, per la stragrande maggioranza, le donne che accedono al servizio non hanno ancora maturato la decisione di interrompere le relazioni violente.

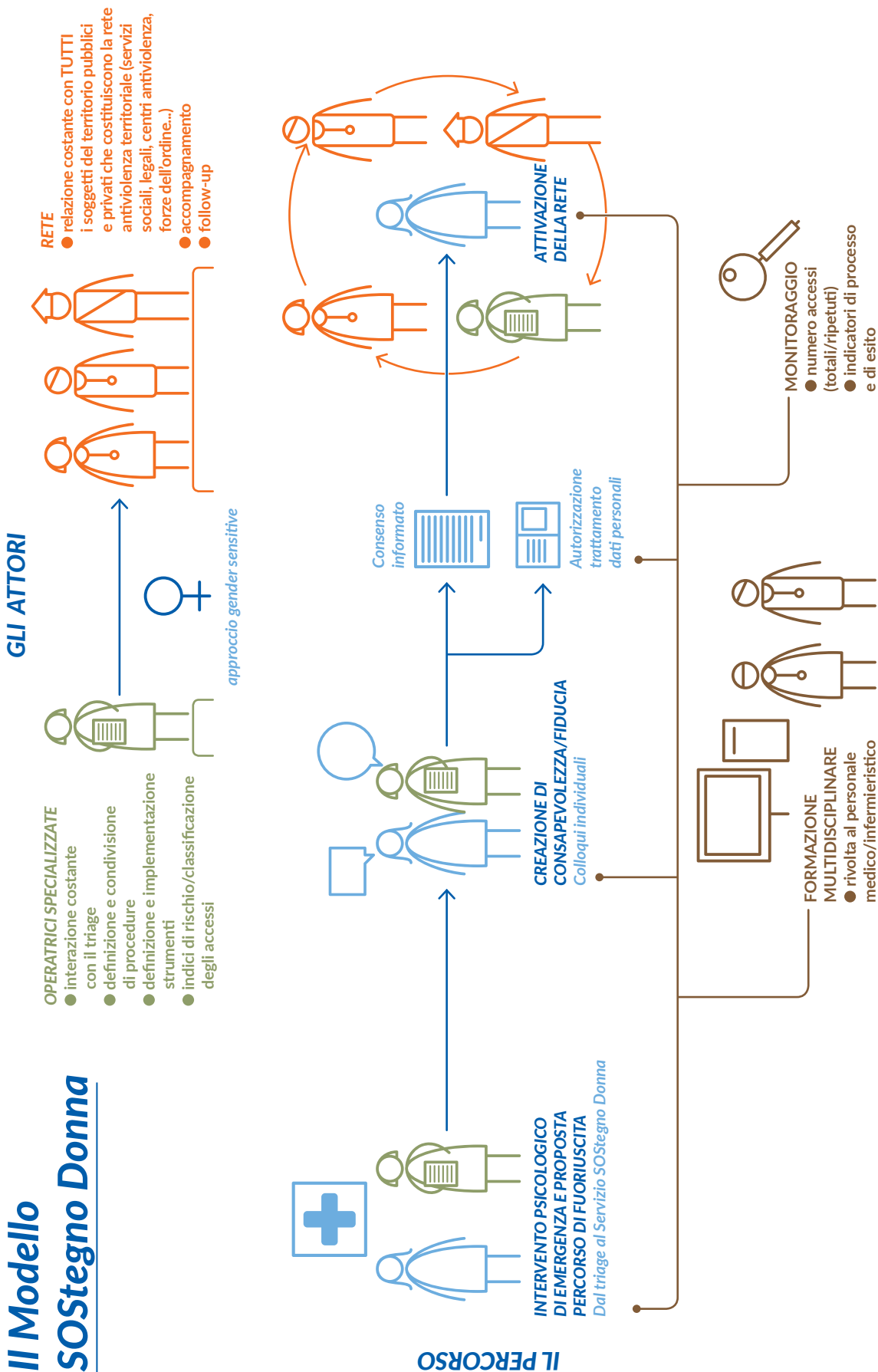
Poiché la presa in carico avviene attraverso il Pronto Soccorso, primo sistema formale di cura cui le donne che subiscono violenza si rivolgono, **il Modello SOStegno Donna si fonda sulla capacità di coniugare intervento sociale e sanitario**. Si tratta di un'operazione non banale, soprattutto quando il servizio sanitario in questione è il Pronto Soccorso, un contesto fortemente connotato dall'emergenza, dal sintomo e dal carico emotivo, la cui complessità organizzativa e assistenziale richiede la collaborazione di differenti figure professionali in tempi spesso veloci e dinamici, e dove è difficile trovare spazio per la presa in carico e l'ascolto.

Operare questo lavoro di sintesi richiede **competenza e capacità di mediazione, adattamento e innovazione**; è un'azione complessa perché i due setting - sanitario e sociale - hanno modelli, logiche di intervento e culture profondamente diverse. Il primo opera secondo un modello biomedico, centrato sulla diagnosi e sulla gestione del sintomo, tende ad attenersi a protocolli, e nel rapporto con il problema dell'utente è alla ricerca di invarianze che sostengano le scelte operative attuate. L'intervento sociale punta ad una visione più complessa della persona, e orienta maggiormente verso un **modello biopsicosociale**, che segue protocolli d'azione condivisi ma punta a cogliere la soggettività dell'individuo, a raccogliergli la storia, a dedicare tempo all'accoglienza, all'ascolto, alla progettazione condivisa. Per riuscire a **coniugare intervento sociale e sanitario** è quindi fondamentale la presenza di **figure specializzate** che assieme definiscano e condividano modalità, procedure e strumenti.

Un servizio di **accoglienza specifica**, dunque, **attivo e attivabile H 24, 7 giorni su 7**, che lavori in sinergia con il personale medico-infermieristico senza sovrapposizioni e senza la necessità che questi si facciano carico del percorso di accompagnamento e presa in carico, ovvero anche - qualora necessario - del contenimento e supporto emotivo. Un servizio che sia parte integrante dell'offerta assistenziale dell'azienda ospedaliera, ma che mantenga la sua specificità e peculiarità in grado di coniugare quella sintesi di approcci sanitario e sociale sopra enucleata.

Ulteriore peculiarità del Modello SOStegno Donna è la **relazione costante** con tutti i soggetti del territorio pubblici e privati che costituiscono la **rete antiviolenza territoriale**. Il percorso di fuoriuscita da situazioni di violenza deve essere accompagnato dalla costante interazione tra i diversi enti e servizi che a vario titolo possono fornire supporto e sostegno, anche pratico, alla donna e a eventuali minori presenti (Centri antiviolenza, forze dell'ordine, tribunale, consultori, ecc.).

Il Modello SOStegno Donna



2.1 Le figure specializzate

Il Modello SOStegno Donna prevede la presenza all'interno del Pronto Soccorso di operatrici debitamente formate sul tema della violenza contro le donne. Operatrici anti violenza dunque, psicologhe affiancate da altre figure professionali - le assistenti sociali - in grado di accogliere la donna e indirizzarla ai servizi del territorio. A seconda del contesto, delle necessità di volta in volta emergenti e della specifica situazione, tali figure possono essere affiancate da mediatrici culturali e/o educatrici professionali.

Tutte le operatrici devono avere una formazione relativa all'approccio con le donne che hanno esperito situazioni di maltrattamento, violenza fisica, sessuale, psicologica, economica, stalking, e devono aver maturato esperienza in servizi che si occupano di violenza di genere. Queste figure specializzate vanno coadiuvate da una coordinatrice che ha il ruolo centrale di monitorare e coordinare l'operato di ognuna e del gruppo di lavoro nel suo complesso, e di interloquire e fare da interfaccia dentro e fuori la struttura ospedaliera. La coordinatrice si incontra periodicamente con le operatrici in modo da condividere la prassi operativa generale, le criticità emerse in specifiche situazioni, il rapporto con il personale medico-infermieristico e il vissuto di ciascuna.

La condivisione all'interno del gruppo di lavoro di ogni specifica situazione e delle scelte effettuate per dare risposta ai bisogni di volta in volta emergenti è fondamentale per promuovere una linea operativa uniforme e ben definita.

Le operatrici specializzate sono inoltre in **costante contatto e interazione con il personale medico-infermieristico**, con il quale devono essere co-costruite e condivise procedure e strumenti. Come si vedrà nel prossimo paragrafo, il personale ospedaliero - e in particolare l'**infermiere di triage** - ha un ruolo fondamentale nel garantire il passaggio dal Pronto Soccorso allo Sportello SOStegno Donna: l'invio della donna allo Sportello dipende in prima istanza dalla sua capacità e sensibilità ad accogliere la persona nel modo adeguato, o a cogliere i segni della violenza quando questi vengono nascosti dalla donna. Per questo motivo è essenziale che anche il personale sanitario riceva una formazione multidisciplinare sul tema della violenza di genere (si veda par. 2.7).

2.2 L'interazione costante con il triage

Il personale infermieristico del triage rappresenta il primo contatto, e talvolta l'unico, che la donna ha con la struttura di Pronto Soccorso. Svolge quindi una funzione molto importante perché la sua parola e il suo atteggiamento possono consentire alla donna di affidarsi con fiducia all'istituzione a cui si è rivolta. La fiducia è ciò che consente lo sviluppo del transfert, meccanismo in cui la donna suppone un sapere nell'altro che la possa aiutare senza formulare un giudizio.

Il personale infermieristico di triage deve essere in grado di riconoscere i casi di violenza fisica/maltrattamento, soprattutto laddove la donna non dichiara l'avvenuta aggressione. Non deve indagare cosa è successo, non deve fare nessuna forzatura ma solo accogliere e indirizzare la donna in tutti i casi di violenza, siano essi conclamati, accertati o sospetti.

Per questo motivo, particolare attenzione va dedicata al coinvolgimento attivo del personale di triage nel percorso SOStegno Donna e va rafforzata e curata una relazione costante tra questo e le operatrici del Servizio, affinché il personale possa essere debitamente informato e sensibilizzato sul problema in un'ottica di genere.

Il personale medico e infermieristico si occupa di verificare quali sono e di quale entità i danni fisici subiti dalla donna ma è anche formato ad un ascolto sensibile necessario a trattare il corpo come rispondente anche a traumi di natura psicologica/emotiva. **Spesso - ma soprattutto nei casi in cui la violenza viene negata - è il corpo che parla per primo, attraverso i segni che la violenza lascia.**

In questa fase, è fondamentale che l'operatore sanitario abbia approfondito i meccanismi della violenza di genere, sia ben lontano dal praticare approcci giudicanti, vittimizzanti, rivittimizzanti, eterodirettivi, sminuenti. Di più: è fondamentale che sia stato guidato, sia pure in maniera non invasiva, a esaminare la propria percezione dei rapporti tra i generi.

Prima della visita medica o subito dopo il personale ospedaliero è tenuto a compilare la cartella

clinica informatizzata. **La cartella clinica di Pronto Soccorso informatizzata** è fondamentale perché riporta informazioni sullo stato di salute e condizioni generali della donna, quali: modalità di arrivo in PS, tipo di violenza riferita, aggressore noto o sconosciuto ecc. Questa scheda è accessibile soltanto al personale del Pronto Soccorso e pertanto è visualizzabile soltanto in modalità informatizzata e non cartacea, per tutelare la segretezza (privacy) della donna al momento della consegna della documentazione clinica cartacea. Spesso, infatti, la donna viene accompagnata al Pronto Soccorso dal suo maltrattante o è comunque soggetta al suo controllo.

La scheda deve essere compilata obbligatoriamente dall'infermiere di triage, sia nei casi di dichiarata violenza, sia in quelli di violenza sospetta, con la finalità di registrare i casi di violenza e monitorare (si veda par. 2.8) gli accessi ripetuti in PS da parte delle donne. Ciò consente al personale medico-infermieristico di PS di poter individuare prontamente nei successivi accessi - anche quelli con problema principale riferito a patologie cliniche diverse dal trauma - i casi di violenza di genere e di attivare il percorso dedicato.

In caso di violenza sospetta e/o dichiarata, infatti, **l'infermiere di triage procede a verificare eventuali precedenti accessi e ad attivare lo Sportello SOStegno Donna per un primo colloquio con la donna**. L'operatrice propone un primo spazio di ascolto e un primo percorso di consapevolezza e fuoriuscita dalla situazione di violenza. Il percorso proposto vede un minimo di 3 colloqui che vanno previsti e commisurati ai bisogni della donna (si veda par. 2.5).

In questa fase è importante l'interazione costante e la condivisione di informazioni e procedure tra tutti gli operatori/trici coinvolti (infermiere di triage, personale medico, operatrici). A questo scopo il Modello SOStegno Donna promuove l'attivazione di un **Protocollo aziendale nelle strutture ospedaliere** (es. in Appendice I) che metta a sistema lo Sportello SOStegno Donna e che fornisca a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso riferimenti chiari e precisi circa fasi, modalità, responsabilità e obblighi normativi. È infatti essenziale che procedure e strumenti siano ben definiti e condivisi.

Classificazione degli accessi e indici di rischio/indicatori di violenza sospetta

2.3

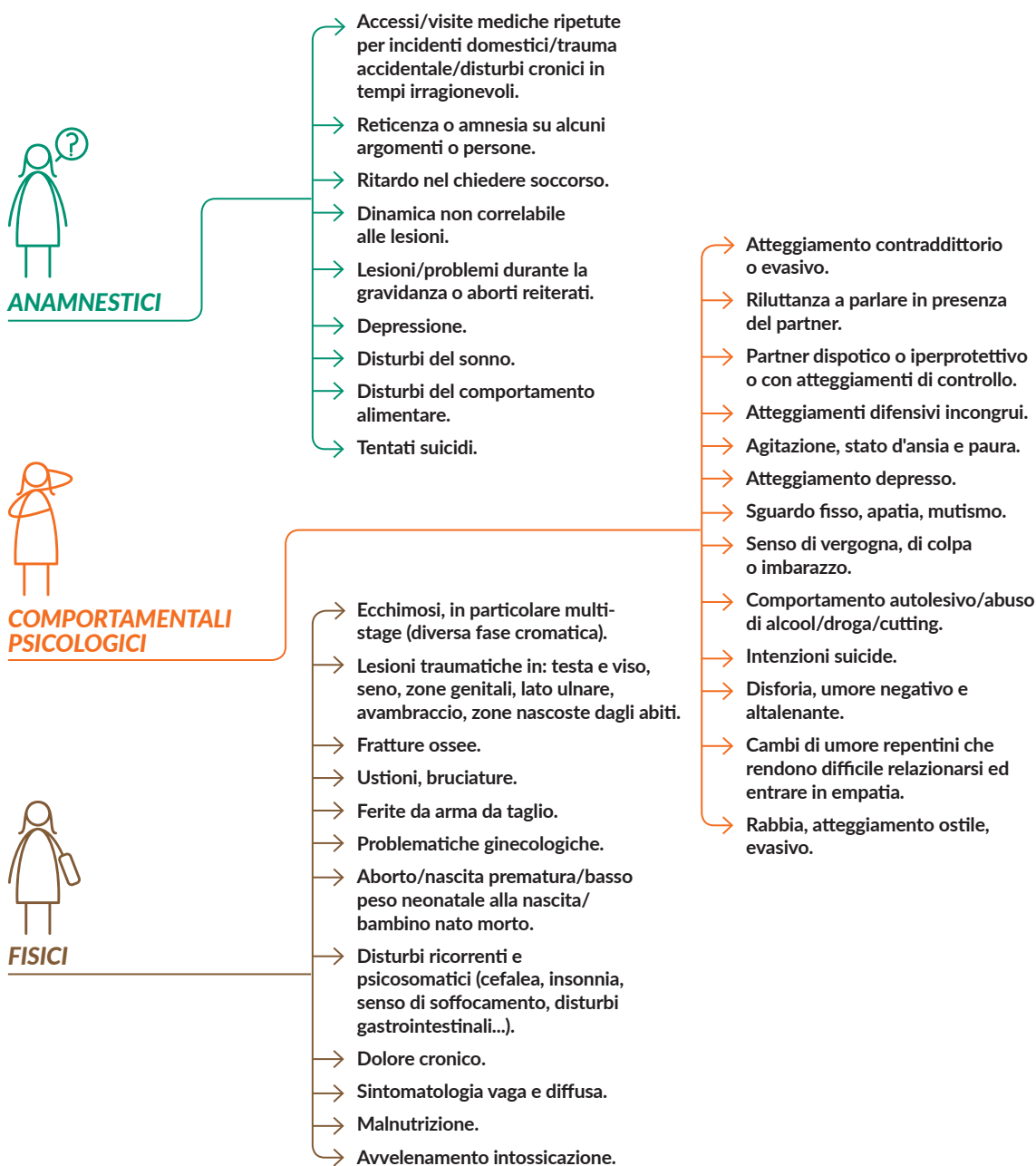
Il Modello SOStegno Donna prevede che i casi di violenza dichiarata o sospetta debbano essere identificati in maniera immediata e rapida nel sistema informatizzato del Pronto Soccorso.

La segnalazione può essere fatta in diversi modi, ma è importante che tale modalità sia condivisa da tutti gli operatori/trici. Nel modello SOStegno Donna i casi di violenza conclamata o sospetta devono essere bene identificati, siano essi registrati nella Cartella clinica informatizzata con la scheda specifica "violenza di genere" o siano essi indicati con un simbolo identificativo da introdurre nel sistema che compare nella schermata visibile a tutti gli operatori che vi hanno accesso (e soltanto a loro) e che riepiloga tutti i casi in carico al presidio in un dato momento, permettendo un monitoraggio reciproco degli stessi.

Il modello SOStegno Donna non interviene sulla modalità in cui vengono classificati gli accessi, ma sull'importanza che tale modalità venga definita e condivisa, per permettere al personale ospedaliero di avere immediata consapevolezza del fenomeno della violenza di genere e individuare prontamente, attraverso il sistema informatizzato e il codice di identificazione, eventuali accessi ripetuti per violenza o cause ad essa connesse.

Tuttavia, si segnala in questa sede che il Modello - replicabile a livello nazionale - dovrebbe intervenire anche sulla classificazione degli accessi delle donne vittime di violenza: **si rileva infatti la necessità di introdurre un codice specifico all'interno del minimum data set ministeriale che consenta di scomporre la generica rilevazione "violenza altrui" per rilevare i casi specifici di violenza di genere**. Ai fini di monitoraggio del fenomeno a livello regionale e nazionale e della comparabilità del dato, è necessaria e utile la creazione di una scheda ad hoc con indicatori identici per tutte le realtà ospedaliere e un codice ad hoc relativo ai casi di violenza di genere da affiancare alle classificazioni già in uso tramite i codici alfa numerici ICD9CM e relativi alla nomenclatura delle diagnosi e delle procedure terapeutiche.

Il personale medico-infermieristico ha a disposizione **una griglia di indicatori anamnestici, comportamentali/psicologici e fisici** di cui avvalersi per facilitare l'identificazione e la gravità della violenza:



2.4 Attivazione del Servizio SOSTegno Donna

L'attivazione del Servizio SOSTegno Donna avviene su chiamata/indicazione dal personale medico-infermieristico in tutti quei casi in cui la donna che giunge al Pronto Soccorso dichiara di avere subito violenza da partner, ex partner, familiare o sconosciuto. Lo stesso avviene per quelle donne che, pur dichiarando altra causa, manifestino elementi di sospetto che lasciano presupporre che siano o siano state vittime di violenza. Il medico e/o l'infermiere che accolgono il racconto della donna o che individuano elementi di sospetto che lasciano supporre la presenza di una storia di violenza, presentano alla donna il Servizio e propongono la possibilità di un colloquio con una operatrice del

Servizio. Questo avviene sia nel caso in cui l'accesso al PS sia direttamente collegato alla storia di violenza sia che questa emerga come uno dei dati raccolti dall'anamnesi condotta.

Si è già sottolineata l'importanza degli operatori sanitari in questa fase per favorire l'accesso della donna al Servizio.

Si riportano di seguito **le funzioni che l'infermiere di triage dovrebbe svolgere durante l'accoglienza della donna:**

- stabilire un legame relazionale con la donna ed eseguire una prima valutazione dello stato di salute al fine di assegnare, in caso di parametri stabili, il codice verde con priorità (tre asterischi);
- essere non giudicanti, ma supportivi e validanti rispetto a ciò che la donna dice¹²;
- garantire riservatezza e trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica, ma non intrusiva, eseguendo il triage e facendo entrare la persona in un luogo appartato, isolandola dall'accompagnatore (spesso il maltrattante);
- porre attenzione alla violenza non dichiarata/sospetta: in caso di violenza presunta, porre attenzione agli indici di violenza sospetta (anamnestici, comportamentali/psicologici, fisici) e verificare eventuali accessi precedenti della donna in Pronto Soccorso;
- non lasciare la donna in sala d'attesa e comunicare al medico quanto ascoltato sia in caso di violenza dichiarata sia di violenza sospetta;
- attivare lo Sportello per ridurre il tempo d'attesa alla presa in carico e per offrire tempestivo ascolto e supporto.

A sua volta il medico ha un ruolo fondamentale nel trasmettere fiducia, sicurezza e credibilità alla donna vittima di maltrattamenti.

Le funzioni del medico sono:

- effettuare una visita completa in un ambiente protetto e senza la presenza dell'accompagnatore;
- far emergere la violenza sospetta attraverso la rilevazione di indici di sospetto anamnestici, comportamentali e fisici e conseguente esecuzione di domande di approfondimento;
- compilare in maniera completa e dettagliata il verbale di dimissione;
- quando possibile, previa autorizzazione scritta della paziente, utilizzare documentazione fotografica;
- segnalare alle operatrici del Servizio la donna vittima di violenza sospetta o conclamata (se l'operatrice non è già stata coinvolta).

Una volta ipotizzata la probabile condizione di violenza subita, il personale ospedaliero coinvolge le operatrici specializzate per la presa in carico al Servizio SOStegno Donna.

Solo se la donna acconsente all'incontro, viene organizzato un colloquio con l'operatrice. Quest'ultima, prima di recarsi dalla donna, raccoglie le informazioni generali sull'accesso della persona e sui motivi che hanno determinato l'attivazione del Servizio. Si presenta quindi alla donna e accoglie la sua storia. Nella maggior parte dei casi, l'operatrice viene coinvolta sin da subito e chiamata nel luogo delle analisi/cure mediche. Tuttavia è possibile che si proceda prima con la visita medica e che solo poco dopo al donna venga accompagnata al Servizio. Anche in questo caso si tratta di modalità operative concertate tra personale infermieristico e medico di PS e le operatrici dello Sportello (si veda par. 2.5) con una valutazione che va declinata caso per caso.

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

2.4.1

I dati personali vengono registrati al triage e non sempre lo Sportello SOStegno Donna ritiene, soprattutto ai primi approcci, di chiedere alle donne di ripeterli. Sin dal primo incontro con la donna l'operatrice dello Sportello deve cercare di stabilire processi di empatia volti a instaurare un clima di collaborazione e di dare inizio a processi individuali di *empowerment*.

Proprio perché i dati personali non vengono registrati in fase di primo colloquio, **è importante che le operatrici dello Sportello possano accedere al sistema informatizzato di registrazione dei dati del Pronto Soccorso**, in modo da facilitare il passaggio delle informazioni.

Con il consolidarsi della relazione di aiuto, detti dati vengono registrati, per permettere l'espleta-

mento delle procedure specifiche di SOStegno Donna, ovvero l'accesso ai percorsi di sostegno psicosociale, e di consulenza e assistenza legale.

Questa prassi rende inoltre possibile un continuo monitoraggio tra i dati raccolti dal triage e quelli raccolti dallo Sportello. La documentazione raccolta dallo Sportello viene utilizzata per la compilazione di statistiche - anonime e su dati aggregati - che prendono in considerazione anche evidenze di tipo sociale ed ambientale (per es. occupazione della vittima di violenza e dell'autore di reato; relazione tra vittima e autore; presenza o meno di figli/e; situazioni di violenza pregresse, subite dallo stesso autore o da altro/i; tipologia della violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, stalking, maltrattamento) necessarie per un'analisi approfondita del fenomeno della violenza di genere.

2.4.2 CONSENSO INFORMATO

Avere il consenso informato da parte della donna vittima di violenza è un passaggio obbligato e che all'interno del Modello qui proposto va visto come rappresentativo e nodale del processo di creazione di consapevolezza per le donne accolte. Come nel caso dei dati personali, è preferibile sottoporre la compilazione dei moduli relativi all'espressione del consenso nel momento conclusivo del primo colloquio. Al termine del colloquio viene quindi sottoposta alla donna la relativa documentazione in cui, oltre a venire spiegate in forma scritta natura e finalità del Servizio (comunque già illustrati oralmente) viene esplicitata la normativa sul consenso informato. **Nel modulo la donna deve esprimere il consenso per ogni singolo atto e fase del percorso clinico assistenziale, di cui deve esprimere la propria volontà a sottoporvisi o meno.** Copia del consenso informato viene rilasciata alla donna.

Per sottolineare la centralità dell'autodeterminazione della donna nel decidere quale percorso intraprendere e per garantire trasparenza alle azioni che verranno effettuate, viene chiesto alla donna di firmare un altro documento in cui vengono elencati i servizi, se presenti, già coinvolti, e soprattutto quelli che si ha intenzione di coinvolgere per sostenerla nel prosieguo del suo percorso. Questi vengono presentati alla donna, qualora non li conoscesse (ad esempio il Centro antiviolenza) e le viene chiesta esplicita autorizzazione scritta affinché l'operatrice incaricata possa presentare la sua situazione.

Tale procedura è anche garante del passaggio delle informazioni agli enti che non rientrano nel servizio sanitario e che quindi sono titolati a ricevere dall'ospedale informazioni di tipo sanitario.

2.5 Il percorso con le donne: dalla presa in carico all'attivazione della RETE antiviolenza

Nella maggior parte dei casi l'operatrice affiancherà la donna nei tempi di attesa al PS, prima di essere visitata e/o tra una visita e la successiva. Infatti le tempistiche del PS, spesso molto lunghe, e il continuo affollamento potrebbero determinare la rinuncia, da parte delle donne, a un percorso ritenuto attendibile e necessario, ma oltremodo impegnativo, diventandone in qualche modo anche alibi. **La presenza al fianco della donna di un'operatrice conosciuta ai professionisti del triage determina invece nella donna la consapevolezza di poter contare su un contesto di accoglienza,** e ne placa le comprensibili ansie. Nei casi di violenza sessuale questo affiancamento si rivela assolutamente cogente.

In questo modo si riduce il rischio che la donna si allontani dal PS, le si alleggerisce l'attesa e si consente all'operatrice di tramutare quel tempo morto in un tempo di conoscenza e scambio, ponendo le basi per una relazione di fiducia che risulta fondamentale per la presa in carico della donna.

Questa modalità di gestione della presa in carico è indicativa di come il modello SOStegno

Donna riesca a coniugare approccio sanitario e sociale, attraverso una contaminazione e una sintesi tra le due logiche di intervento. **Le operatrici trasformano in potenzialità i tempi morti del PS e la spersonalizzazione ivi presente, dando valore a tutto il tempo che la donna passa nell'Ospedale** e a considerarlo un terreno di conoscenza da condividere con lei, senza procurarle ansie ulteriori (ad esempio, col porre da subito come imprescindibile la necessità che lei sporga denuncia). Passare del tempo con lei dando valore al tempo, questa è la formula.

In questa fase l'operatrice specializzata, nella figura della psicologa, consente di attuare una valutazione sullo stato emotivo della donna che aiuta lo stesso personale del PS a effettuare i successivi passaggi di cura. Si fa qui riferimento, in particolare, a quelle situazioni che possono caratterizzarsi per la presenza di sintomatologie cliniche legate a stati d'ansia acuti e/o post traumatici, rispetto ai quali le operatrici specializzate possono fornire elementi utili e indispensabili al percorso di cura.

Il primo colloquio, dunque, avviene in più fasi, contestualmente e successivamente alla visita medica nelle modalità di integrazione sopra esposte. **Importante risulta in prima battuta presentare alla donna il servizio che SOStegno Donna vuole svolgere e domandare se è interessata ad usufruirne**; fondamentale è domandare e non dare per scontato che la donna sia disponibile a fare subito un colloquio, senza forzature.

Successivamente al primo colloquio in PS, l'operatrice valuta l'opportunità di proseguire per altri incontri, nei quali, a partire dal trauma riportato, si approfondiranno le dinamiche della relazione violenta, le modalità della donna di affrontarle, le sue risorse, la sua implicazione soggettiva in ciò che le sta accadendo.

La finalità della presa in carico è offrire la possibilità alla donna di rielaborare i vissuti traumatici in modo da poterli integrare nella propria storia personale in forme e rappresentazioni connotate affettivamente.

Nel racconto delle donne, si evince infatti un appiattimento del vissuto, un'incapacità di mentalizzare e simbolizzare che invalida non solo le funzioni del pensiero, ma le stesse possibilità dell'ascolto psicologico, teso a favorire un percorso di autonomia del soggetto.

Per iniziare un percorso di uscita dalla violenza le donne non vanno sostenute a cercare una via di salvezza tentando di capire qual è il modo per dire basta all'uomo che le maltratta, le insulta, le ignora (loro stesse ne hanno già provate di tutte, fino a rischiare più volte la vita stessa, perché dire basta al proprio partner lo scatena). Il No va innanzitutto rivolto a se stesse. Per consentire alla donna di fare questo passo occorre un lungo lavoro preliminare, che in primis riguarda il tipo di ascolto che l'operatrice deve dare alla donna e che si basa sulla capacità di sostenere la donna stessa a uscire dalla sua identificazione con la vittima sacrificale.

La donna è quindi al centro dell'intero processo, con la sua peculiare storia, i suoi bisogni, le sue risorse e le sue fragilità. L'operatrice da parte sua deve mettersi a disposizione della donna, deve astenersi dal capire troppo velocemente quanto è accaduto e dal fare interpretazioni affrettate. Per questo motivo il percorso di accoglienza non deve essere imposto dalle operatrici, ma è **la donna che deve guidare le proprie scelte, seppur sostenuta e accompagnata in questo processo.** Non esistono delle tappe che necessariamente andranno attraversate, ma il percorso concretamente proposto potrà differire significativamente per ogni singolo caso. Se per una donna la richiesta immediata è quella di trovare il modo di uscire dalla propria storia di violenza, per un'altra già solo poterne parlare e dare ad essa un nome rappresenterà un passaggio fondamentale.

La costruzione di consapevolezza e di fiducia in sé stessa, ancora prima che nel Servizio, rappresenta quindi un processo che richiede un tempo più o meno lungo a seconda dei singoli casi. **Per questo, il Servizio prevede la possibilità di offrire alla donna più colloqui successivi al primo** al fine di trasmettere l'idea della comprensione e del rispetto per il suo percorso. Molto spesso questi incontri vengono alternati con brevi contatti telefonici da parte dell'operatrice. Attraverso questi brevi scambi viene trasmesso un onesto interesse verso il benessere psicofisico della donna che prescinde ed è slegato dal giudizio per le sue scelte.

Ma il lavoro delle operatrici non si conclude con uno o più colloqui con la donna vittima di violenza. **Caratteristica precipua del Modello SOStegno Donna è l'interazione costante tra lo Sportello e la rete antiviolenza presente sul territorio.** Pertanto, quando la situazione lo richiede e la donna fornisce il suo consenso affinché ciò avvenga, viene attivata la rete dei servizi che a vario titolo possono offrire supporto alle vittime di violenza di genere e ai loro figli/e, se presenti.

2.6 La rete e il follow-up

Per accompagnare la donna nel percorso di fuoriuscita da una situazione di violenza di genere è fondamentale darle una risposta completa e integrata, che riguardi non solo il piano sanitario e l'emergenza, ma anche quello psicologico e sociale in tutti i suoi aspetti e declinazioni.

Per questo motivo il Modello SOStegno Donna si fonda sulla **costante relazione con la rete dei servizi territoriali, pubblici e privati**. La costruzione/consolidamento di un network interistituzionale di attori che operano nella prevenzione/contrasto della violenza è infatti la metodologia più adeguata per dare risposte concrete al problema.

Nella rete si sviluppano e trasmettono aspetti materiali (dati, informazioni, normative, procedure ecc.) ma anche conoscenze, competenze e valori che possono rafforzare la capacità di rispondere pienamente ai bisogni delle donne.

Le donne vittime di violenza possono infatti avere bisogni di diversa natura, ai quali rispondono diversi soggetti. Per garantire continuità nella presa in carico e che quest'ultima sia globale, intersettoriale e trasversale, l'operatrice dello Sportello valuterà la necessità, durante il ciclo di incontri nel Servizio SOStegno Donna, di inviare la donna ai **Centri antiviolenza territoriali**, al supporto legale, ai servizi del territorio e in caso di allontanamento immediato e urgente, per garantire l'incolumità della donna, alle **Case rifugio** (anche di altre Regioni), tenendo conto della presenza di figli/e minori. Nei Centri antiviolenza la donna può essere accompagnata per avviare un percorso specifico per affrontare la sua storia di violenza e le può anche essere fornito un supporto legale e logistico (attraverso l'inserimento nella Casa rifugio qualora sussista una situazione di particolare emergenza, o nella casa ad indirizzo protetto).

Altri servizi che possono o devono essere coinvolti sono: le **forze dell'ordine**, per garantire tutela alla donna (ad esempio per poter andare a prendere i suoi effetti personali nella propria abitazione) e permetterle l'espressione della denuncia, qualora lo ritenga opportuno; i servizi del territorio, come i **consultori familiari e i centri di salute mentale**, a seconda delle specifiche necessità emergenti; i **servizi sociali**, sia dedicati agli adulti che ai minori se presenti, in modo da poter fornire supporto anche economico alla donna o indicazioni per un reinserimento lavorativo.

Per quanto riguarda la denuncia, pur non essendo un passaggio obbligato, in quanto il Modello SOStegno Donna si prefigge in primo luogo la responsabilizzazione della donna, le operatrici verificate la volontà contattano le forze dell'ordine e accompagnano la donna nel percorso di denuncia-querela.

Questo approccio riesce comunque a far emergere in modo ampio il sommerso. Negli Ospedali in cui il Modello SOStegno Donna è stato implementato, il 35% delle donne prese in carico sporge formale denuncia, di fatto triplicando la media nazionale delle donne vittime di violenza che adiscono ai percorsi giudiziari, che si attesta all'11,8%¹³.

Ognuna delle azioni di attivazione delle reti deve essere esercitata di concerto alle altre in modo da garantire una presa in carico globale efficace e **promuovere l'empowerment della donna**, anche partendo dalle sue fragilità e dalle difficoltà che si trova ad affrontare.

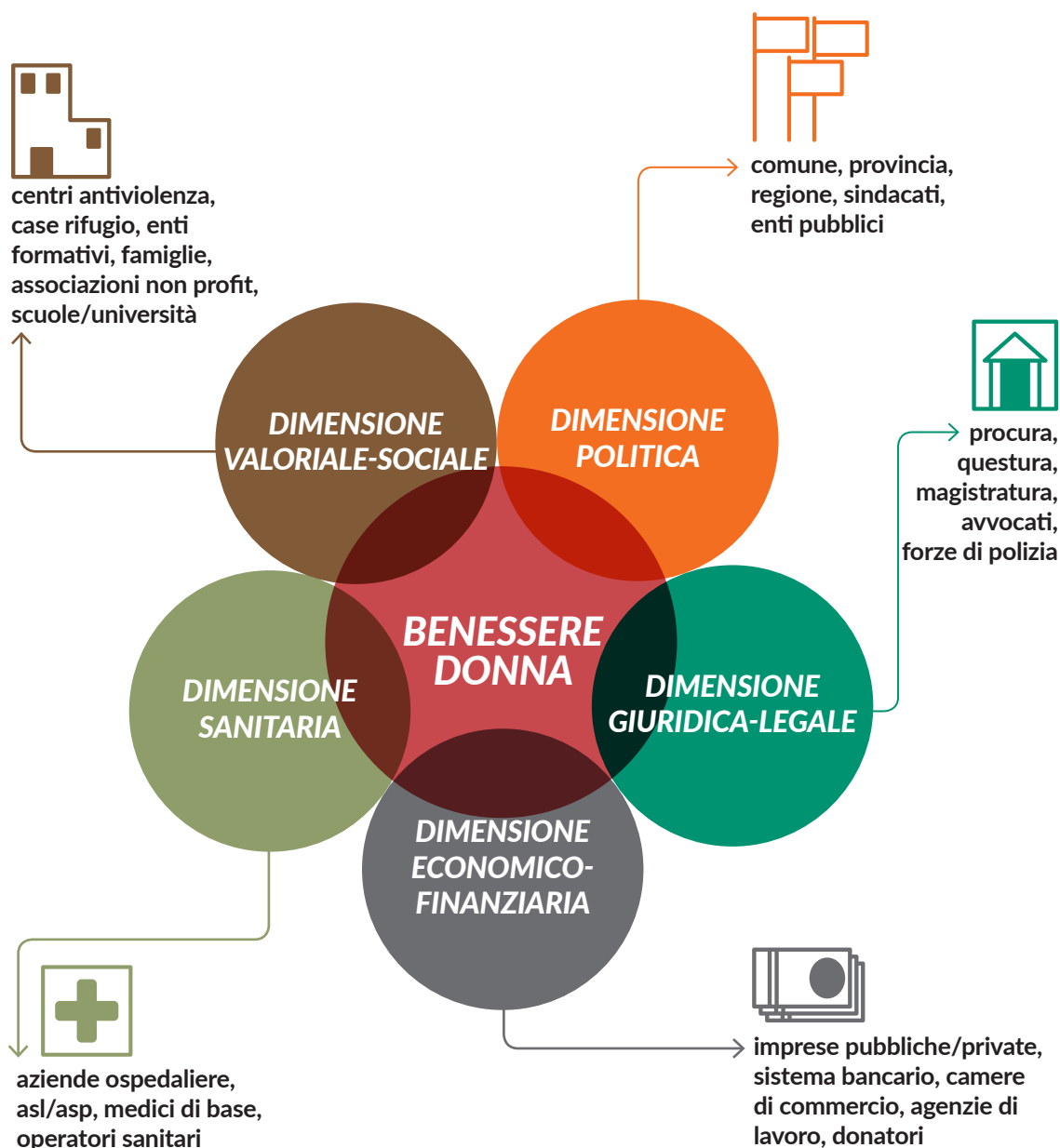
Il collegamento tra i diversi soggetti della rete (Pronto Soccorso, forze dell'ordine, servizi sociali, etc.) permette quindi di operare in un'**ottica multidimensionale**, sulla base di un'**approccio integrato** che richiama inevitabilmente a una **responsabilità pubblica** nell'affrontare il problema della violenza di genere.

La **costruzione/consolidamento** di un **network** interistituzionale di attori che operano nella prevenzione/contrasto della violenza è la **principale metodologia** che può dare risposte concrete. Nella rete si sviluppano e trasmettono aspetti materiali (dati, informazioni, normative, procedure ecc.) ma anche **CONOSCENZE – COMPETENZE – VALORI** che possono rafforzare la capacità di rispondere pienamente ai bisogni delle donne vittime di violenza.

Gli attori coinvolti nella rete possono essere raggruppati all'interno di 5 dimensioni esemplificative (si veda fig. *Fare rete* a lato).

Operare in un'ottica multidimensionale significa trovare una metodologia che governi questo intreccio complesso. Una rete interdisciplinare necessita anche di un collegamento tra soggetti simili: tra PS, tra Centri antiviolenza e associazioni, tra forze dell'ordine, tra servizi sociali. Nelle sperimen-

Fare rete



tazione del Modello a Genova, Trieste e Roma il governo del nodo di Rete è stato assicurato dalle operatrici del Servizio SOStegno Donna grazie a risorse di WeWorld. Le relazioni con i soggetti della Rete sono state gestite attraverso accordi/protocolli d'intesa in gran parte già esistenti.

Una estensione nazionale del Modello SOStegno Donna deve affrontare la questione del governo del nodo di Rete. In Italia le Regioni rivestono un ruolo istituzionale nella gestione dei servizi socio assistenziali, per cui spetta a loro identificare nell'ambito dei Piani anti violenza regionali (che in molti casi non hanno più il carattere della straordinarietà, vista la dimensione strutturale del fenomeno da affrontare) il modo migliore perché la Rete di presa in carico costituita da tutti gli attori funzioni al meglio. Diverse Regioni affidano a un soggetto del Terzo settore, che come principale fine istituzionale ha il benessere e la protezione della donna, la funzione di governo del nodo di Rete. Ciò costituisce già un ottimo esempio di collaborazione pubblico (servizi ospedalieri e socio sanitari, forze dell'ordine, procura...) e privato sociale (Case rifugio, Centri anti violenza, Fondazioni,...), che dovrebbe estendersi su tutto il territorio nazionale.

2.7 La formazione multidisciplinare

La formazione del personale medico-infermieristico è aspetto fondamentale e trasversale al Modello SOStegno Donna. Senza un'adeguata formazione del personale ospedaliero in stretta sinergia con le operatrici antiviolenza il modello risulterebbe inefficace e di difficile applicazione. **La formazione del personale ospedaliero erogata dal Servizio SOStegno Donna e, più in generale, all'interno del servizio sulla violenza contro le donne¹⁴ deve essere realizzata su più livelli**, fornendo e affrontando:

- conoscenze base sulla violenza di genere e sulle caratteristiche culturali e strutturali della violenza contro le donne; opportuna conoscenza delle leggi che sono rilevanti per le vittime di violenza da partner, ex partner, familiare o sconosciuto;
- stereotipi e pregiudizi ("se l'è cercata", colpevolizzazione, rivittimizzazione) personali;
- abilità sul chiedere informazioni rispetto alla violenza e raccogliere prove medico-legali (se necessario/appropriato);
- conoscenza e strumenti adeguati per rilevare gli indicatori che consentono di riconoscere la violenza anche laddove non viene esplicitamente dichiarata dalla donna (sommerso). Questa è fondamentale soprattutto per gli infermieri di triage.

Poiché il coordinamento con le operatrici specializzate dello Sportello SOStegno Donna diventa cruciale per la successiva presa in carico, a queste conoscenze, seguono e risultano fondanti le informazioni e formazioni sulla Procedura di attivazione dello Sportello SOStegno Donna:

- attivare lo Sportello con modalità adeguate e tempestive tenendo conto della situazione specifica;
- informare e condividere dati e informazioni rilevate con le operatrici del Servizio SOStegno Donna;
- garantire la collaborazione sul caso specifico con successivi follow-up.

Alla formazione strutturata, periodica e continuativa, deve affiancarsi una formazione più informale, quotidiana che attiene alle normali dinamiche di lavoro in team e di interazione tra professionalità differenti (personale medico-infermieristico/operatrici specializzate).

La sperimentazione del Modello SOStegno Donna ha dimostrato che **le possibilità di incontro con i professionisti dell'ospedale ha determinato accessi allo Sportello SOStegno Donna da parte di donne vittime di violenze di genere non soltanto dal Pronto Soccorso, ma anche da tutti gli altri reparti**. Inoltre, i contatti quotidiani con il personale sanitario e il lavoro condiviso hanno dimostrato che il personale medico è in grado, attraverso l'anamnesi e il colloquio di routine, di identificare le donne che hanno subito violenza. Tuttavia, dovrebbe occuparsene limitatamente alle proprie specifiche competenze, demandando al servizio SOStegno Donna l'attivazione del processo di presa in carico. Laddove lo Sportello SOStegno Donna è stato sperimentato, il personale ospedaliero si è dimostrato giustamente sollevato e confortato dalla presenza del Servizio e di operatrici specializzate garantendo la possibilità che ciascuno/a possa concentrarsi sulla propria sfera professionale nel rispetto delle specifiche competenze che interagiscono e collaborano in maniera sinergica ed efficace.

Il monitoraggio dei dati

2.8

Il Modello SOStegno Donna prevede che sia le caratteristiche sociodemografiche delle donne che accedono al Servizio sia il percorso che hanno seguito vengano inseriti in un database.

Tale database ha una funzione duplice: serve alle operatrici per tenere traccia del percorso che si sta facendo e/o che è stato fatto con una donna; permette di quantificare e analizzare il fenomeno della violenza di genere.

Il monitoraggio dei dati diventa in tal modo un prezioso strumento di conoscenza. Avere a disposizione dati quantitativi sul numero di donne che hanno avuto accesso al Servizio e di eventuali ri-accessi, sulle caratteristiche demografiche di vittime e aggressori, sul numero di recidive, ecc. permette di gettar luce sulla rilevanza statistica del fenomeno. A sua volta, una conoscenza approfondita dei profili delle vittime, dei loro aggressori, dei tipi di violenza, degli esiti dei percorsi di fuoriuscita da queste situazioni, dei servizi attivati per sostenere le donne, e così via permette di evidenziarne la sua rilevanza sociale, ma soprattutto di elaborare valutazioni e scelte d'intervento per contrastarlo.

note

¹¹WHO (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>. Traduzione italiana a cura di G. De Girolamo e Patrizia Romito, disponibile allo stesso link.

¹² Ibid. 2013.

¹³ Istat (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, <http://www.istat.it/it/archivio/161716>.

¹⁴ WHO (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Op. cit.

3

Conclusioni e raccomandazioni

Il Modello SOSTegno Donna è frutto di una sperimentazione di WeWorld nei Pronto Soccorso italiani durata 3 anni e tuttora in corso all'interno di tre realtà ospedaliere molto differenti tra loro per dimensione, territorio d'intervento, cultura aziendale, e rappresentative di altrettanto diversificate strategie d'intervento regionali.

La ricchezza di dati a disposizione, il costante monitoraggio e la valutazione degli interventi, l'interlocuzione e la relazione di partenariato con le tre Aziende Ospedaliere hanno permesso di avviare una riflessione e uno scambio di esperienze di cui WeWorld si è fatta promotrice e che il Modello presentato nelle pagine di questa pubblicazione riassume. D'altro canto, il Modello in quanto tale prescinde dalle specifiche peculiarità dei Pronto Soccorso coinvolti nella sperimentazione, individuando elementi comuni alle tre sperimentazioni e distintivi rispetto ad altri interventi simili nel panorama nazionale.

La messa a sistema di un modello nazionale per la presa in carico delle donne vittime di violenza all'interno del Pronto Soccorso è responsabilità specifica degli enti preposti: Stato, Regioni e Province Autonome, Aziende Ospedaliere. Il Modello SOSTegno Donna fa proprio il principio secondo cui **il percorso di prevenzione e cura della violenza di genere va pensato in un'ottica di sistema e non di interventi settoriali. L'avvio e la governance di questo sistema sono una precisa responsabilità delle politiche pubbliche, sebbene il sistema stesso preveda, per reggersi, una piena partecipazione delle reti antiviolenza e degli attori del Terzo Settore attivi nella prevenzione e nel contrasto alla violenza di genere.**

Il Modello SOSTegno Donna definisce un percorso di tutela delle donne che subiscono violenza all'interno delle Aziende Ospedaliere e dei Pronto Soccorso in linea con quanto indicato ai comma 790 e 791 della Legge di Stabilità 2016. In attesa di Linee guida nazionali, volte a rendere operativo tale percorso, SOSTegno Donna intende dunque contribuire al dibattito sul tema in modo puntuale, attraverso dati ed evidenze empiriche, utili alla definizione di tali Linee. Attingere alle esperienze e prassi territoriali, che da diversi anni vengono già praticate per promuovere interventi omogenei e integrati a livello nazionale, è una responsabilità politica che con questo Modello WeWorld intende sollecitare.

Il Modello SOSTegno Donna enuclea gli aspetti fondanti e imprescindibili per un intervento nei Pronto Soccorso finalizzato alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere contro le donne che non solo appare **necessario a livello nazionale, ma anche urgente.**

Urgente perché le donne che subiscono violenza hanno più problemi di salute (somatica e psichica) e sono costrette a ricorrere a cure sanitarie mediamente in misura 3 volte superiore rispetto al resto della popolazione, come messo in luce da numerosi studi internazionali. È la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità che nel 2013 conferma che la *«violenza contro le donne rappresenta un problema di salute enorme. A livello mondiale si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme».*

A questo si aggiunga che il numero di donne vittime di violenza che si rivolgono al Pronto Soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano ai Centri antiviolenza, ai consultori, ai servizi sociali, ai servizi di volontariato, alle forze dell'ordine.

Il Pronto Soccorso è dunque un luogo "privilegiato" per far emergere la violenza contro le donne (ed eventualmente i bambini e le bambine che vi assistono) e promuoverne un percorso di cura e fuoriuscita per le donne e i bambini e le bambine coinvolti. Questo fatto non può essere ignorato. **Tutto ciò chiama in causa il Servizio Sanitario Nazionale.** Il problema della violenza contro le donne è un problema di sanità pubblica e in quanto tale richiede che venga governato anche dai servizi sanitari pubblici come uno dei problemi di maggiore rilevanza sociosanitaria.

Dalla sperimentazione del Modello SOSTegno Donna emergono le seguenti raccomandazioni per gli attori (Stato, Regioni e Aziende Sanitarie) preposti a definire un modello nazionale per la presa in carico delle donne vittime di violenza di genere all'interno del Sistema Sanitario Nazionale a partire dalla loro accoglienza nel Pronto Soccorso:

1 basandosi sulle Linee Guida OMS e i Principi della Convenzione di Istanbul, SOSTegno Donna costituisce un servizio per la presa in carico delle donne vittime della violenza di genere che può diventare parte integrante dell'offerta socio-assistenziale di ogni Azienda ospedaliera. La sua ca-

ratteristica fondamentale è di essere un servizio che prevede un approccio di genere alle donne che subiscono o sono a rischio di violenza. La specificità della violenza maschile contro le donne richiede, infatti, una presa in carico delle donne che si fondi su un modello di ascolto, assistenza e orientamento ai percorsi di fuoriuscita dalle situazioni di rischio imperniato sul ruolo di operatrici antiviolenza specializzate che collaborano con il personale di triage;

2 il Modello SOStegno Donna rappresenta una pratica e un'esperienza territoriale replicabile sull'intero territorio nazionale. Anche i modelli in cui operatrici ed operatori del Pronto Soccorso hanno ricevuto una formazione generica per gestire situazioni di violenza verso anziani bambini e donne ed altri soggetti vulnerabili possono facilmente evolvere verso il Modello SOStegno Donna, se supportati dalla presenza di operatrici specializzate per offrire un servizio alle donne in un'ottica di genere;

3 il Modello SOStegno Donna richiede alcuni investimenti specifici per la formazione del personale medico ed infermieristico di Pronto Soccorso per riconoscere la violenza di genere. Inoltre le operatrici che gestiscono il Servizio SOStegno Donna dovrebbero essere incardinate nei ruoli previsti dalla Azienda Ospedaliera. Gli investimenti pubblici vanno, infine, orientati su una ampia e più capillare formazione e informazione sulla violenza di genere nelle Aziende Sanitarie così come nelle Università (corsi di laurea in ambito sanitario);

4 il Modello SOStegno Donna fa della valutazione degli interventi e del follow-up sugli invii alla rete antiviolenza territoriale due sue caratteristiche imprescindibili. Perché siano del tutto efficaci, però, gli interventi vanno progettati in maniera condivisa e concertata tra tutti gli stakeholder: Aziende Ospedaliere, soggetti del Terzo Settore attivi nella Rete antiviolenza territoriale (Centri Antiviolenza, Fondazioni, Case Rifugio etc.), servizi legali, forze dell'ordine, Enti locali ecc;

5 affinché la presa in carico delle donne che subiscono violenza, venga garantita in tutte le fasi e da tutti gli attori coinvolti, è necessario un soggetto che governi l'intero processo. La funzione facilitatrice, nei servizi che richiedono il concorso di più attori, è spesso sottovalutata dalle politiche pubbliche nazionali. Nel caso della violenza di genere contro le donne, alla luce della esperienza del Modello SOStegno Donna, è auspicabile che tale funzione sia in capo ad un soggetto del Terzo Settore, espresso dalla rete antiviolenza territoriale (Centro antiviolenza, Associazione di volontariato, Fondazione...) in linea con quanto avviene già in molte Regioni. Ciò in quanto la presa in carico delle donne, che inizia nel Pronto Soccorso, travalica gli ambiti socio-sanitari e coinvolge quelli legali, securitari, economici, di protezione. Solo un soggetto che ha un mandato istituzionale specifico per la protezione e l'empowerment della donna, come appunto i soggetti del Terzo Settore menzionati in precedenza, può garantire che la cura in un'ottica di genere sia assicurata lungo tutto il percorso di fuoriuscita;

6 infine, il Modello SOStegno Donna, per una sua completa operatività, richiede l'introduzione di un codice specifico all'interno del "minimum data set dei codici di Pronto Soccorso ministeriali", che possa scomporre la generica descrizione "violenza altrui", consentendo di rilevare con maggior precisione i casi specifici di violenza di genere. SOStegno Donna ha stimolato e/o rilevato esperienze territoriali di introduzione di codici o simboli indentificativi aggiuntivi. Appare tuttavia di responsabilità delle politiche sanitarie nazionali definire l'introduzione di un codice ad hoc, relativo ai casi di violenza di genere, all'interno delle classificazioni già in uso nella nomenclatura delle diagnosi e delle procedure terapeutiche. Tale introduzione, oltre a garantire omogeneità nazionale, favorirebbe un monitoraggio e una raccolta dati confrontabili su tutto il territorio nazionale.

Postfazione

Le violenze maschili sulle donne, i cui dati sono allarmanti, con quotidiani episodi alla ribalta delle cronache, devono farci riflettere, ma soprattutto agire. È giunto il momento in cui tutti, donne e uomini, assumano la responsabilità di fare tutto ciò che è in loro potere per fermare la violenza e i femminicidi. È una responsabilità della politica e delle Istituzioni, della scuola, dei media, del mondo del lavoro, dell'associazionismo, di ogni cittadino e cittadina. In questo senso il lavoro di WeWorld con l'esperienza di SOSTegno Donna è di grande valore. Innanzitutto la scelta di fornire concreto supporto alle donne vittime di violenza a partire da Ospedali e Pronto Soccorso coglie un'evidenza fondamentale: quelli sono i primi luoghi di contatto tra chi subisce violenza e le istituzioni ed è decisivo che questo primo contatto permetta alle donne di ritrovare accoglienza e supporto sociale, oltre che assistenza medica. Di passare da una relazione violenta ad una relazione umana. In questo senso è importante - e fortemente valorizzato nel Modello SOSTegno Donna - che si lavori da subito sulla fiducia da ritrovare: la fiducia negli altri, la fiducia nelle strutture di sostegno, la fiducia in se stesse. Ecco perché serve una piena collaborazione tra personale medico e paramedico e le operatrici degli sportelli, in modo da garantire quella effettiva presa in carico che serve per permettere a ciascuna donna di iniziare a ritrovare dignità e autonomia di scelta. Servono poi una strategia condivisa e una governance complessiva delle politiche da adottare e delle azioni da attivare. Voglio allora allargare il campo, pur restando coerente con l'approccio di WeWorld e di SOSTegno Donna, e rilanciare un decalogo per un impegno fattivo di tutte e tutti.

- 1** La violenza sessuale e i femminicidi non sono una “questione femminile”, ma un problema di cui tutte le donne e soprattutto tutti gli uomini devono farsi carico.
- 2** Occorre agire innanzitutto con un cambiamento culturale, scardinando la dominante cultura patriarcale che “permette” a troppi uomini di considerare le donne una loro proprietà - da proteggere, limitare, eliminare.
- 3** Occorre rafforzare tutte le donne, a partire dalle bambine e dalle ragazze, garantendo le loro libertà di scelta e offrendo loro una pluralità di modelli di vita.
- 4** È necessario sconfiggere gli stereotipi e i pregiudizi discriminatori, a partire dalla scuola e dall'educazione alla parità tra i sessi, come previsto dalla legge sulla “Buona scuola”.
- 5** L'industria culturale e i media devono essere capaci di trasformare immagini e narrazioni dei due sessi per favorire relazioni libere, basate sul rispetto reciproco e paritarie.
- 6** La tradizionale divisione dei ruoli sessuali nel lavoro domestico e di cura non regge più, perché limita la libertà di donne e bambine e non risponde alle nuove richieste di tanti giovani padri: serve allora una condivisione reale di compiti e responsabilità.
- 7** Autonomia e libertà, in età adulta, significano lavoro e indipendenza economica: è necessario superare tutte le discriminazioni sessuali ancora presenti nel mondo del lavoro ed eliminare il divario salariale di genere.
- 8** Alle vittime di violenza va dato tutto il sostegno possibile, con i centri antiviolenza, un'assistenza sanitaria sensibile al genere e un sistema di pubblica sicurezza e giudiziario all'altezza della specificità dei reati.
- 9** Metropoli e periferie, campagne e paesini non possono rischiare di ridursi a “terra di nessuno”: dobbiamo lavorare insieme alle Istituzioni locali per rendere i territori luoghi di relazioni, di vita e di libertà di tutte e di tutti.
- 10** In Italia cercano rifugio tante donne, uomini e minori in fuga da guerre e conflitti: è necessario rafforzare quanto più possibile un'ottica di genere nelle politiche di accoglienza.

Valeria Fedeli
Vice Presidente del Senato

Appendici

Il Protocollo attivato al San Camillo-Forlanini di Roma

Il Modello SOStegno Donna ha rappresentato per l'ospedale una oggettiva spinta per il miglioramento della qualità e appropriatezza dei percorsi assistenziali per le donne e minori vittime di violenza. Infatti, già da settembre 2015 si è costituito un Tavolo permanente di lavoro, presieduto dal Direttore Sanitario dell'ospedale, con i dirigenti dei 3 Pronto Soccorso (Generale, Ostetrico Ginecologico, Pediatrico), dei coordinatori infermieristici e delle ostetriche, nonché con il medico legale, i responsabili dei Laboratori di Genetica, Tossicologia e Microbiologia. Sono state inoltre coinvolte le psicologhe dell'ospedale, per la loro specifica funzione nei percorsi di assistenza.

Il Tavolo di lavoro ha prodotto un Protocollo aziendale per la presa in carico multidisciplinare delle donne e dei minori vittime di violenza in emergenza, con procedure differenziate per il Pronto Soccorso Generale (per la violenza domestica), per il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico (per la violenza sessuale) e per il Pronto Soccorso Pediatrico (per gli abusi sui minori). Questo Protocollo prevede sempre l'attivazione dello Sportello di SOStegno Donna, previo consenso della donna. Il passaggio per lo Sportello o il coinvolgimento dell'operatrice di turno è dunque messo a sistema, per tutti i casi di violenza, siano essi conclamati, accertati o sospetti.

Il Protocollo, corredato da specifiche flow chart per i 3 Pronto Soccorso e dalla scheda delle rispettive Responsabilità degli operatori coinvolti, si pone alcuni fondamentali obiettivi: 1) favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere; 2) tracciare un percorso che preveda tempestività di attivazione in quanto "intervento di urgenza"; 3) soddisfare i bisogni di cura evitando alla vittima di violenza passaggi inutili a più reparti e/o professionisti; 4) definire in maniera chiara fasi, modalità, responsabilità e obblighi normativi attraverso la definizione delle modalità di accoglienza, presa in carico multi professionale e pianificazione di un progetto individuale di intervento a più lungo termine; 5) consentire la raccolta e la conservazione degli elementi probatori utili per un eventuale successivo giudizio; 6) uniformare i comportamenti e aumentare le competenze degli operatori coinvolti.

Nell'ambito del Protocollo, la rilevazione dei casi di violenza domestica prevede una particolare attenzione, soprattutto per l'identificazione del sommerso.

Il modulo per il consenso informato usato all'Ospedale Galliera di Genova

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

Ai sensi dell'art. 24 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LIGURIA

Il/la sottoscritto/a.....
è informato/a sui seguenti punti:

- la consulenza psicologica è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento è definibile in n° di sedute ;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- lo psicologo può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (CD) è a disposizione su richiesta;
- il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della Tipologia di prestazione effettuata, sarà precedentemente comunicato;
- i dati da me forniti sono trattati ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è il/la dr.....
.....(se diverso dallo psicologo);
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la mia riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati avrà luogo anche con modalità automatizzate, informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Luogo, data

Firma

In fede

.....

Il monitoraggio dei dati all'Azienda Sanitaria di Trieste

La registrazione dei dati in un database può essere organizzata in diversi modi. Tutte le informazioni relative a una donna presa in carico possono essere raccolte in un'unica scheda o in più schede. A Trieste per ogni donna vengono compilati dalle operatrici tre documenti distinti.

Il primo è il registro delle attività dove vengono indicati dettagliatamente tutti i passi compiuti, completi di data, orari e nominativi delle varie figure coinvolte. Questo costituisce una traccia preziosa delle operazioni effettuate e uno strumento di monitoraggio interno di quanto effettuato.

Il secondo è una relazione che sintetizza la narrazione raccolta non solo durante il primo colloquio ma anche in quelli successivi. Questo permette di non perdere dati significativi per indirizzare il percorso della donna.

Infine, la scheda di sorveglianza. Si tratta di uno strumento completo, appositamente costruito con i medici di direzione, che prevede un ID anonimo a cui corrisponde il nominativo della donna registrato nella prima scheda detenuta e che consente di registrare:

- le caratteristiche sociodemografiche della donna (compresa la presenza di figli minori) e, in parte, dell'uomo violento (età e nazionalità);
- modalità e tipologia della richiesta di aiuto (accesso in PS, attivazione del Servizio);
- storia di violenza che ha determinato l'accesso al PS ed eventuali accessi precedenti;
- storia di violenza come percepita dalla donna (grado di rischio, frequenza della violenza, servizi già coinvolti);
- macro-indicatori di rischio (entità danno fisico, presenza di isolamento/solitudine, storia di pregressa violenza, percezione della vittima di possibilità di reiterazione del reato, possesso di armi dell'aggressore, problematiche dell'aggressore);
- interventi attuati;
- esito del caso.

Un ulteriore monitoraggio viene effettuato presso i presidi triestini a cura della Direzione Sanitaria che monitora assieme ai Medici Referenti dei Pronto Soccorso gli accessi per "violenza per mano altrui" al fine di verificare dai contenuti dei verbali di Pronto Soccorso la congruità delle procedure e le eventuali azioni di miglioramento necessarie. Infatti, ciò consente di ottenere dati sull'attivazione del Servizio, sugli orari più frequenti di necessità del Servizio ma, anche sul fenomeno, quantificando per esempio i ri-accessi e gli allontanamenti volontari delle donne.

La rete antiviolenza a Genova

Nel territorio genovese è stata istituito un tavolo di rete denominato "Amaltea" che prevede l'attivazione e lo sviluppo d'interventi di rete tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari e Ospedalieri e Autorità Giudiziaria, a tutela e cura dei minori e delle donne vittime di violenza e/o sfruttamento sessuale.

La Rete AMALTEA è composta da:

- Area Sociale: Comune di Genova, Direzione Politiche Sociali Settore Integrazione Socio-Sanitaria/ Municipi-A.T.S.: "Progetto Arianna -Contrasto alla violenza all'infanzia e all'adolescenza";
- Area Sanitaria: ASL 3 genovese: Assistenza Consultoriale, Pediatria di Famiglia, Medici di Medicina Generale e Ospedale Villa Scassi; Ospedali Gaslini, Galliera, S. Martino; Ospedale Evangelico Internazionale;
- Area Giudiziaria: Procura Minori, Tribunale Minori, Procura Ordinaria, Ordine degli Avvocati di Genova, Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Garante Infanzia Regionale;

Si tratta di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi-istituzionale che si riunisce con cadenza circa bimensile con lo scopo di confrontarsi su eventuali criticità, per la definizione dei vari Protocolli di intesa e di intervento (è stato definito il testo del documento per il percorso di presa in carico sanitaria ed assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza intra-familiare ed extra-familiare), per la condivisione delle varie pratiche e per promuovere tutte le attività necessarie per la sensibilizzazione ai temi del contrasto e della presa in carico delle vittime di violenza diretta e assistita.

All'interno del gruppo si possono evidenziare criticità nei raccordi di rete, bisogni formativi, buone prassi o aspetti critici nell'intervento di ciascuna istituzione e proprio per far fronte a questo è stata costituita una commissione di lavoro sui temi emersi, che lavora al fine di creare un' intesa volta al miglioramento.





WeWorld Onlus
Via Serio 6
20139 Milano
info@weworld
www.weworld.it

